

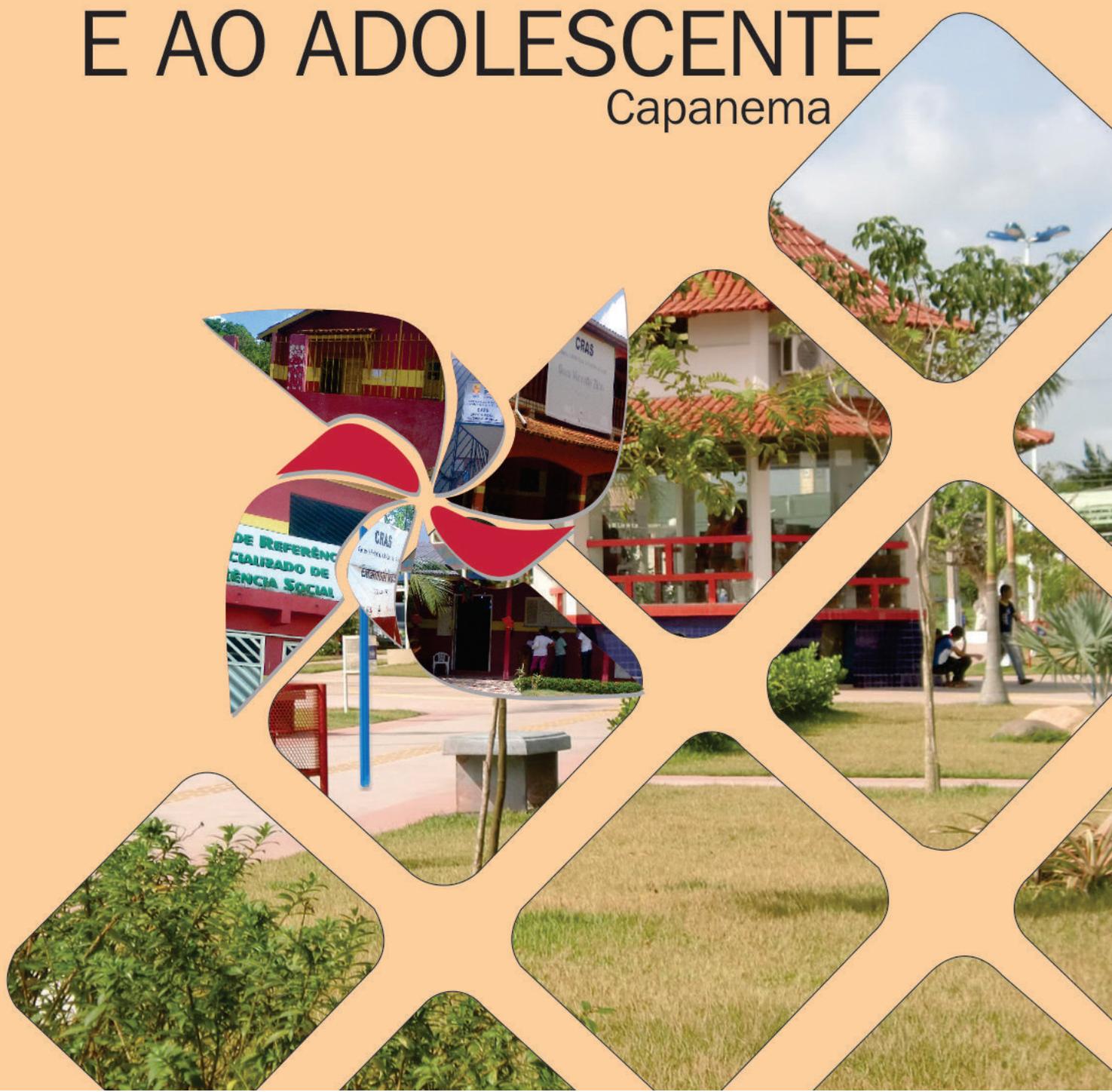


Ministério Público do Estado do Pará
Procuradoria Geral de Justiça
Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

LEVANTAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA

E AO ADOLESCENTE

Capanema



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ

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

Marcos Antônio Ferreira das Neves

Procurador-Geral de Justiça

Leila Maria Marques de Moraes

Procuradora de Justiça
Sub-Procuradora-Geral de Justiça para a Área Jurídica

Miguel Ribeiro Baía

Procurador de Justiça
Sub-Procurador-Geral de Justiça para a Área Técnico Administrativa

Almerindo José Cardoso Leitão

Procurador de Justiça
Corregedor-Geral do Ministério Público

Andréa Moura Santos Sampaio

Promotor de Justiça - Ouvidor-Geral

Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Monica Rei Moreira Freire

Promotora de Justiça - Coordenadora

Centro de Apoio Operacional Cível

Fabia de Melo-Fournier

Promotora de Justiça - Coordenadora

Centro de Apoio Operacional da Cidadania

Ioná Silva de Sousa Nunes

Promotora de Justiça - Coordenadora

Centro de Apoio Operacional Constitucional

Nilton Gurjão das Chagas

Promotor de Justiça - Coordenador em exercício

Centro de Apoio Operacional Criminal

Mario Sampaio Netto Chermont

Promotor de Justiça - Coordenador

Centro de Apoio Operacional do Meio Ambiente

Nilton Gurjão das Chagas

Promotor de Justiça - Coordenador

Brenda Corrêa Lima Ayan

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

Patrícia de Fátima Carvalho de Araújo Franco Costa

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

EQUIPE DO CAOIJ**Elaine Cristina Santos do Amaral**

Bacharel em Direito
Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Carmen Helena do Carmo Tuñas

Operador de Telecomunicações
Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Jamylle Hanna Mansur

Lenita Masoller Wendt
Auxiliares de administração
Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

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

Heloisa Helena Feio Ramos

Cientista Social
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Iracema Jandira Oliveira da Silva

Psicóloga
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Kátia Jordy Figueiredo

Psicóloga
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Rosemary Barros de Oliveira

Assistente Social
Promotoria de Justiça de Ananindeua

FICHA CATALOGRÁFICA/NORMALIZAÇÃO**Rui Afonso Maciel de Castro**

Biblioteconomista
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO**Ruth Campos**

Auxiliar de Administração
Departamento de Informática

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 19 MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ

Notas teóricas, metodológicas, considerações gerais e
características do sistema de garantia de direitos da criança
e do adolescente no município de Capanema

Mônica Rei Moreira Freire
Kátia Jordy Figueiredo
Iracema Jandira Oliveira da Silva
Brenda Corrêa Lima Ayan

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

Ficha Catalográfica
Catalogação na Publicação (CIP)

P221 PARA. MINISTÉRIO PÚBLICO

Levantamento da rede de atendimento à criança e ao adolescente no município de Capanema: notas teóricas, metodológicas, considerações gerais e características do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente. /Mônica Rei Moreira Freire, Kátia Jordy Figueiredo, Iracema Jandira Oliveira da Silva, Brenda Corrêa Lima Ayan, Belém: Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude, 2017.

80 p. il. (Série Rede de atendimento aos direitos de crianças e adolescentes no Pará; 02)

1. Direito da Infância e Juventude. 2. Rede de Atendimento - infância e juventude. 3. Direitos Difusos e Coletivos. 4. Infância e Juventude (Capanema). I. FREIRE, Mônica Rei Moreira. II. SILVA, Iracema Jandira Oliveira da. III. FIGUEIREDO, Kátia Jordy. IV. AYAN, Brenda Corrêa Lima. V. Título. VI. Série.

CDD 342.1637

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

AGRADECIMENTOS

O Ministério Público do Estado do Pará agradece aos trabalhadores da Rede de Atendimento aos Direitos da Criança e do Adolescente em Capanema que se dispuseram a usar o tempo precioso de suas vidas para responder ao Levantamento.

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

Norberto Bobbio

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AMIA	Associação de Moradores das Ilhas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAD-SUAS	Sistema de Cadastro de Sistema Único de Assistência Social
CADÚNICO	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS-AD III	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAT	Casa de Acolhimento Transitório
CCDQ	Centro de Cuidados aos Dependentes Químicos
CEDECA	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMDCA	Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONANDA	Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DML	Depósito de Material de Limpeza
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIA	Fundo para a Infância e Adolescência
GATI	Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar
HCGV	Hospital de Clínicas Gaspar Vianna
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDESP	Instituto de Desenvolvimento Econômico e Social do Pará
LA	Liberdade Assistida
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei do Orçamento Anual
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDSA	Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPPA	Ministério Público do Estado do Pará
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB-RH/SUAS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS
NOB-SUAS	Norma Operacional Básica do SUAS
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
PCD	Pessoa com Deficiência
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAS	Política Nacional da Assistência Social
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPCAAM	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte
PROJOVEM	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PROPAZ	Programa de políticas públicas para a infância, adolescência e juventude
PSB	Proteção Social Básica
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade

PSE	Proteção Social Especial
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAEB	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESAN	Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SESI	Serviço Social da Indústria
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SINASE	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SIPIA	Sistema de Informação da Infância e Adolescência
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SPU	Secretaria do Patrimônio Público da União
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Acolhimento Infantojuvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

Lista de Figuras

Figura	Descrição	p.
Figura 1	Localização do município de Capanema em relação à região metropolitana de Belém e aos demais municípios do NE do Pará	21
Figura 2	Localização do município de Capanema em relação ao nordeste paraense, PA	22
Figura 3	Mapa da distribuição espacial dos CRAS e CREAS em Capanema, PA	52

Lista de Fotografias

Fotografia	Descrição	p.
Fotografia 1	CMDCA, Capanema, PA	37
Fotografia 2	CMDCA, Capanema, PA	38
Fotografia 3	Conselho Tutelar, Capanema, PA	42
Fotografia 4	CRAS São Pedro e São Paulo, placa MDSA, Capanema, PA	53
Fotografia 5	CRAS São Pedro e São Paulo, Capanema, PA	53
Fotografia 6	CRAS Areia Branca, Capanema, PA	55
Fotografia 7	CAPS Elias Salim Abud, Capanema, PA	66

Lista de Quadros

Quadro	Descrição	p.
Quadro 1	Proporção de crianças em extrema pobreza e crianças pobres – ano 2000 e 2010 e Proporção de Crianças e Idosos – Ano 2010	23
Quadro 2	Quantidade de famílias referenciadas por porte do município	47
Quadro 3	Equipe de referência do CRAS por porte do município	47
Quadro 4	Equipe de referência do CREAS por porte do município	48
Quadro 5	Dados populacionais e sociodemográficos em raio de 2 Km do CRAS São Pedro e São Paulo, Capanema, PA	54
Quadro 6	Relação de cargos, formação acadêmica, vínculo institucional e período de trabalho dos servidores do CRAS São Pedro e São Paulo, Capanema, PA	55
Quadro 7	Dados populacionais e sociodemográficos em raio de 2 Km do CRAS Areia Branca, Capanema, PA	56
Quadro 8	Relação de cargos, formação acadêmica, vínculo institucional e período de trabalho dos servidores do CRAS São Pedro e São Paulo, Capanema, PA	57

Lista de Tabelas

Tabela 1	População residente, por sexo e situação do domicílio, Capanema, PA	23
Tabela 2	População segundo situação da unidade domiciliar de Capanema, PA	23
Tabela 3	População, área e densidade demográfica de Capanema, PA	23
Tabela 4	População por faixa etária, Capanema, PA	23
Tabela 5	Número de matrículas na educação infantil, ensino fundamental e médio, Capanema, PA, Ano 2014	24
Tabela 6	Taxa de analfabetismo, Capanema, PA	24
Tabela 7	PNAE, nº de alunos atendidos, anos 2015, 2016, 2017, Capanema, PA	26
Tabela 8	Percentual de pessoas de 10 a 17 anos de idade, distribuído pela situação de domicílio, ocupadas na semana de referência por grupo de idade, Capanema, PA	27
Tabela 9	Percentual e nível da ocupação, na semana de referência, das pessoas de 10 a 17 anos, por grupos de idade e cor ou raça, Capanema, PA	27
Tabela 10	Classes de rendimento nominal mensal domiciliar per capita, de pessoas de 10 a 17 anos de idade, ocupadas na semana de referência, Capanema, PA	28
Tabela 11	Profissionais de saúde, ano 2012, Capanema, PA	29
Tabela 12	Leitos por habitantes, 2012, Capanema, PA	30
Tabela 13	População em situação de extrema pobreza por faixa etária, Capanema, PA	52
Tabela 14	Total de famílias cadastradas no CadÚnico por faixa de renda, Capanema, PA	53

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	17
1 O LEVANTAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM 19 MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ.....	19
2 O MUNICÍPIO DE CAPANEMA.....	21
2.1 Breve contextualização.....	21
2.2 Características sociodemográficas	22
2.3 Dados educacionais.....	24
2.4 Serviços de saúde.....	29
3 AS NOÇÕES DE REDE, INTEGRALIDADE, INTERSETORIALIDADE E TERRITORIALIDADE NA PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	33
4 A REDE DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	36
4.1 Conselhos de Direitos.....	36
4.2 Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).....	36
4.3 Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Capanema	37
4.4 Conselhos Tutelares e suas atribuições.....	39
4.5 Conselho Tutelar de Capanema	42
5 A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL E A REDE DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	45
5.1 A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).....	45
5.2 Exercício das Boas Práticas pelas entidades componentes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente	48
6 O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM CAPANEMA	52
6.1 Proteção Social Básica - Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).....	53
6.1.1 CRAS São Pedro e São Paulo.....	53
6.1.2 CRAS Areia Branca.....	55
6.2 Proteção Social de Média Complexidade.....	58
6.2.1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).....	58
6.3 Proteção Social de Alta Complexidade - Espaço de Acolhimento Municipal de Crianças e Adolescentes de Capanema.....	59
7 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA A INFÂNCIA E PARA A JUVENTUDE	62
7.1 O Que é um CAPS?	62
7.2 Exercício das Boas Práticas pela Rede de Atenção à Saúde Infantojuvenil	65
7.3 Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I).....	66
8 POLÍCIA JUDICIÁRIA DE CAPANEMA	69
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75



PREFÁCIO

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

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

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

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

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

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

Na declaração estavam contidos os Objetivos de De-

envolvimento para o Milênio, os ODM; ela articulou as prioridades globais de desenvolvimento e definiu metas a serem alcançadas até ao ano de 2015.

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

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

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

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

Ora, sabe-se que as crianças sofrem mais com a pobreza e a miséria: elas são mais vulneráveis quando a população em geral carece de elementos essenciais como ali-

mentos, água, saneamento e atenção à saúde. Também são as primeiras a morrer quando suas necessidades básicas não são atendidas.

Preocupados, desta feita, com a situação da criança no Estado e com o atendimento relativo a ela, o Ministério Público do Estado do Pará realizou um levantamento da rede de atendimento a crianças e a adolescentes em dezenove municípios paraenses.

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

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

Por meio do levantamento o Centro de Apoio Operacional realizou análise das formas e condições de funciona-

mento de uma parcela do sistema de garantia de direitos de crianças e de adolescentes; suas características; a integralidade do atendimento à população infantojuvenil, além de ter identificado os principais problemas encontrados nele; o nível de relacionamento entre os órgãos públicos e as entidades locais; o grau de participação dos conselhos nas políticas públicas e seu reconhecimento nas comunidades onde atuam, entre outras informações.

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

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

Marcos Antônio Ferreira das Neves

Procurador Geral de Justiça

Ministério Público do Estado do Pará

Belém, 10 de março de 2017



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

Mônica Rei Moreira Freire

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

Brenda Corrêa Lima Ayan

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

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

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

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

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

Sabe-se que o reconhecimento socioterritorial das vulnerabilidades sociais exige dos municípios investimentos na produção de informações mais agregadas sobre a realidade socioeconômica, política e cultural. Tal prática não tem sido usual nas prefeituras paraenses, ao contrário, observa-se uma falta de reconhecimento da prioridade do direito das crianças e dos adolescentes nas ações públicas, em manifesta afronta aos preceitos constitucionais. Optou-se, então, por realizar o presente levantamento partindo do princípio de se tratar de uma problemática polissêmica e complexa e que demandaria a articulação de uma metodologia de levantamento que pudesse dar conta dos diversos tex-

tos e significados nos quais a rede de atendimento à criança e ao adolescente se insere.

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

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

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

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

O atendimento em rede aos direitos da criança e do adolescente, entende-se, deve ser contínuo, uma criança com seus direitos sexuais violados, por exemplo, precisa receber atendimento tanto pelas políticas dispostas no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), como pelas ações públicas de assistência social conforme Política Nacional da Assistência Social – PNAS, (BRASIL, 2004), quanto pelas ações de saúde do SUS, (BRASIL, 1990). Isto significa que a boa articulação da rede, a existência e a efetivação das políticas públicas relacionadas à faixa populacional infanto-

juvenil e a execução do ECA são fatores fundamentais para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente.

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

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

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

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

O levantamento em Capanema ocorreu entre os dias dois e três de dezembro de 2013. A entrevistadora se deslocou ao município selecionado, onde os instrumentais de pesquisa foram aplicados.

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

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

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

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

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

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

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

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

Deseja-se também que além do Executivo, do Legislativo e do Sistema de Justiça, todos os técnicos e demais profissionais que atuam diariamente nos diversos equipamentos que compõem a rede de atendimento à criança e ao adolescente, especialmente os que estão à frente dos CRAS e CREAS, possam questionar se dispõem dos instrumentos necessários para exercer seu papel de garantidores de direitos, além de receberem a imprescindível qualificação para melhor atuação nos desafios com que se deparam no dia a dia, tendo em vista a grande demanda que cada um dos equipamentos recebe e o fato que boa parte dos profissionais não atuarem exclusivamente nos órgãos acumulando funções, sendo este um fator que influencia diretamente no desenvolvimento do trabalho em rede.

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

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

2 O MUNICÍPIO DE CAPANEMA

Iracema Jandira Oliveira da Silva

Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

Kátia Jordy Figueiredo

Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

2.1 Breve contextualização

Conhecer a realidade municipal é determinante para garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade da fiscalização e do controle das ações públicas que visam ao atendimento das necessidades da população e ter os principais números do município apresentados de forma simples e compreensível é uma estratégia essencial tanto para orientar as decisões ministeriais, quanto dos demais setores da rede no tocante às políticas sociais, da mesma maneira no que concerne ao conhecimento da história do município e do contexto onde se desenrolam os acontecimentos.

Este capítulo discorrerá sobre a história do município de Capanema, as características sociodemográficas e as vulnerabilidades existentes em relação à população local, entre outras informações.

O município de Capanema, originalmente conhecido como Quatipuru, foi construído com terras desmembradas do município de Bragança em 1879. Fundado no sítio Arapeua, marco inicial do povoamento, seus primeiros habitantes foram naturais do próprio Estado. As injunções políticas da época fizeram com que, em 1900, fosse extinto o município de Quatipuru e seu território anexado ao de Salinópolis e Bragança. A restauração ocorreu em 1902, ano em que foi criado o distrito de Capanema. Em 1919, segundo a Lei n.º 1.802/1919, a sede municipal foi transferida para a vila de Capanema, o que ocasionou o retorno de Quatipuru à condição de Vila.

O Decreto Estadual n.º 68, de 27 de dezembro de 1930, alterou a denominação do município de Capanema para Siqueira Campos, em homenagem a um dos heróis da Revolução de 30, permanecendo assim até ao ano de 1938, quando foi restabelecido o topônimo Capanema, através do Decreto Estadual n.º 2.972/1938.

Em 1961 ocorreu o desmembramento de parte do território de Capanema (os distritos de Primavera e o de Quatipuru) para a criação do município de Primavera (cf. Lei n.º 2.460/1961). Capanema, então, passou a ser constituída pelos distritos de Capanema (sede), Mirasselas e Tauari.

Localização geográfica

Capanema pertence à mesorregião do nordeste paraense e à microrregião bragantina, a 160 km de Belém pela rodovia federal BR-316. É o segundo município mais desenvolvido da microrregião, atrás somente de Bragança e no nordeste do Pará atrás de Castanhal, o mais desenvolvido da mesorregião.

A sede municipal está localizada dentro das seguintes coordenadas geográficas: 01º 11' 45" de latitude sul e 47º 10' 51" de longitude oeste de Greenwich, estando a uma altitude de 24 metros. Tem como limites ao norte: os municípios de Primavera e Quatipuru; a leste, Tracuateua; ao sul, Tracuateua e Bonito e a oeste, Peixe-Boi e Bonito. A mesorregião do Nordeste Paraense é uma das seis existentes no estado do Pará. É formada pela união de 49 municípios agrupados em cinco microrregiões. Até 2015, de acordo com o IBGE, a população estimada era de 65.498 habitantes.

Figura 1 – Localização do município de Capanema, PA

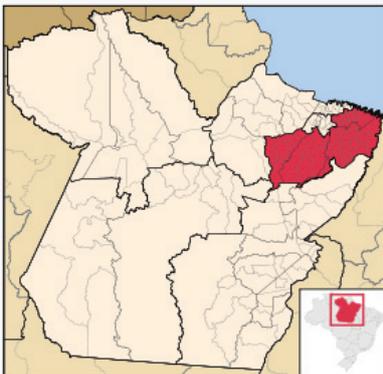


Fonte - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) /Censo Demográfico de 2010

Em Capanema fica localizada a primeira e maior fábrica de cimento do estado do Pará, o que permitiu que a cidade se desenvolvesse. Ela é considerada uma cidade-polo pela sua localização geográfica e pelas suas taxas de IDH e de PIB per capita. Possui comércio local atraente, atendendo a vários municípios da região; porém há grandes problemas na infraestrutura, como pavimentação de vias, esgoto e abastecimento de água.

A principal manifestação religiosa do município é uma festa em homenagem à padroeira da cidade, N. Sra. do Perpétuo Socorro, realizada no período de 30 de novembro a 8 de dezembro, com festejos acompanhados por missas, novenas, procissão e arraial. No distrito de Mirasselas, no período de 4 a 13 de julho, também ocorre uma festividade religiosa em honra de Santo Antônio, acompanhada de novenas, missas, procissões e do levantamento de “mastro votivo”. Outras atividades de cunho popular também são destaques no Município. Entre elas, estão a Feira da Cultura Popular, os concursos de quadrilhas, os festivais de poesias, a Festa das Flores e a Festa de Cheiro. O “Boi Promesseiro” e o Cordão de Pássaro “Beija Flor” são os grupos típicos que se destacam em Capanema.

Figura 2 – Localização do município de Capanema em relação ao nordeste paraense, PA



Unidade federativa	 Pará
Mesorregiões limítrofes	Mesorregião Metropolitana de Belém ; Mesorregião do Marajó ; Mesorregião do Sudoeste Paraense ; Mesorregião do Sudeste Paraense ; Mesorregião do Oeste Maranhense (MA)
Área	83.074,047 km²
População	1.664.761 hab. Est. 2006
Densidade	20,0 hab/km²
Indicadores	
PIB	R\$ 3.472.268.147,00 IBGE/2003
PIB per capita	R\$ 2.212,69 IBGE/2003

Fonte - IBGE

2.2 Características sociodemográficas

Características da população e situação do domicílio

Conhecer a realidade municipal, como dito anteriormente, é determinante para garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade da fiscalização e do controle das ações públicas que visam ao atendimento das necessidades da população.

Neste sentido, alguns números do município serão apresentados a seguir, de maneira simples e compreensível. Pela leitura dos resultados, pode-se analisar que os dados referentes ao Pará indicam que os avanços sociais são desiguais. O gênero, a raça, a etnia e o local de nascimento de uma criança paraense ainda determinam em grande parte suas oportunidades futuras.

A população residente em áreas urbanas no estado Pará é cerca de 68,5%, enquanto que 31,5% habita a zona rural. Em Capanema se observa um percentual maior, 50.732 ou 80% pessoas residem na área urbana enquanto 12.907 ou 20% habitam a área rural. Residem em Capanema 63.639 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) estando distribuída em 31.494 homens e 32.145 mulheres, sendo que 38,7% dos homens vivem na zona urbana e 21,7% vivem na zona rural. No que se refere à população feminina, 42.055 (29,8%) vive na área urbana e 27.415 (19,4%) vive na zona rural. Essa distribuição populacional está demonstrada nas Tabelas 1 e 2, a seguir:

Tabela 1 – População residente, por sexo e situação do domicílio, Capanema, PA

Sexo	Situação do domicílio	Variável	
		População residente (Pessoas)	População residente (Percentual)
Homens	Total	31.494	49,49
	Urbana	24.648	38,73
	Rural	6.846	10,76
Mulheres	Total	32.145	50,51
	Urbana	26.084	40,99
	Rural	6.061	9,52
Total	Total Urbana	50.732	79,72
	Total Rural	12.907	20,28
	Total	63.639	100,00

Fonte - IBGE/Censo Demográfico 2010

Tabela 2 – População segundo situação da unidade domiciliar de Capanema, PA

ANO	URBANA	RURAL
2010	50.732	12.907

Fonte - IBGE/Censo Demográfico 2010

Capanema possui alta densidade demográfica (106,74 habitantes por km²) considerando que a densidade no estado do Pará é de 6,07 hab/km² conforme demonstrado na Tabela 3:

Tabela 3 – População, área e densidade demográfica de Capanema, PA

ANO	POPULAÇÃO (HAB.)	ÁREA (KM2)	DENSIDADE
2013	65.498 (*)	613.60	106,74

Fonte - IBGE/Censo Demográfico 2010 - (*) População Estimada para 2015

Quadro 1 – Proporção de crianças em extrema pobreza e crianças pobres – ano 2000 e 2010 e Proporção de Crianças e Idosos – Ano 2010

2000			2010	
Município	Proporção de Crianças em Extrema Pobreza	Proporção de Crianças Pobres		Proporção de Crianças Pobres
Capanema	31,72 %	59,8 %	21,67 %	43,78 %
Proporção de Criança e Idoso – Ano 2010				
Município	Total	Proporção de criança	Proporção de idoso	Índice de envelhecimento
Capanema	48,02 %	38,5 %	9,52 %	21,95 %

Fonte - IBGE

Quadro elaborado por Carmem Tuñas

O Censo revelou que em 2000 em Capanema havia 31,72 % de crianças que viviam na extrema pobreza e em 2010 essa porcentagem diminuiu para 21,67%. Nesse mesmo ano no município ainda persiste uma porcentagem elevada de crianças que vivem na pobreza, são 43,78%. A soma de população de criança e idosos é de 48,02% e o índice de envelhecimento é 21,95%.

População por Faixa Etária

Tabela 4 – População por faixa etária, Capanema, PA

Faixa Etária	2010
Menor de 01 ano	1.025
01 a 04 anos	4.301
05 a 09 anos	5.980
10 a 14 anos	6.744
15 a 29 anos	18.458
30 a 49 anos	16.662
50 a 69 anos	7.811
70 anos e mais	2.658

Fonte - IBGE/Censo Demográfico 2010

Em relação à população total do município de Capanema, observa-se que 24.520 pessoas são crianças e adolescentes, o que equivale a cerca de 38,5% da população.

2.3 Dados educacionais

As matrículas no ensino regular no município de Capanema, em 2014, de acordo com dados fornecidos pelo INEP, referentes ao Censo Escolar/2014 foram contabilizadas 14.388 matrículas na rede de ensino público, distribuídas conforme tabela 5, a seguir:

Tabela 5 - Número de matrículas na Ed Infantil, Ensino Fundamental e Médio, Capanema, PA, Ano 2014

Número de Matrículas								
Educação Infantil		Total	Ensino Fundamental		Total	Ensino médio	Total	Total
Creche	Pré-Escola		Anos Iniciais					
827	1.576	2.403	5.877	4.246	10.123	1.862	1.862	14.388

Fonte - MEC/INEP/DEED

Taxa de analfabetismo Capanema

Ao longo da última década, o Ministério da Educação construiu uma política sistêmica de enfrentamento do analfabetismo. O programa Brasil Alfabetizado é uma ação do governo federal desenvolvida em colaboração com estados, Distrito Federal e municípios. O programa garante recursos suplementares para a formação dos alfabetizadores; aquisição e produção de material pedagógico; alimentação escolar e transporte para os alunos. Ele prevê, ainda, bolsas para alfabetizadores e coordenadores voluntários do programa.

O analfabetismo de jovens e adultos vem sendo reduzido no Brasil — passou de 11,5% em 2004 para 9,37% em 2010, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Porém o município de Capanema, mesmo apresentando tendência de queda, ainda apresenta um índice maior, cerca de 14,1% de adolescentes acima de 15 anos são analfabetos.

Tabela 6 - Taxa de analfabetismo, Capanema, PA

Faixa Etária	2010
Acima de 15 anos	14,01%

Fonte - Ministério da Saúde/DATASUS

Tabela elaborada por Carmem Tuñas

Em 2010, no município a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,03%. No mesmo ano, a porcentagem de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 81,43%; e a porcentagem de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 44,55%; e a dos jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 31,33%.

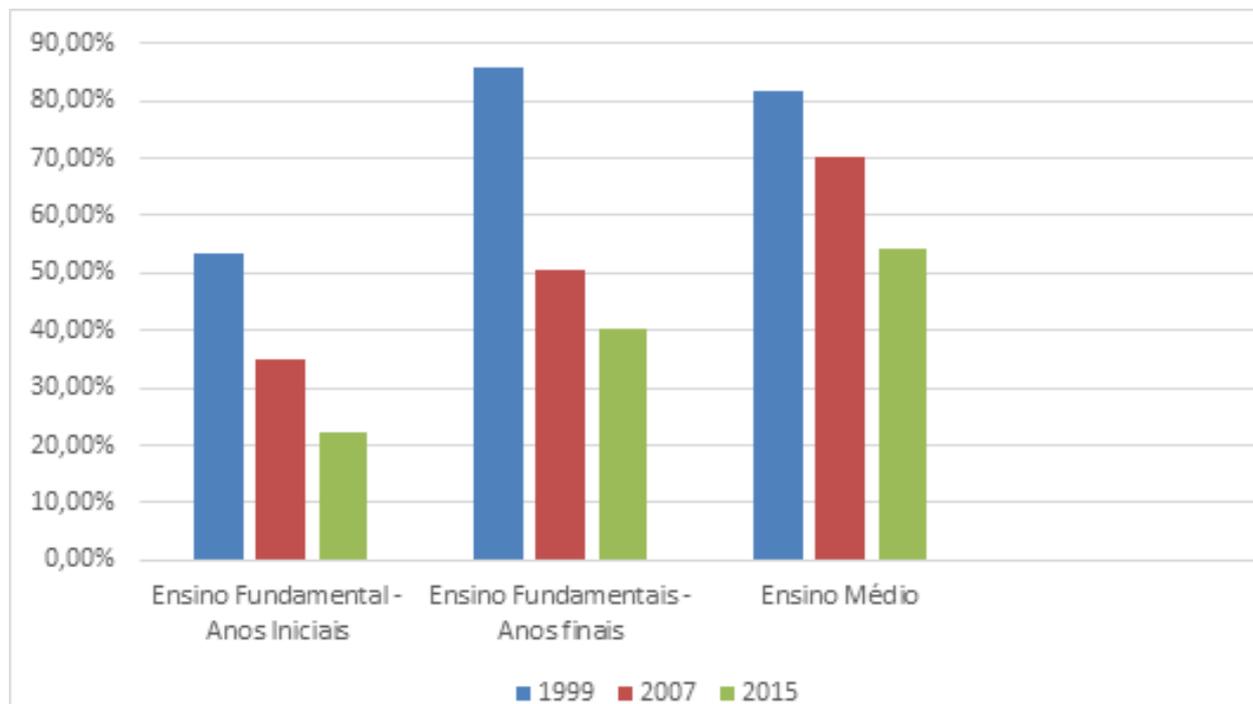
Segundo dados do Ministério da Educação e Cultura (MEC), no ano 2012, Capanema obteve um número de 12.395 alunos matriculados no ensino fundamental, já no ensino médio foram realizadas 4.045 matrículas. Em relação à distorção idade série, em 2010, 74,77% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem da série.

Distorção série-idade

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 os níveis de ensino avançam.

Em Capanema no ano de 2015, entre alunos do ensino fundamental, 22,2% estavam com idade superior à recomendada nos anos iniciais e 40,3% nos anos finais. A defasagem chegava a 54,2% entre os que alcançaram o ensino médio. O Gráfico 1, a seguir, compara a distorção entre os anos 1999, 2007 e 2015, conforme pesquisa do INEP.

Gráfico 1 - distorção série-idade no ensino fundamental e médio, 1999/2007/2015, Capanema, PA



Fonte - MEC/INEP

Índice de desenvolvimento da educação básica

O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB), realizado pelo INEP/MEC, abrange estudantes das redes públicas e privadas do país, localizados em área rural e urbana, matriculados na 4ª e 8ª séries (ou 5º e 9º anos) do ensino fundamental e também no 3º ano do ensino médio. São aplicadas provas de Língua Portuguesa e Matemática, a avaliação é feita por amostragem, os resultados são apresentados para cada unidade da Federação e para o Brasil como um todo

O SAEB foi a primeira iniciativa brasileira para conhecer seu sistema educacional em profundidade e tem sido realizado a cada dois anos desde 1990; a Prova Brasil foi criada em 2005, a partir da necessidade de tornar a avaliação mais detalhada, ela permite a obtenção de resultados por escolas e municípios, em complemento à avaliação já feita pelo SAEB, a prova mede os conhecimentos dos alunos nas disciplinas de português e matemática.

O IDEB é a combinação de dois indicadores, o desempenho obtido pelos alunos nos testes padronizados (Prova Brasil ou SAEB) e a taxa de aprovação. Seu principal objetivo é medir a qualidade do aprendizado nacional e estabelecer metas para a melhoria do ensino no país; ele é divulgado a cada dois anos, o índice varia em uma escala de 0 a 10 e é calculado a partir de dois componentes: as taxas aprovação dos estudantes e as médias de desempenho dos alunos nas avaliações aplicadas pelo INEP. A partir desses dados são calculados o IDEB de cada escola, rede de ensino, município e estado, além da média nacional. Cada unidade de ensino público (seja municipal, estadual ou federal) tem metas no IDEB a serem atingidas a cada dois anos, tendo sido determinadas metas para todos os municípios e estados. O IDEB, portanto, 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 10².

Em 2013, O IDEB nacional, foi de 4,9 para os anos iniciais em escolas públicas e de 4,0 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,7 e 5,9.

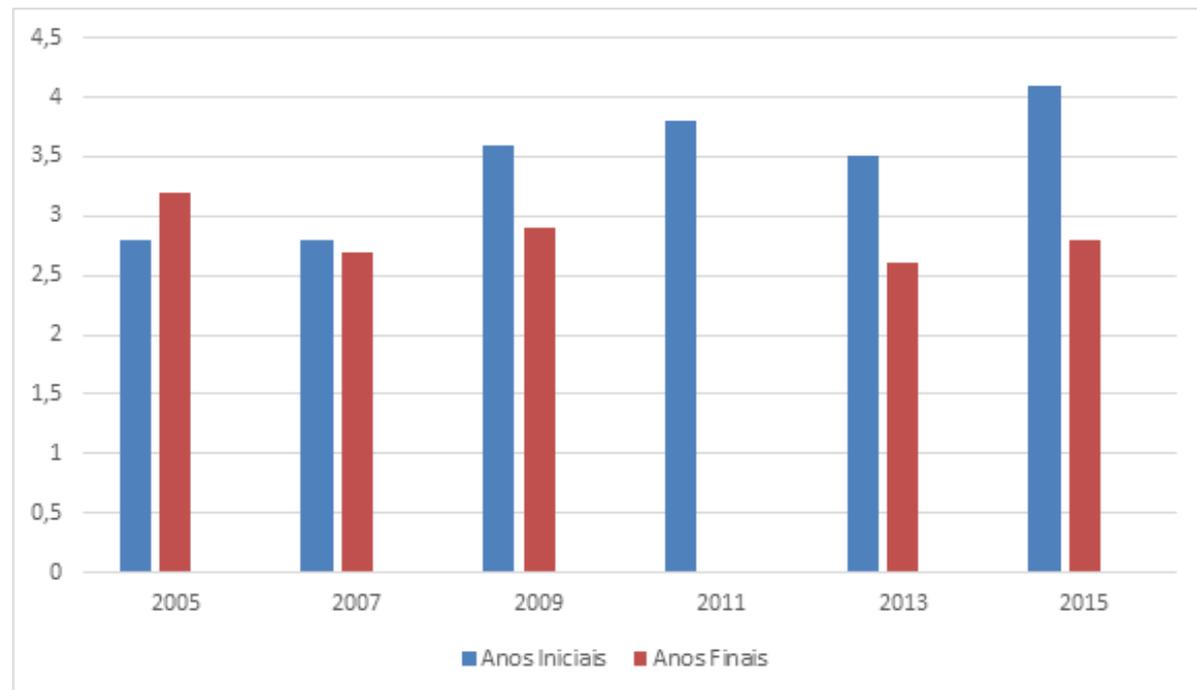
Ainda considerando o IDEB de 2013, nos anos iniciais somente 1.158 municípios brasileiros obtiveram nota acima de 6,0; a situação é ainda mais crítica quando se verificam os anos finais: apenas 23 municípios brasileiros conseguiram nota acima de 6,0. Ao analisar apenas os municípios do Estado, 0 deles nos anos iniciais e 0 nos anos finais obtiveram nota igual ou superior a 6,0.

O município de Capanema, em 2.015, segundo o INEP, estava na 4.498ª posição, entre os 5.565 municípios do Brasil, quando avaliados os alunos dos anos iniciais, e na 5.051ª, no caso dos alunos dos anos finais. Quando analisada a sua posição entre os 143 municípios de seu Estado, Capanema estava na 63ª posição nos anos iniciais e na 136ª, nos anos finais.

O IDEB nacional, em 2.015, 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.

O município de Capanema em 2015, considerando os anos iniciais da rede de ensino público atingiu a meta (3,8) e cresceu chegando ao de 4,1, mas não alcançou o patamar de 6,0. Para o 8º e o 9º ano o IDEB de 2015 foi de 2,8. O gráfico a seguir mostra o desenvolvimento do IDEB entre os anos 2005 e 2015, para os anos iniciais e finais do ensino fundamental.

2 O índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB) foi criado pelo INEP em 2007 e reúne em um indicador dois conceitos: fluxo escolar e médias de desempenho nas avaliações, in <http://portal.inep.gov.br/web/portal-ideb/o-que-e-o-ideb>, acesso em 24/03/2015.



Fonte – MEC/IDEB

Expectativa de anos de estudo

O indicador de expectativa de anos de estudo também sintetiza a frequência escolar das pessoas em idade escolar. Essa expectativa indica o número de anos de estudo que uma criança que começa a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Nos anos de 2000 e 2010, esse indicador passou de 7,70 anos para 9,60 anos no município.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), de acordo com o site do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, foi implantado em 1955, atende aos alunos da educação infantil, do ensino fundamental e do ensino médio por meio da oferta de alimentação e ações de educação alimentar e nutricional. A Tabela 7, a seguir, mostra o número de alunos atendidos em Capanema nos anos de 2015, 2016 e 2017. Observa-se uma pequena redução, em torno de 2,30%, no número de alunos atendidos considerando os dois últimos anos.

Tabela 7 - PNAE, nº de alunos atendidos, anos 2015, 2016, 2017, Capanema, PA

Ano	Quantidade/alunos
2015	17.401
2016	17.136
2017	16.742

Fonte – MEC/FNDE/PNAE

Trabalho infantil

O Plano Estadual de Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador foi lançado em Belém em 29 de agosto de 2016 no auditório do Fórum Cível de Belém pelo Fórum Paraense de Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalho do Adolescente (FPETIPA).³

De acordo com a FPETIPA, o Plano Estadual foi construído por 20 instituições governamentais e não governamentais e representa um guia para orientar os planos de erradicação do trabalho infantojuvenil de 87 municípios do Pará, onde os índices de trabalho infantil são elevados, além de direcionar as ações e parcerias dos setores públicos e sociais em relação à temática.

Com vigência até 2019, o plano foi organizado a partir dos sete eixos estratégicos propostos pelo Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, entre eles estão a promoção de ações de comunicação e mobilização social; promoção e fortalecimento da família, garantia de educação pública de qualidade e proteção da saúde de crianças e adolescentes contra a exposição aos riscos do trabalho.

Dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010) revelam que o município possuía cerca de 56% de crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 17 anos, na área urbana, ocupadas na semana de referência e 43,6% na área rural. Os dados mostram também que o maior percentual de ocupação na área urbana se encontrava na faixa etária de 16 a 17 anos de idade e na área rural era na faixa de 10 a 13 anos de idade (Tabela 8).

³ O Plano Estadual representa um direcionamento para a extinção do trabalho infanto-juvenil em alguns municípios do Pará, cujos índices de trabalho infantil são considerados altos.

Tabela 8 – percentual de pessoas de 10 a 17 anos de idade, distribuído pela situação de domicílio, ocupadas na semana de referência por grupo de idade, Capanema, PA

Grupos de idade	Situação do domicílio	Percentual de pessoas de 10 a 17 anos de idade, distribuído pela situação do domicílio	Percentual de pessoas de 10 a 17 anos de idade, ocupadas na semana de referência, distribuído pela situação do domicílio
Total	Total	100,0	100,0
	Urbana	74,8	56,4
	Rural	25,2	43,6
10 ou 13 anos	Total	100,0	100,0
	Urbana	71,2	33,4
	Rural	28,8	66,6
14 ou 15 anos	Total	100,0	100,0
	Urbana	76,8	47,9
	Rural	23,2	52,1
16 ou 17 anos	Total	100,0	100,0
	Urbana	79,4	71,2
	Rural	20,6	28,8

Fonte - IBGE/Censo Demográfico/2010

A Tabela 9, a seguir, demonstra que a cor ou raça ainda é um fator importante quando se trata de envolvimento em trabalho infantil, sendo que a taxa de ocupação foi maior para as crianças e adolescentes nas faixas etárias de 10 a 13 anos e de 14 a 15 anos de idade que se auto declararam de cor ou raça preta ou parda. Para esse segmento a taxa de ocupação foi de 6,5 e de 14,4, respectivamente.

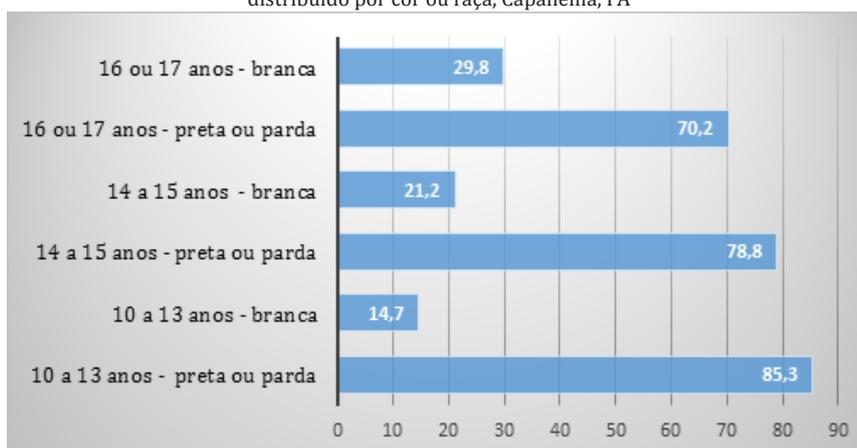
Tabela 9 – Percentual e nível da ocupação, na semana de referência, das pessoas de 10 a 17 anos, por grupos de idade e cor ou raça, Capanema, PA

Grupo de idade	Cor ou raça	Percentual de pessoas de 10 a 17 anos de idade, distribuído por cor ou raça	Pessoas de 10 a 17 anos de idade, ocupadas na semana de referência	Percentual de pessoas de 10 a 17 anos de idade, ocupadas na semana de referência, distribuído por cor ou raça	Nível da ocupação, na semana de referência, das pessoas de 10 a 17 anos de idade
10 a 13 anos	Preta ou parda	76,5	262	85,3	6,5
	Branca	23,5	45	14,7	3,7
	Total	100	307	100	5,9
4 a 15 anos	Preta ou parda	73,5	285	78,8	14,4
	Branca	26,2	77	21,2	10,9
	Total	100,0	361	100,0	13,4
16 ou 17 anos	Preta ou parda	69,2	477	70,2	23,7
	Branca	30,5	203	29,8	22,9
	Total	100,0	680	100,0	23,4

Fonte - IBGE/Censo Demográfico/2010

Embora em números absolutos a quantidade de adolescentes ocupados na semana de referência na faixa etária de 16 ou 17 anos de idade seja maior do que nas demais (680 no total – Tabela 9), em termos relativos, o segmento etário com maior índice de ocupação foi o de 10 a 13 anos de idade, com o percentual de 85,3% que se declararam de cor ou raça preta ou parda, conforme demonstrado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - percentual de pessoas de 10 a 17 anos de idade, ocupadas na semana de referência, distribuído por cor ou raça, Capanema, PA



Fonte - IBGE/Censo Demográfico 2010

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que o Brasil possui mais de três milhões de crianças entre 5 e 17 anos trabalhando. O Pará apresenta um dos piores índices de trabalho infantil da região Norte, cerca de 220 mil crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos estão nessa situação e a maioria sem remuneração.

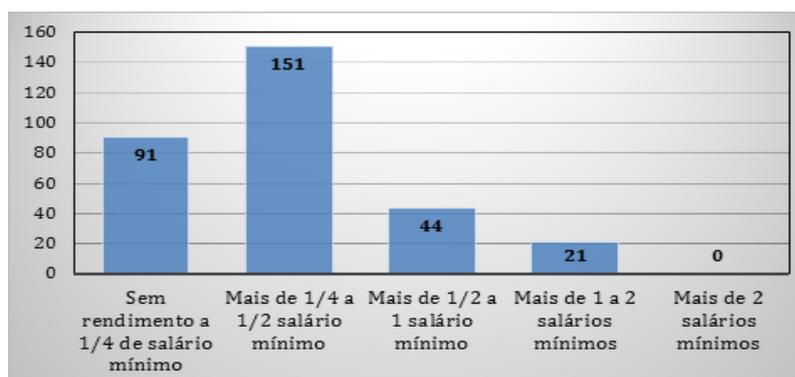
Tabela 10 - Classes de rendimento nominal mensal domiciliar per capita, de pessoas de 10 a 17 anos de idade, ocupadas na semana de referência, Capanema, PA

Grupo de idade Classes de rendimento nominal mensal domiciliar per capita		
10 a 13 anos	Sem rendimento a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo	91
	Mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo	151
	Mais de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo	44
	Mais de 1 a 2 salários mínimos	21
	Mais de 2 salários mínimos	0
14 ou 15 anos	Sem rendimento a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo	166
	Mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo	122
	Mais de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo	63
	Mais de 1 a 2 salários mínimos	10
	Mais de 2 salários mínimos	-
16 ou 17 anos	Sem rendimento a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo	172
	Mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo	269
	Mais de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo	163
	Mais de 1 a 2 salários mínimos	34
	Mais de 2 salários mínimos	42
Total	Sem rendimento a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo	430
	Mais de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo	542
	Mais de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo	270
	Mais de 1 a 2 salários mínimos	65
	Mais de 2 salários mínimos	42

Fonte - IBGE/Censo Demográfico 2010

No Brasil, em 16,5% das famílias com crianças há pelo menos uma que trabalha e no município de Capanema a situação se repete. Observa-se na Tabela 10, acima, e no Gráfico 2, a seguir, que entre as crianças e os adolescentes na idade de 10 a 17 anos, cerca 72% não chegam a receber rendimentos de 1 salário mínimo.

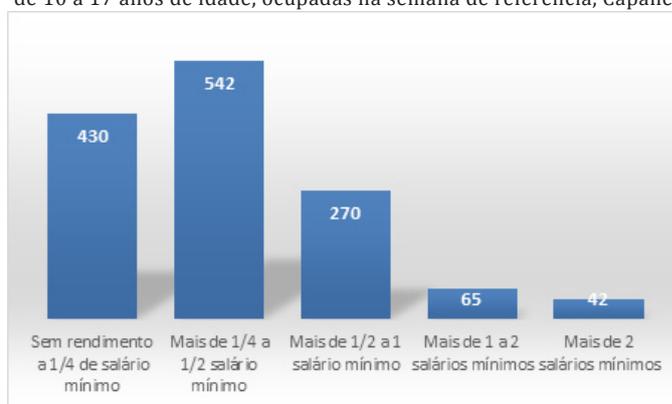
Gráfico 4 – Classes de rendimento nominal mensal domiciliar per capita, de pessoas de 10 a 13 anos de idade, ocupadas na semana de referência, Capanema(PA)



Fonte - IBGE/Censo Demográfico 2010

O rendimento nominal mensal domiciliar per capita da maioria das crianças e adolescentes expostos a trabalho infantil, ocupados na semana de referência, está na faixa de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo, conforme demonstrado na Tabela 10 e no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Classes de rendimento nominal mensal domiciliar per capita, de pessoas de 10 a 17 anos de idade, ocupadas na semana de referência, Capanema (PA)



Fonte - IBGE/Censo Demográfico 2010

2.4 Serviços de saúde

Profissionais de saúde no município em 2012

Em 2012, segundo o DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil) o número de profissionais na área de saúde era de 209, incluindo médicos, odontólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, farmacêuticos, assistente sociais, psicólogo, auxiliar de enfermagem e técnico em enfermagem.

Tabela 11 – Profissionais de saúde, ano 2012, Capanema, PA

Profissionais	2012
Médico	39
Odontólogo	18
Enfermeiro	31
Fisioterapeuta	08
Fonoaudiólogo	02
Nutricionista	02
Farmacêutico	07
Assistente Social	10
Psicólogo	04
Auxiliar de Enfermagem	22
Técnico em Enfermagem	66
TOTAL	209

Fonte - DATASUS/MS

Leitos por habitantes em 2012

O número de leitos disponíveis por mil habitantes no Brasil está aquém da orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os últimos levantamentos, datados de 2009, mostram que a oferta corresponde a uma média de 2,4 leitos por mil habitantes – ou 2,1 para 1000 no SUS e 2,6 para mil entre os beneficiários de planos de saúde. O índice faz parte do Painel Saúde em Números, relatório semestral elaborado pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP).

Tabela 12- Leitos por habitantes, 2012, Capanema, PA

Leitos	2012
Número de leitos hospitalares	423
Número de leitos – ambulatoriais	78
Número de leitos – urgência	71
Total de leitos	572
Leitos/Mil Habitantes	8,85

Fonte – DATASUS/MS

O índice preconizado pela OMS é de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. O município de Capanema apresenta um índice bem acima do recomendado, cerca 8,85% de leitos.

Segundo a OMS, há 17,6 médicos no Brasil para cada 10 mil pessoas. A taxa é um pouco inferior à média do restante dos países emergentes - 17,8. O índice também é inferior à média das Américas (mais de 20).

O recomendado pelo Ministério Saúde (MS) é de 2,5. A região Norte tem a pior relação médico/habitante, com apenas 0,98. E o município de Capanema apresenta 39 médicos, o que representa a média de 0,6 médicos por mil habitantes, com 28 estabelecimentos de Saúde SUS.

Segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no município de Capanema

Para a garantia dos direitos da criança e do adolescente um item importante é a segurança alimentar e nutricional e o direito à alimentação adequada. A Segurança Alimentar e Nutricional significa garantir a todos, condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo, assim, para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana.

Esta é a definição vigente de Segurança Alimentar no Brasil e foi construída por ocasião da elaboração do documento brasileiro para a Cúpula Mundial de Alimentação por representantes do governo e da sociedade civil. É um conceito bastante abrangente, que comporta as noções do alimentar e do nutricional, enfatizando os aspectos do acesso e da disponibilidade em termos de suficiência, continuidade, preços estáveis e compatíveis com o poder aquisitivo da população, além de ressaltar a importância de qualidade e da valorização dos hábitos alimentares adequados, colocando a segurança alimentar e nutricional como uma prerrogativa básica para a condição de cidadania.

É importante ressaltar no conceito de segurança alimentar o termo acesso, que segundo Belik (2003) não é o mesmo que disponibilidade, pois os alimentos podem estar disponíveis, entretanto a população pode não ter acesso a eles por diferentes razões, como baixa renda, conflitos políticos, guerras, interesses de mercado ou desvios.

Para que exista segurança alimentar em uma determinada população é necessário que haja qualidade, quantidade e regularidade ao acesso aos alimentos. Hoffmann (1995) refere que existe segurança alimentar para uma população se todas as pessoas dessa população têm permanentemente acesso a alimentos suficientes para uma vida ativa e saudável.

A segurança alimentar, de acordo com o gradiente de (in) segurança alimentar proposto pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) baseada na Escala Norte-Americana para Medida de Segurança Alimentar (USDA Core Food Security Module, atualmente denominada Household Food Insecurity Access Scale - HFIAS), previamente adaptada e validada para populações brasileiras urbanas, é classificada em *Segurança alimentar*, *Insegurança alimentar leve*, *Insegurança alimentar moderada* e *Insegurança alimentar grave*.

A seguir, são descritas as referidas classificações:

a) **Segurança alimentar** - os moradores dos domicílios têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais;

b) **Insegurança alimentar leve** - preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos;

c) **Insegurança alimentar moderada** - redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos;

d) **Insegurança alimentar grave** - redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças.⁴

4 SEGALL-CORREA, Am et ali. (In) Segurança Alimentar: experiência de grupos focais com populações rurais do Estado de São Paulo. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, v. 13, n. 1, p. 66, 2006.

Neste diapasão, a desnutrição infantil constitui importante problema de saúde pública no Pará, particularmente na localidade estudada onde as condições socioeconômicas da população, especialmente das rurais e indígenas, são extremamente desfavoráveis. Ela é um importante problema de saúde pública, pois se associa com elevadas taxas de morbimortalidade, podendo acarretar consequências na infância, tais como danos no sistema nervoso central e nos mecanismos de imunidade, assim como na fase adulta, tal como o aumento da predisposição para ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis.⁵

No Brasil, o direito à segurança alimentar e nutricional é definido pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006), que entende *Segurança Alimentar e Nutricional* - SAN como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidades suficientes, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Compete à Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SESAN, no âmbito de atuação do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário – MDSA, planejar, implementar, coordenar, supervisionar e acompanhar programas, projetos e ações de SAN, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, estabelecidas pelo Decreto nº 7.272/2010.⁶

O município de Capanema possui Conselho Municipal de Segurança Alimentar, criado pela Lei municipal nº 6.100/2003, de 19 de novembro de 2003, alterada pela Lei nº 6216/2007, de 13 de abril de 2007.

Em seguida, será analisada a segurança alimentar e nutricional no município de Capanema, considerando o percentual da população em situação de pobreza extrema.

A pobreza extrema e a fome no município de Capanema, Pará⁷

Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE), entre os anos de 2004 e 2013, a taxa de extrema pobreza no Brasil caiu de 7,6% para 4% da população, enquanto que a taxa de pobreza passou de 22,4% para 9,0%. A insegurança alimentar grave foi reduzida de 6,9% dos domicílios, em 2004, para 3,2% em 2013. Contudo, permanece a disparidade por cor ou raça, pois a insegurança

5 VIEIRA, Viviane Laudelino; SOUZA, José Maria Pacheco de; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, v. 10, n.2, p. 199-207 abr./jun., 2010.

6 <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar>

7 Em setembro de 2000, 191 países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), entre eles o Brasil, elaboraram a Declaração do Milênio, um pacto que estabelece um compromisso compartilhado com o desenvolvimento humano sustentável. Eles tinham como compromisso atingir até o ano de 2015 os seguintes objetivos: erradicar a extrema pobreza e a fome; atingir o ensino básico universal; promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Os Objetivos do Milênio, desta maneira, constituem um conjunto de desejos sociais, objetivos, metas e indicadores de desenvolvimento relacionados a diversas áreas da atuação municipal. Eles são um compromisso mundial para melhorar as condições de vida da população, com justiça social e respeito ao meio ambiente. O Brasil é signatário desse compromisso.⁷

alimentar moderada ou grave correspondia a 29,8% entre os pretos e pardos, enquanto que, entre os brancos, a proporção foi de 14,4%.

As prevalências da insegurança alimentar moderada ou grave são maiores nos domicílios cuja pessoa de referência é do sexo feminino e entre os pretos e pardos. A escolaridade também é um fator importante na determinação da insegurança alimentar. Essa mesma disparidade também é encontrada entre os povos indígenas e quilombolas. Por exemplo, mais da metade (55,6%) dos adultos quilombolas estão em situação de insegurança alimentar no Brasil e o percentual atinge o patamar de 41,1% quando incluídas as crianças e os adolescentes.

A renda per capita média de Capanema cresceu 48,59% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 239,77 para R\$ 356,27, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,11%. A proporção de pessoas pobres diminuiu, passou de 55,59% para 30,91%.

A redução da desigualdade de renda nesses últimos vinte anos pode ser descrita através do Índice de Gini,⁸ que passou de 0,58 para 0,53.⁹ dimensão que mais contribuiu para o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Capanema foi a longevidade, com o índice de 0,794, seguido de renda, com índice de 0,610, e de educação, com 0,580.¹⁰

8 É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

9 Para calcular as pessoas sem rendimento que, de fato, incluem-se na linha de miséria, o IBGE realizou um recorte que considerou os seguintes critérios: residência sem banheiro ou sem uso exclusivo; sem ligação de rede geral de esgoto ou pluvial e sem fossa séptica; em área urbana sem ligação à rede geral de distribuição de água; em área rural sem ligação à rede geral de distribuição de água e sem poço ou nascente na propriedade; sem energia elétrica; com pelo menos um morador de 15 anos ou mais de idade analfabeto; com pelo menos três moradores de até 14 anos de idade; com pelo menos um morador de 65 anos ou mais de idade.

10 O conceito de desenvolvimento humano proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD e criado por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) PNUD nasceu a partir da compreensão do desenvolvimento como um processo de ampliação das escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para serem aquilo que desejam ser.

Segundo o PNUD, renda econômica é importante, mas como um dos meios do desenvolvimento e não como seu fim. É uma mudança de perspectiva: do desenvolvimento humano, o foco é transferido do crescimento econômico, ou da renda, para o ser humano. O objetivo da criação do Índice de Desenvolvimento Humano foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento.

O IDH diferentemente da perspectiva do crescimento econômico, que vê o bem-estar de uma sociedade apenas pelos recursos ou pela renda que ela pode gerar, a abordagem de desenvolvimento humano procura olhar diretamente para as pessoas, suas oportunidades e capacidades.

Ele é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o nível de desenvolvimento humano apurado para determinado município.

O IDHM brasileiro segue as mesmas três dimensões do IDH Global - longevidade, educação e renda, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros. Assim, o IDHM - incluindo seus três componentes, IDHM Longevidade, IDHM Educação e IDHM Renda - conta um pouco da história dos municípios em três importantes dimensões do desenvolvimento humano

Mortalidade Infantil

Esse é um problema social mundial e presente de forma ainda mais grave em regiões mais pobres economicamente. Entre os diversos fatores estão: a falta de assistência e de orientação às grávidas, a deficiência na assistência hospitalar aos recém-nascidos, a ausência de saneamento básico (desencadeando a contaminação de alimentos e de água, resultando em outras doenças) e desnutrição.

Segundo o censo do IBGE de 2010, a taxa de mortalidade infantil do Brasil é de 15,6% e da região Norte é de 18,1%. A taxa de mortalidade de crianças menores de um ano para o município de Capanema é de 14,6 óbitos a cada mil crianças menores de um ano, acompanhando o ritmo nacional.

A taxa de mortalidade em Capanema de crianças menores de 5 anos, em 1997, era de 31,8 óbitos a cada mil nascidos vivos; em 2014, este percentual passou para 15,5 óbitos a cada mil nascidos vivos, representando redução de 51,1% da mortalidade.

Consultas pré-natais

As consultas de vigilância da gravidez ou pré-natais consistem no acompanhamento e assistência médica e cuidados de enfermagem durante os 9 meses da gestação.

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 seguros, prevenindo, assim, a saúde da mãe e do bebê.

A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2014, no Município, foi de 7,3%. As gestantes com 7 ou mais consultas representavam 47,5% da população.

Tipos de parto

Segundo o MS, o parto normal é o mais aconselhado e seguro, devendo ser disponibilizados todos os recursos para que ele aconteça, todavia, o parto cesariano é indicado em casos em que há risco de vida à mãe ou à criança. No Brasil são registradas muito mais cesarianas do que os 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em Capanema os índices acompanham os dados nacionais, em 2014, 58,5% dos partos realizados foram cesarianas e 40,9% normais.

Taxa de mortalidade materna

Óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto), por isso a importância das consultas pré-natais. A taxa de mortalidade materna máxima recomendada

durantes duas décadas da história brasileira.

O IDHM é um índice composto que agrega 3 das mais importantes dimensões do desenvolvimento humano: a oportunidade de viver uma vida longa e saudável, de ter acesso ao conhecimento e ter um padrão de vida que garanta as necessidades básicas, representadas pela saúde, educação e renda. Vida longa e saudável é medida pela expectativa de vida ao nascer, calculada por método indireto a partir dos dados dos Censos Demográficos do IBGE. Esse indicador mostra o número médio de anos que as pessoas viveriam a partir do nascimento, mantidos os mesmos padrões de mortalidade observados no ano de referência.

Padrão de vida é medido pela renda municipal per capita, ou seja, a renda média de cada residente de determinado município. É a soma da renda de todos os residentes, dividida pelo número de pessoas que moram no município - inclusive crianças e pessoas sem registro de renda. Os dados são do Censo Demográfico do IBGE. Os três componentes acima são agrupados por meio da média geométrica, resultando no IDHM.

pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos. A meta estabelecida para o Brasil é de 35 casos.

No município de Capanema, no ano de 2010, não houve ocorrência de óbito materno, porém, em 2014 a observou-se uma taxa elevadíssima de mortalidade materna, cerca de 365,5 óbitos a cada 100 mil.

Vacinação em dia

A imunização é considerada uma das ações que contribuem para a redução da mortalidade infantil. A vacinação contra doenças virais e infectocontagiosas é um importante fator de prevenção para a mortalidade materno infantil. Desde o nascimento até os cinco primeiros anos de idade é imprescindível que as crianças estejam com as vacinas em dia, pois elas ajudam a protegê-las das doenças que podem colocar a vida em risco. Em 2014, 96,3% das crianças do município de Capanema e menores de 1 ano, estavam com a carteira de vacinação em dia.

Mães adolescentes

No Brasil os dados mostram que o índice de gravidez na adolescência vem aumentando de forma vertiginosa. O IBGE divulgou dados sobre gravidez na adolescência. O alto índice está na faixa etária entre 15 e 19 anos, com mais de 400 mil casos registrados. Um dado levantado pelo IBGE juntamente com o Ministério da Saúde revela que a gravidez precoce e baixa escolaridade estão intimamente relacionadas. Em 2013 o município de Capanema apresentou 26,5% de mães com menos de 20 anos, o que representa que a cada 4 mães, 1 é jovem.



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

Iracema Jandira Oliveira da Silva

Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

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

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

O Sistema de Garantias dos Direitos da Criança e do Adolescente se constitui na articulação das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal. Ele é o conjunto de órgãos, entidades, serviços e programas de atendimentos responsáveis direta e indiretamente pela promoção e pela defesa dos direitos da criança e do adolescente. Enquanto sistema, para funcionar com efetividade na garantia da promoção, defesa, responsabilização e controle na implementação das ações que visem promover e defender os direitos da criança e do adolescente, é necessário se considerar a impossibilidade da atuação isolada de quaisquer dos componentes do conjunto, já que seus papéis e atribuições estão entrelaçados e ganham eficácia e efetividade, tão somente quando são conduzidos de maneira integrada. O fortalecimento da intervenção em rede nas políticas sociais, para a autora, em uma dimensão de interação, cooperação e parceria entre o público e o privado, é um mecanismo de legitimação de uma nova modalidade de proteção social que emergiu e se desenvolveu com o avanço das reformas neoliberais no mundo.

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

Para Castells (1996), a lógica de gestão e intervenção em rede, surge como uma tentativa do Estado-nação para reestruturar a capacidade de atuação estatal face à sua so-

berania abalada pelas recentes transformações no papel do Estado.

Castells (1996) salienta, entretanto, que apesar dos abalos, o Estado continua sendo um importante agente de intervenção, tanto para a economia quanto para a sociedade, criando o conceito de Estado-rede que se caracteriza pelo compartilhamento da autoridade, isto é, pela capacidade estatal de impor uma decisão através de uma série de instituições.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Daí que, o termo *rede* sugere a ideia de articulação, conexão, vínculo, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços, bem como, uma ação integrada entre as instituições para atender crianças e adolescentes.

E é a análise das articulações, dos vínculos, das ações complementares, integradas e intersetoriais que se pretende realizar no presente levantamento sobre o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente no município de Capanema.

Analizando o sistema, a partir do Sistema Único de Assistência Social, a proteção integral dos direitos foi ampliada, pois promover direitos, na perspectiva psicossocial, impõe uma visão sistêmica, por meio da compreensão de que fatores relacionados ao modo de vida das pessoas atuam de forma direta nas reais possibilidades de uma vida protegida ou não, estando ligada a vários aspectos presentes na vida das pessoas, como moradia, educação, trabalho, lazer, dentre

outros. Será o equilíbrio desses componentes no cotidiano das pessoas que irá formar o grande mosaico da proteção aos direitos humanos.

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

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa trazendo como consequência a não fragmentação da atenção dada a ela, tanto em termos de saúde física ou psíquica, quanto às questões socioculturais decorrentes do estar em sociedade, reconhecendo os fatores socioeconômicos, políticos e culturais como determinantes da saúde e da proteção social e, principalmente, em um modelo integral de atenção (MATOS, 2001).

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

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

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

Neste sentido, a noção de território, segundo Gondim *et alli* (2008), é decorrente da vida em sociedade e citando Souza (1987) referem que os territórios são no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço do que espaços concretos.

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

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

1. O primeiro, oriundo da Medicina Integral e da Medicina Preventiva, critica a atitude fragmentária de algumas escolas médicas diante dos pacientes.

A integralidade está associada à atitude e à boa práti-

ca médica. Neste sentido, os profissionais de saúde que não incorporam ações de promoção e prevenção articuladas às ações curativas e reabilitadoras são questionados por não atingirem a pessoa em sua integralidade.

2. O segundo se refere aos atributos da organização dos serviços e práticas de saúde. Representa uma crítica à dissociação das práticas de saúde pública e assistenciais. É inadmissível, por exemplo, que uma criança portadora de diabetes mellitus, com tuberculose e hérnia inguinal tenha de dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para receber atendimentos aos seus problemas de saúde.

Para dar conta disso, exige-se certa horizontalização de modelos que eram, até então, verticais. Nesse caso, a integralidade deixa de ser uma atitude, passando a ser uma marca no modo de organização do processo de trabalho em saúde e proteção social.

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

cia social, em relação tanto à prevenção quanto à assistência.

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

[...] a integralidade é assumida como sendo *uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e, no plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados* (PINHEIRO E MATTOS, 2001, p. 65).

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



4 A REDE DE ATENDIMENTO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Iracema Jandira Oliveira da Silva
Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

Kátia Jordy Figueiredo
Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

4.1 Conselhos de Direitos

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

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

As políticas públicas são ações concretas, como serviços, programas, projetos ou benefícios que tem o compromisso de fazer valer as leis. Elas também devem ser entendidas como aquilo que os governos federal, estadual e municipal decidem fazer ou não, frente a uma situação. Os conselhos de direitos são considerados novos arranjos institucionais definidos na legislação ordinária para concretizar a participação e o controle social preconizados na Carta Magna de 1988.

Eles são também chamados de conselhos de políticas públicas ou conselhos gestores de políticas setoriais, são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, incumbidos de modo geral da formulação, supervisão e avaliação das políticas públicas em âmbito federal, estadual e municipal.

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

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

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

tes de entidades não-governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS.

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

O Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) é um órgão deliberativo e controlador das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais. O ECA (BRASIL, 1990), por exemplo, em seu art. 88, inciso II, torna obrigatória a existência de conselhos de direitos da criança e do adolescente, em todos os níveis da Federação, destacando o caráter deliberativo e controlador das ações, assegurada a participação paritária.

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

Algumas entidades ou órgãos não devem fazer parte do conselho municipal dos direitos da criança e do adolescente, dentre eles conselhos de políticas públicas, conselho de educação, conselho de assistência social, representantes de órgão de outras esferas governamentais; representantes que exerçam simultaneamente cargo ou função comissionada de órgão governamental e de direção em organização da sociedade civil; conselheiros tutelares; autoridades judiciárias; representantes do Poder Legislativo; representantes do Ministério Público; representantes da Defensoria Pública.

Os integrantes do conselho municipal não devem ser remunerados. Entretanto, cabe à administração pública, no nível correspondente, o custeio ou reembolso das despesas decorrentes de transporte, alimentação e hospedagem dos membros do Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, titulares ou suplentes, para que se façam presentes em reuniões ordinárias e extraordinárias, bem como em eventos e solenidades nos quais representem oficialmente o Conselho, para o que deve haver dotação orçamentária específica. Cabe, também, à Prefeitura de cada município a responsabilidade sobre a estrutura de funcionamento do Conselho Municipal.

Os representantes dos setores responsáveis pelas políticas sociais básicas, direitos humanos e da área de finanças e planejamento são alguns dos setores da municipalidade que devem ter assento no conselho municipal dos direitos; os representantes deverão ter disponibilidade para

efetivo desempenho de suas funções em razão do interesse público e da prioridade absoluta assegurada aos direitos da criança e do adolescente. Exemplos: Secretaria de Educação, de Assistência Social, de Saúde, da Cultura, Esporte e Lazer, de Finanças, de Planejamento etc.

O mandato do representante governamental no CMDCA não tem tempo determinado, estando condicionado à manifestação expressa por ato designatório do Prefeito. Igualmente, o afastamento dos representantes do governo municipal junto aos Conselhos de Direitos da Criança do Adolescente deverá ser previamente comunicado e justificado, evitando prejudicar as atividades do conselho. A lei federal nº 8.069/90 em seu Art. 88, Inciso II, dispõe sobre a criação de conselhos municipais, estaduais e nacionais dos direitos da criança e do adolescente. (BRASIL, 1990)

Assim, o CMDCA é um órgão criado por determinação do Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069/90), devendo, obrigatoriamente, fazer parte do Poder Executivo municipal.

Dentre as atribuições do CMDCA estão a elaboração do plano de ação e aplicação; formulação das diretrizes para a política de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente em âmbito municipal; fiscalização do cumprimento das políticas públicas para a infância e à adolescência executadas pelo poder público e por entidades não-governamentais; acompanhar a elaboração e a execução do orçamento público municipal, com o objetivo de assegurar que sejam destinados os recursos necessários para a execução das ações destinadas ao atendimento das crianças e adolescentes; promover o diagnóstico sobre a situação da criança e do adolescente para definir as prioridades para o atendimento da população infantojuvenil; gerir o Fundo para a Infância e Adolescência (FIA), definindo os parâmetros para a utilização dos recursos; realizar campanhas de divulgação e a captação de recursos para FIA; convocar e coordenar a Conferência Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente; promover a articulação entre os diversos atores que integram a rede de proteção à criança e ao adolescente; registrar as entidades da sociedade civil que atuam no atendimento de crianças e adolescentes e coordenar a eleição do Conselho Tutelar.

4.3 Conselho Municipal de Direitos da Crianças e do Adolescentes de Capanema

Identificação

O CMDCA funciona na Rua Dom Pedro II nº 643, no bairro do Centro e endereço eletrônico: casadosconselhos-municipaisdecapanema@hotmail.com

Os dados referentes ao Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) de Capanema foram relatados pela secretária executiva do Conselho. Os conselheiros, embora tivessem sido informados, não estiveram presentes nos dois dias em que foi realizado o levantamento dos dados no município.

O CMDCA local foi criado pela Lei municipal nº 4954/91, alterada pelas Leis nº 5.382/96 de 10/04/1996 e nº 6.269/08, de 07/11/2008.

Fotografia 1 – CMDCA, Capanema, PA



Fonte - acervo do MPPA

Composição do Conselho

O CMDCA é composto por seis titulares e seis suplentes representantes do poder público, e seis titulares com igual número de suplentes representando a sociedade civil, eleitos para mandatos de três anos. À época do levantamento, o mandato dos conselheiros havia iniciado no mês de dezembro de 2010.

A eleição para a presidência e a vice-presidência do Conselho é realizada pelo plenário do referido órgão, podendo concorrer tanto conselheiros governamentais, quanto da sociedade civil.

É importante destacar que existe um acordo de alternância na ocupação da presidência e da vice-presidência em uma mesma legislatura. Os conselheiros que representam o governo e a sociedade civil se alternam da seguinte forma: um ano a ocupação da presidência é do representante governamental, enquanto a vice-presidência é ocupada pelo representante da sociedade civil. No ano subsequente, as funções invertem.

A dedicação de horas prestadas ao Conselho é de, no máximo, 5 (cinco) horas por mês, cumprida exclusivamente pela presidência do órgão. Os demais conselheiros só comparecem às reuniões. Representando a Sociedade Civil estão as associações de pais e mestres, associações de ou organizações de jovens, associações de moradores, entidades religiosas e associação rural.

Eleição do Conselho

O processo eleitoral do Conselho foi aberto para que as organizações da sociedade civil se inscrevessem. As organizações inscritas é que elegiam internamente os representantes. Foram estabelecidos alguns critérios para a elegibilidade dos candidatos: ser organização da sociedade civil que atua de forma expressiva na defesa dos direitos e ou no atendimento direto de crianças e adolescentes e ser representante com tempo e disponibilidade pessoal para participar do Conselho; ser organização da sociedade civil atuante em áreas específicas que importantes para as atividades do conselho (legislação, educação, saúde, finanças, etc.); ser uma organização da sociedade civil não necessariamente ligada à área da criança e adolescente, mas com influência política no município, ter indicação do poder público e ter representante com tempo e disponibilidade pessoal para participar do conselho. A duração do mandato dos conselheiros é de três anos.

Fotografia 2 – CMDCA, Capanema, PA



Fonte – acervo do MPPA

Processo de educação permanente

Ao assumir o cargo de conselheiro, os eleitos passaram por capacitação inicial promovida pelo CEDCA (com 16 horas) e pela Escola de Conselhos (com 20 horas).

Os temas abordados nas capacitações foram: educação, sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente, planos nacionais de convivência familiar e comunitária, de prevenção e erradicação do trabalho infantil, de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, estrutura, funcionamento e atribuições dos conselhos de direitos e tutelares, planejamento de políticas públicas, elaboração de diagnóstico (análise situacional), elaboração de plano de ação, orçamento criança e adolescente, Fundo Municipal de Direitos da Criança e Adolescente, rede local de atendimento e defesa, prevenção e erradicação do trabalho infantil, políticas públicas de atendimento: Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). A avaliação que os conselheiros fazem das capacitações oferecidas variou entre boa e regular.

Perfil dos conselheiros

Dentre os conselheiros eleitos para o cargo efetivo e para a suplência, existem 03 (três) com pós-graduação completa, 07 (sete) com nível superior completo, 02 (dois) com nível superior incompleto e 12 (doze) com o nível de escolaridade do ensino médio completo; perfazendo um total de vinte e quatro conselheiros, entre titulares e suplentes.

A maioria deles se encontra na faixa etária entre 41 a 50 anos (dez conselheiros), seis estão na faixa entre 51 a 59 anos, cinco entre 30 e 40 anos, dois de 21 a 29 anos e apenas um na faixa entre 60 anos de idade ou mais. Dos conselheiros atuais, quatorze são do gênero feminino e dez são do masculino.

Estrutura organizacional

De acordo com a entrevistada, no que diz respeito ao espaço físico, o conselho dispõe de local com razoáveis condições para a realização de tarefas administrativas, reuniões dos conselheiros e com o público atendido. A manutenção do espaço também é boa, mas não oferece acessibilidade adequada às pessoas com deficiências ou com problemas de mobilidade, já que somente em alguns locais do prédio possuem rampas.

Quanto aos equipamentos e materiais para o trabalho, o Conselho dispõe, em condições satisfatórias de uso e em quantidade suficiente de mesas, cadeiras, estantes, arquivos,

computador, impressora, telefone celular, acesso à internet por discagem, acesso a serviços de manutenção e reparos dos equipamentos, textos legais (como ECA, resoluções do Conanda, etc.), livros, pareceres, manuais de orientação para o exercício das funções do conselho, etc.

A equipe de trabalho de apoio administrativo é disponibilizada de forma não exclusiva para o CMDCA, mas atende plenamente às necessidades do conselho. No que toca à área técnica (jurídica, psicológica, pedagógica, assistencial, médica, de planejamento, etc.), o Conselho não dispõe de pessoal exclusivo e quando solicita apoio raramente consegue a assessoria requisitada.

Desempenho das atribuições

As atribuições giram em torno de discussão sobre a estrutura funcional, forma de escolha dos membros da diretoria, de criação de comissões e grupos de trabalho, de convocação das reuniões, maneira como ocorre a participação dos presentes em reunião/sessão/assembleia ordinária, bem como serão efetuadas as deliberações e votações das matérias, e deflagrada a substituição de representante do poder público quando se fizer necessário, quórum mínimo necessário à instalação de reuniões/sessões/assembleias ordinárias e extraordinárias, situações em que é exigido quórum qualificado, e, por último, apesar de não haver previsão no regimento interno do CMDCA, a possibilidade de temas que não tenham sido previamente incluídos em ata.

Já a Lei de criação do CMDCA prevê a formulação de política de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente, influência no processo de financiamento das políticas de atendimento aos direitos da criança e do adolescente e gestão de recursos, fortalecimento da rede de Conselhos Tutelares articulada aos demais órgãos do sistema de garantia de direitos, coordenação e execução do processo de escolha dos Conselhos Tutelares, monitoramento, fiscalização e avaliação da implementação dessas políticas e defesa jurídico-social.

Além dessas atribuições, está estipulado que as reuniões ordinárias do CMDCA deverão ocorrer mensalmente.

Quanto à existência de um diagnóstico para a área da infância e juventude, o CMDCA disse ter participado do diagnóstico realizado pelo último levantamento, juntamente com o apoio do Conselho Tutelar, órgãos do poder executivo (secretarias, departamentos, assessorias, etc.), MP, Defensoria e apoio técnico especializado do município e ainda o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No que diz respeito ao planejamento, o CMDCA possui um plano de ação formal elaborado, porém não o mostrou e não respondeu sobre a diretriz norteadora dele. Disse ainda que a atuação do CMDCA está apenas parcialmente definida pelo referido plano.

O Plano de Ação do conselho foi elaborado com base nas demandas encaminhadas pelo poder público municipal e demandas encaminhadas pela sociedade civil organizada.

A entrevistada não soube dar nenhuma informação a respeito da inclusão ou não do plano de ação do CMDCA no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes orçamentárias (LDO) ou na Lei do Orçamento Anual (LOA) do município.

O CMDCA, em contrapartida, já participou da elaboração do plano de atendimento socioeducativo, do plano de

convivência familiar e comunitária, do plano de combate ao trabalho infantil, de enfrentamento ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes e ao programa de proteção às crianças e adolescentes em situação de rua.

Fazem parte do registro do CMDCA as seguintes entidades/programas: entidades não governamentais, entidades governamentais, programas de entidades governamentais e não governamentais com educação informacional e esporte.

O CMDCA registra e dá publicidade às suas atividades através de atas de reunião, resoluções, deliberações, portarias e outras normativas publicadas, relatórios de atividades e outros documentos.

As principais atividades do CMDCA nos últimos dois anos foram o registro de entidades de atendimento às crianças e adolescentes, criação e atribuições de comissões ou grupos de trabalho do conselho e a convocação/organização de encontros e conferências.

Articulação e mobilização

O CMDCA organiza e participa, no âmbito do município, do Fórum de Direitos da Criança e Adolescente, da Conferência Municipal da Criança e Adolescente, além de participar dos fóruns municipais de saúde, educação, assistência social, juventude e das Conferências estadual e nacional da criança e do adolescente. Participa ainda de outros fóruns de caráter regional, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Programa de políticas públicas voltadas para a infância, adolescência e juventude (PROPAZ), etc.

O Conselho estabelece com frequência contatos com a Câmara Legislativa Municipal, conselho tutelar, os órgãos de segurança pública, Judiciário, Defensoria e Ministério Público. O contato do CMDCA também é frequente e acessível na maioria das vezes com a área de assistência social, de cultura, esporte e lazer, da saúde, de educação e do trabalho e emprego do município.

No que diz respeito à participação na consulta pública sobre o Plano Decenal dos Direitos da Criança e do adolescente, o CMDCA informa que não participou, porque desconhecia a realização de tal consulta pública.

Gestão do Fundo de Direitos da Criança e do Adolescente

O Decreto Municipal que instituiu o Fundo de Direitos da Criança e do Adolescente foi o de número 088/1993, de 09/12/1993. A entrevistada não soube informar em que ano o Fundo passou a ser recebido pela primeira vez. Assim como também não sabe informar qual o montante recebido pelo fundo nos últimos três anos. Deve-se destacar que como o CMDCA não movimenta o Fundo, não tem como acompanhar a aplicação dele, bem como não divulga as informações sobre utilização desse recurso.

Outras observações

Durante a entrevista, observou-se que a atuação do CMDCA não está em conformidade com os princípios de controle instituídos através da Constituição.

Como órgãos de defesa dos direitos humanos e de promoção e controle de políticas sociais para assegurar direitos, os conselhos precisam ter suas atribuições claramente

definidas para exercerem suas funções. Seus membros têm como dever buscar informações sobre os poderes de que são investidos e das atribuições a serem desempenhadas no exercício de seu mandato.

A atuação do Conselho ainda é muito pálida e incipiente, diante das possibilidades de atuação como definidor, gestor e fiscalizador da política pública.

Apesar de o conselho inicialmente informar possuir um plano de ação e que ele estava fundamentado nas demandas encaminhadas pelo poder público municipal e pela sociedade civil organizada, posteriormente, relatou que a atuação do CMDCA estava apenas parcialmente definida pelo referido plano.

A situação acima deu um indicativo de que o conselho não estava conseguindo vislumbrar e trabalhar de acordo com todas as atribuições destinadas ao órgão, ou mesmo, com a autonomia que lhe deveria ser característica.

Percebeu-se não haver segurança a respeito das funções do conselho, bem como não ausência de controle e de fiscalização, por exemplo, das verbas que destinadas ao Fundo da Criança e do Adolescente do município. Acredita-se que havia, de fato, um desconhecimento com relação ao assunto gestão de Fundo Orçamentário.

É importante frisar que, apesar de ter sido solicitada documentação que referendasse as respostas dadas, não houve a apresentação dos referidos documentos.

4.4 Conselhos Tutelares e suas atribuições

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

De acordo com as alterações trazidas pela Lei n. 12.696/12, o Conselho Tutelar é um órgão integrante da administração pública local, no que concerne à estrutura e ao orçamento, porém com autonomia decisória. Disso decorre a necessidade de serem observadas as regras administrativas quanto aos deveres do funcionalismo e aos princípios da administração pública, regidos pelo art. 37 da Constituição Federal, tais como moralidade, legalidade, impessoalidade, publicidade e eficiência.

Em cada município e em cada região administrativa do Distrito Federal, haverá no mínimo um Conselho Tutelar, com 05 (cinco) conselheiros **escolhidos** pela população para um **mandato de 04 anos**, sendo permitida **uma recondução**, mediante novo processo de escolha (grifos nossos).

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

Ainda segundo a redação dada pela Lei nº 12.696, de 2012, deverá constar da lei orçamentária municipal e da do Distrito Federal previsão dos recursos necessários ao funcionamento do Conselho Tutelar, à remuneração e à educação continuada dos conselheiros tutelares. A remuneração

dos conselheiros tutelares, portanto, passou a ser obrigatória, observando-se o piso municipal, eventual gratificação universitária, etc. Os municípios que não remuneraram os conselheiros tutelares terão que adequar a lei municipal quanto a esta questão.

Pela redação da Lei nº 12.696, de 2012 os direitos sociais passaram a ser assegurados aos conselheiros tutelares, bem como outros direitos assegurados ao funcionalismo público municipal uma vez que o conselho integra a administração pública.

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

O processo de escolha dos conselheiros tutelares deve ser estabelecido por lei municipal, sob responsabilidade do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e fiscalização do Ministério Público, em data unificada em todo o território nacional, com previsão para ser realizado no primeiro domingo do mês de outubro do ano subsequente ao da eleição presidencial. No caso de Capanema, como a lei teve vigência imediata, a data do primeiro processo unificado para a escolha dos conselheiros aconteceu no 1º domingo do mês de outubro de 2015, com a posse ocorrendo no dia 10 de janeiro de 2016, ano subsequente ao referido processo eleitoral.

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

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

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

Ele é um órgão permanente, isto é, ele deve desenvolver ações contínuas e ininterruptamente. As reuniões de seus membros podem ser esporádicas, obedecendo a um calendário estabelecido. A sua atuação, porém, não deve cessar em momento algum, nem sob qualquer pretexto. Os problemas que envolvem os direitos das crianças e dos adolescentes não têm dia nem hora para surgir e as soluções para eles não podem esperar. Por isso a atuação do Conselho Tutelar tem de ser viva e o seu funcionamento constante. Ser permanente, portanto, significa ser contínuo, duradouro e ininterrupto. Não é acidental, nem temporário e nem eventual, porém, essencial e indispensável ao organismo social (grifo nosso).

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Em relação aos pais ou responsáveis: encaminhar a tratamento médico ou psiquiátrico; compelir a matricular e acompanhar filhos ou pupilos na escola; encaminhar a programas ou cursos de orientação familiar;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

v) Reunir o Conselho Tutelar para deliberar sobre as

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

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

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

4.5 O Conselho Tutelar de Capanema

Identificação

O Conselho Tutelar de Capanema está localizado na Rua Veiga Cabral, nº 105, no bairro Centro. Tem telefone fixo de nº (91) 3462-1170. À época da pesquisa o Conselho não possuía endereço eletrônico, já que não tinha internet ativa, tendo sido informado que no dia seguinte à visita estaria programada a instalação. A Lei Municipal que regulamenta o CT é a 5382/96.

Estrutura Física

A sede onde funciona o Conselho Tutelar (CT) é alugada pela prefeitura do município. O bairro onde fica localizado é no Centro da cidade e, portanto, de fácil acesso. O prédio disponibilizado possui: local de recepção, quatro salas para atendimento, dois banheiros e cozinha. Não há sala para reunião, as quais são feitas na cozinha ou na área externa. O prédio utilizado pelo CT, como um todo, não oferece condições de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

Fotografia 3 - Conselho Tutelar de Capanema, PA



Fonte - acervo do MPPA

Equipamentos e Materiais

O Conselho possui um carro de marca Fiat Uno, placa JVM 5288, em condições razoáveis, e é próprio do Conselho. Além do automóvel, o CT tem a sua disposição o transporte fluvial.

Por ocasião da coleta de dados o equipamento dispu-

na ainda de dois computadores, duas impressoras e telefone fixo. Não dispunha de internet e, segundo informações, seria provavelmente instalada.

Quanto aos demais materiais de trabalho, um dos entrevistados afirmou que o abastecimento é feito por meio de requisição à Prefeitura e é fornecido, mas às vezes demora e até falha. Porém, não chega a prejudicar o trabalho, já que sempre pedem os materiais antes de terminarem.

Equipe de Trabalho

O Conselho Tutelar de Capanema é constituído por cinco conselheiros.

Contam ainda com uma recepcionista, que também atua como auxiliar administrativa, dois motoristas, um auxiliar de serviços gerais, um vigia (cedido pelo Estado) e um guarda municipal.

É importante mencionar que todos os conselheiros trabalham no regime de dedicação exclusiva (nenhum deles tem vínculo profissional com qualquer instituição), sendo esta, inclusive, uma das condições exigidas para ser conselheiro.

As demais condições exigidas para que um cidadão possa se candidatar a membro do CT são: experiência na área da infância e adolescência, ter idade superior a vinte e um anos, ter reconhecida idoneidade moral, ensino médio completo, residir no município, disponibilidade de tempo para se dedicar exclusivamente à função de conselheiro, não haver parentesco com os demais membros.

A capacidade ativa para eleger os candidatos ao Conselho foi franqueada a todos os eleitores do município, por meio de voto universal facultativo e secreto. Uma vez eleitos, a formalização de trabalho entre os conselheiros e o poder executivo municipal é estabelecida com a nomeação através de portaria expedida pelo prefeito, amparado na legislação municipal que estabelece as competências.

As demais categorias (agente administrativo, serviços gerais e motoristas) foram contratadas como prestadores de serviço autônomo. O horário de trabalho dos conselheiros é de mais de oito horas por dia. O CT de Capanema fica aberto diariamente de segunda à sexta-feira, com jornada semanal acima das 40 horas.

A auxiliar de serviços gerais e a recepcionista que também é auxiliar administrativa trabalham em um horário menos extenso. A exceção a esta regra se dá com os motoristas, com os vigias e, evidentemente, com os conselheiros, que trabalham em regime de plantão.

Há uma escala de plantão noturno de 24 horas, e também de sobreaviso. Nos feriados e finais de semana, ocorre um sobreaviso noturno de 12 horas para os conselheiros. O plantão do CT está fundamentado em lei municipal e no regimento interno do conselho.

Processo de educação permanente

Os entrevistados referem que já participaram de capacitação. A inicial foi promovida pela Escola de Conselhos. Participaram todos os conselheiros titulares e dois suplentes, com duração de três dias e com carga horária de 24 horas ao total.

Os temas abordados na referida capacitação foram: educação, enfrentamento ao uso e abuso de álcool e drogas,

crianças e adolescentes em situação de rua, enfrentamento à violência e ao abuso sexual, prevenção e erradicação do trabalho infantil, crianças e adolescentes com deficiência, cursos profissionalizantes para adolescentes e jovens, convivência familiar e comunitária, orçamento, criança e adolescente, políticas públicas de atendimento: Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Sistema de Informação da Infância e Adolescência (SIPIA-WEB), atualização da lei municipal, conforme a lei 12.696/2012 e formação continuada.

Depois desta e até a época do levantamento mais duas capacitações foram dadas, sempre pela Escola de Conselhos, envolvendo o aprofundamento dos temas já citados, e todas com a mesma carga horária de 24 horas, distribuídas em três dias.

Os conselheiros avaliam que as capacitações foram excelentes e que conseguiram aprender muito sobre os temas abordados, especialmente aqueles que estão exercendo o primeiro mandato.

Sobre o serviço desenvolvido

Os conselheiros, ao serem abordados sobre a execução das suas atividades diárias, afirmam que é uma sistemática registrar os atendimentos feitos em formulários e que esses formulários de atendimento ficam à disposição dos outros conselheiros, além de serem mantidos em um armário com pastas.

Há um arquivo físico onde são disponibilizados aos membros do CT, os encaminhamentos e requisições feitas. Porém, por ocasião da pesquisa, não havia a disponibilização dessas mesmas requisições e encaminhamentos em arquivo virtual.

A sistemática de atuação do CT é a de que todos os encaminhamentos e requisições sejam formalizados. O controle das atividades é feito pelos próprios conselheiros através do acompanhamento daquele que encaminhou ou fez a requisição. Caso não esteja sendo atendido, solicita a ajuda dos outros membros que dão seguimento à requisição e encaminhamentos solicitados. Se perceberem que houve reiteração no descumprimento das requisições, geralmente retornam à secretaria que está descumprindo e encaminham ofício ao Ministério Público, comunicando o fato. Então a Promotoria de Justiça é que procede aos encaminhamentos legais de responsabilização a quem de direito.

Uma das maiores dificuldades de descumprimento dos encaminhamentos do conselho está direcionada às solicitações feitas diretamente à Secretaria de Educação, pela situação de crianças estarem fora da escola.

No que se refere à aplicação de medidas protetivas, quando cabíveis, o conselho só as toma de forma colegiada. De maneira geral, os conselheiros recebem também as denúncias do disque 100, por meio do e-mail do conselho. As denúncias do disque 100 também vão para o Ministério Público e para a delegacia.

São recebidas, por mês, em média cinco a oito denúncias, que são distribuídas entre os conselheiros. A veracidade das denúncias gira em torno de cinco a seis ao mês.

Quando perguntados se haviam participado de algum levantamento diagnóstico sobre a situação da criança e do adolescente no município, responderam negativamente. Da mesma forma, até o momento da visita, nunca participaram

de nenhuma elaboração de plano de ação da criança e do adolescente no município.

Quanto à elaboração e execução do plano de ação de aplicação do Fundo da criança e adolescente, os entrevistados relataram dizem que nunca participaram da elaboração, mas que recentemente solicitaram à câmara de vereadores, para poderem acompanhar a destinação do fundo.

Por fim, foi informado que a garantia das políticas de proteção básica e especial da região de atuação é feita por meio de cobranças diretas ao poder executivo do município e nas conferências.

Dados sobre jornada de trabalho e remuneração do Conselho

Algumas outras observações são relevantes no que diz respeito ao CT. A remuneração individual dos conselheiros é de até um salário mínimo nacional e todos os cinco trabalham em regime de dedicação exclusiva.

A despeito da dedicação exclusiva, os membros não tinham, até o momento da coleta dos dados, nenhuma das garantias a seguir: gozo de férias anuais remuneradas, com pelo menos um terço a mais do que o salário normal; licença maternidade sem prejuízo da função e do salário com a duração de 180 dias, licença paternidade sem prejuízo da função e do salário; licença em caso de falecimento de familiar, sem prejuízo da função e do salário; duração do trabalho normal e não superior a 8 horas diárias e 44 horas semanais; remuneração do trabalho noturno superior a do diurno; remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em 50% a do normal; previdência social; auxílio alimentação; auxílio transporte; plano de saúde.

Caso aconteça alguma impossibilidade que force o conselheiro a interromper, mesmo que temporariamente, suas funções, este é substituído pelo suplente, o qual assume sem nenhum direito a remuneração.

Perfil dos conselheiros

Dentre os cinco conselheiros, dois tem o ensino superior completo e três possuem o ensino médio completo. A formação de uma das conselheiras é no curso de pedagogia, com pós-graduação em docência de ensino superior e o outro é formado no curso de pedagogia e filosofia, com pós-graduação em educação inclusiva. Dentre os que têm ensino médio completo, um possui o ensino superior incompleto, pois está cursando a graduação de pedagogia.

A faixa etária dos conselheiros é a seguinte: um está na faixa entre trinta e quarenta anos de idade; outro está entre quarenta e um e cinquenta anos; dois na faixa entre cinquenta e um e cinquenta e nove anos e o último, na faixa de sessenta anos ou mais. Dentre os conselheiros, três são do gênero feminino e dois são do gênero masculino.

Dados sobre o SIPIA

No que diz respeito ao SIPIA, à época da pesquisa, ele ainda não estava sendo utilizado. Foram apontadas três razões fundamentais para que ele não estivesse ativo: falta de acesso à internet, ausência de treinamento aos conselheiros para operarem o sistema e o desconhecimento por parte destes em relação ao SIPIA.

Outras observações

Por ocasião da coleta de dados a Lei municipal que

institui o CT de Capanema estava muito defasada, especialmente se comparada a 12696/2012 (que altera os arts. 132, 134, 135 e 139 da Lei no 8.069, do Estatuto da Criança e do Adolescente, para dispor sobre os Conselhos Tutelares.)

Outro ponto de relevância está associado ao sistema de informações (SIPIA), que deveria integrar um banco de dados nacional sobre os atendimentos e demais situações infantojuvenis, e que à época da visita não estava sendo utilizado e sequer estava em condições de funcionamento em Capanema.



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

Iracema Jandira Oliveira da Silva
Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

Kátia Jordy Figueiredo
Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

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

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

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

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

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

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

A assistência social tem por objetivos:

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

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

b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;

c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;

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

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

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

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

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

Política Nacional da Assistência Social (PNAS)

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

Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) aprovada em 2005, Brasil (2005), disciplina a operacionalização da Assistência Social e estabelece um pacto federativo, com a definição de competências

e responsabilidades dos entes das três esferas de governo: União, estados e municípios e com ações voltadas para o fortalecimento da família, para o resgate de sua dignidade e de sua autodeterminação.

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

A Assistência Social se organiza em um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, ocupando-se em proteger os direitos sociais do cidadão, trabalhando na redução de danos e na prevenção de riscos e de vulnerabilidades sociais.

Tipos e níveis de gestão do SUAS

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

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

Gestão Inicial

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

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

Gestão Básica

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

Na gestão básica o município se compromete com a cobertura de proteção social básica, ou seja, com a implantação de ao menos um CRAS. O município deve ter constituído o Conselho Municipal da Assistência Social, o Conselho Tutelar, bem como, o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente. Por isso, ele deve se responsabilizar pela oferta de programas, projetos e serviços socioassistenciais que fortaleçam vínculos familiares e comunitários, promovam os beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e transferência de renda e vigiem direitos violados em seu território.

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

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

Gestão Plena

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

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

A desabilitação de um município poderá ser solicitada, a qualquer tempo, à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), pela própria Secretaria Municipal de Assistência Social, pelo correspondente Conselho Municipal de Assistência Social, pela Secretaria de Estado de Assistência Social ou órgão equivalente, pelo Conselho Estadual de Assistência Social ou pelo gestor federal, desde que comunique ao gestor estadual anteriormente.

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

Proteção Social Básica (PSB)

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

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

De acordo com a NOB-SUAS/2005:

Família referenciada é aquela que vive em áreas caracterizadas como de vulnerabilidade, definidas a partir de indicadores estabelecidos por órgão federal, pactuados e deliberados. A unidade de medida “família referenciada” é adotada para atender situações isoladas e eventuais relativas

a famílias e indivíduos que não estejam em agregados territoriais atendidos em caráter permanente, mas que demandam do ente público proteção social. (BRASIL, 2006, p. 38)

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

Quadro 2 - Quantidade de famílias referenciadas por porte do município

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

Fonte - NOB-SUAS

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

Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)

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

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

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

Quadro 3 - Equipe de referência do CRAS por porte do município

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

Fonte - NOB/RH/SUAS

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

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

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

Proteção Social Especial (PSE)

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

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

Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade

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

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

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)

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

Quadro 4 - equipe de referência do CREAS por porte do município

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

Fonte - NOB/RH/SUAS

Proteção Social Especial (PSE) de Alta Complexidade

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

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

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

Para o exercício das boas práticas por qualquer entidade de assistência social componente do Sistema de Garantia de

Direitos da Criança e do Adolescente as seguintes medidas deverão ser observadas:

a) Atender aos princípios previstos no artigo 4º da LOAS. (Lei nº 8.742, de 1993 – LOAS):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

d) Se a entidade ou organização de assistência social incorreu em irregularidades na aplicação dos recursos repassados pelos poderes públicos. (Lei nº 8.742, de 1993 - LOAS, art. 36; NOB/SUAS, item 4.3)

Os CRAS e CREAS precisam observar:

a) Se as edificações onde estejam funcionando os CRAS e os CREAS estão adaptadas de forma a se tornarem acessíveis às pessoas com deficiências ou com mobilidade reduzida, em observância às disposições do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004; (BRASIL, 2004);

b) Verificar se os locais onde estão instalados os CRAS e os CREAS estão identificados com placa de identificação; (Guias CRAS e CREAS, editados pelo MDS, [BRASIL, 2006]);

c) Verificar se os CRAS estão instalados próximos ao local de maior concentração de famílias em situação de vulnerabilidade, de acordo com os indicadores definidos na NOB-SUAS, ou em áreas que garantam maior acesso das famílias referenciadas, de forma a aproximar os serviços dos

usuários; (vide Publicação MDS, Orientações Técnicas para o CRAS; (BRASIL, 2009, 2009a)

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

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

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

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

Unidades que prestam serviços de alta complexidade - equipe de referência

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

As entidades que prestam atendimento em Pequenos Grupos (abrigo institucional, casa-lar e casa de passagem) - equipe de referência para atendimento direto, precisam observar:

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

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

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

d) Auxiliar de Cuidador (nível fundamental e qualificação específica) – 1 profissional para até 10 usuários, por turno. A quantidade de cuidador por usuário deverá ser aumentada quando houver usuários que demandem atenção específica (com deficiência, com necessidades específicas de saúde, pessoas soropositivas, idade inferior a um ano, entre outros);

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

Equipe de referência para atendimento psicossocial, vinculada ao órgão gestor:

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

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

Entidades que executam programas de proteção e socioeducativos destinados a crianças e a adolescentes devem verificar: (Lei nº 8.069, de 1990, art. 95 c/c arts. 90 e 191)

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

b) Oferta de instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança; (Lei nº 8.069, de 1990, art. 91, parágrafo único, alínea a; Resolução Conanda nº 74, de 2001, art. 3º, inciso I);

c) Inscrição dos programas junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, especificando os regimes de atendimento (orientação e apoio sociofamiliar; apoio socioeducativo em meio aberto; colocação familiar; abrigo; liberdade assistida; semiliberdade; internação); (na falta do CMDCA, as inscrições dos programas e alterações são efetuadas perante a autoridade judiciária da comarca a que pertencer a entidade); (Lei nº 8.069, de 1990, arts. 90, parágrafo único, e art. 261);

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

e) Verificar se as entidades que desenvolvem programas de abrigo adotam os seguintes princípios: preservação dos vínculos familiares; integração em família substituta, quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem; atendimento personalizado e em pequenos grupos; desenvolvimento de atividades em regime de coeducação; não desmembramento de grupos de irmãos; evitar, sempre que possível, a transferência para outras entidades de crianças e adolescentes abrigados; participação na vida da comunidade local; preparação gradativa para o desligamento; participação de pessoas da comunidade no processo educativo; (Lei nº 8.069, de 1990, art. 92; Resolução Conanda nº 74, de 2001, art. 3º, inciso II);

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

a) Observar os direitos e garantias de que são titulares os adolescentes;

b) Não obstar direitos que por sua vez não tenham sido objeto de restrição na decisão judicial de internação;

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

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

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

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

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

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

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

j) Propiciar escolarização e profissionalização;

k) Propiciar atividades culturais, esportivas e de lazer;

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

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

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

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

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

q) Fornecer comprovante de depósito dos pertences dos adolescentes;

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

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

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

u) Observar as proibições previstas no art. 67 do Estatuto da Criança e do Adolescente, quais sejam: ao adolescente empregado, aprendiz, em regime familiar de trabalho,

aluno de escola técnica, assistido em entidade governamental ou não-governamental, é vedado trabalho (Resolução Conanda nº 74/2001, art. 3º, inciso VIII):

Noturno, realizado entre as vinte e duas horas de um dia e as cinco horas do dia seguinte;

Perigoso, insalubre ou penoso; realizado em locais prejudiciais à sua formação e ao seu desenvolvimento físico, psíquico, moral e social;

Realizado em horários e locais que não permitam a frequência à escola;

v) Se há ocorrência, na entidade, de ameaça ou violação dos direitos do adolescente, em especial tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor, bem como exploração, crueldade ou opressão praticados por pessoas ligadas à entidade ou aos estabelecimentos onde ocorre a fase prática da aprendizagem; (Resolução Conanda nº 74, de 2001, art. 3º, inciso VII)

w) Observar a adequação da capacitação profissional ao mercado de trabalho, com base na apuração feita pela entidade; (Resolução Conanda nº 74, de 2001, art. 3º, inciso IV)

x) Observar o respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento do adolescente; (Resolução Conanda nº 74, de 2001, art. 3º, inciso V)

z) Observar o cumprimento da etapa de ensino obrigatório pelos adolescentes e a compatibilidade da jornada da aprendizagem com a da escola. (Resolução Conanda nº 74/2001, art. 3º, inciso VI)



6 O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM CAPANEMA

Iracema Jandira Oliveira da Silva

Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

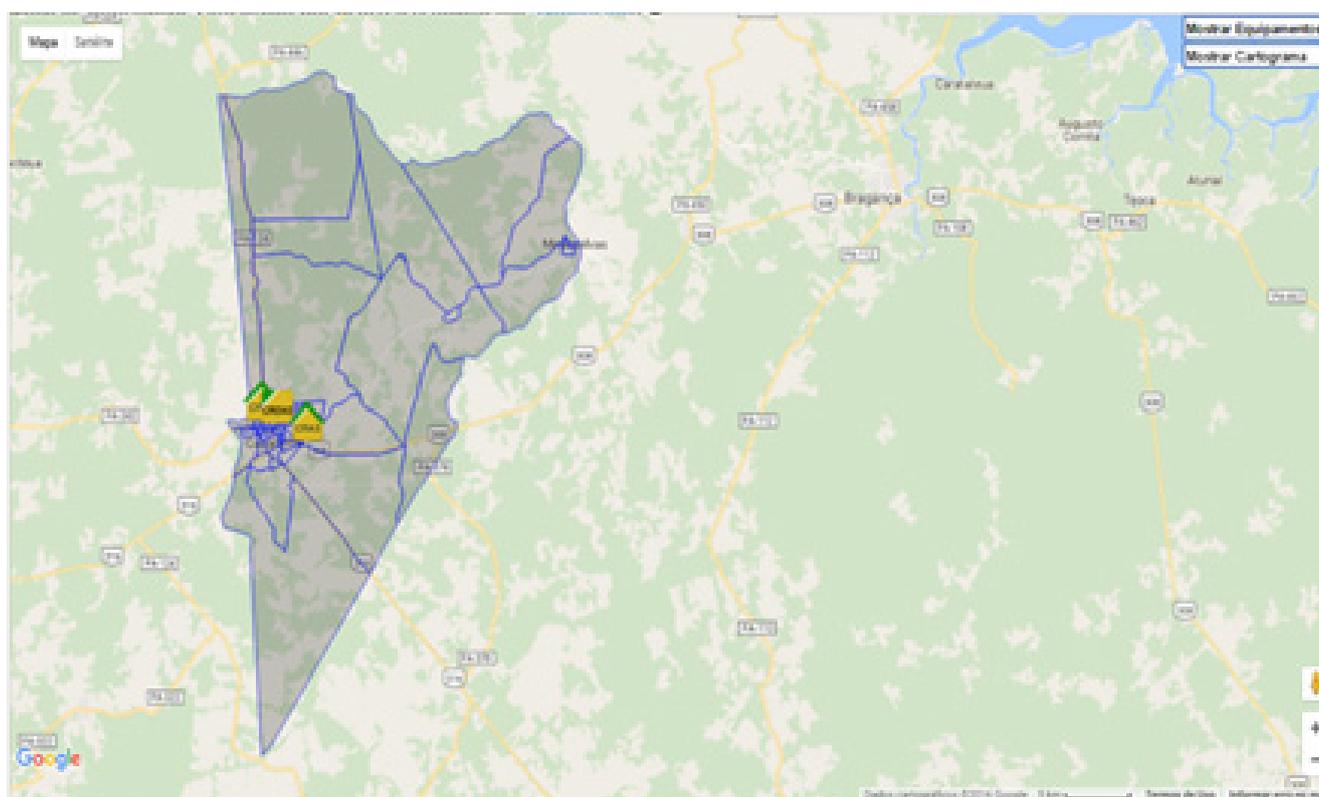
Kátia Jordy Figueiredo

Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

Capanema é um município de médio porte, com nível de habilitação básica do SUAS. A assistência social no município de Capanema está organizada em uma secretaria municipal de assistência social (SEMAS), 2 (dois) CRAS, 1 (um) CREAS e uma Unidade de Acolhimento (UA) infantojuvenil.

A capacidade de atendimento é de 2.000 famílias/ano, com 10.000 famílias referenciadas/ano. A Figura 3, a seguir, mostra a distribuição espacial da rede SUAS, no caso, CRAS e CREAS, em Capanema. Pode-se observar que a rede de proteção social está centrada na sede do município.

Figura 3 - mapa da distribuição espacial dos CRAS e CREAS em Capanema, PA



Fonte - MDSA/SUAS/SAGI

Dados do MDSA informam ter o município 11.578 pessoas em situação de extrema pobreza. A Tabela 13, em seguida, mostra a distribuição populacional conforme a faixa etária:

Tabela 13 - População em situação de extrema pobreza por faixa etária, Capanema, PA

Idade	Quantidade
0 a 4 anos	1.446
5 a 14 anos	3.277
15 a 17 anos	895
18 a 19 anos	470
20 a 39 anos	3.527
40 a 59 anos	1.753
65 ou mais	210
Total	11.578

Fonte - MDSA

De acordo com o Relatório de Informações Bolsa Família e CADÚNICO, Capanema possuía no mês de maio de 2016 11.911 famílias inscritas, entre as quais 5.326 possuíam renda per capita mensal de até R\$ 77,00; 2.456 com renda entre

R\$ 77,00 e R\$ 154,00, 2.891 com renda entre R\$ 154,00 e ½ salário mínimo e 1.238 com renda acima de ½ salário mínimo, conforme Tabela 14, a seguir:

Tabela 14 - Total de famílias cadastradas no CadÚnico por faixa de renda, dez/2016 Capanema, PA

Família/renda	Quantidade
Famílias com renda per capita mensal de R\$ 0,00 até R\$ 77,00	5.326
Famílias com renda per capita mensal entre R\$ 77,01 e 154,00	2.456
Famílias com renda per capita mensal entre R\$ 154,01 e ½ salário mínimo	2.891
Famílias cadastradas com renda per capita mensal acima de ½ salário mínimo	1.238
Total de famílias cadastradas	11.911

Fonte - MDSA/CadÚnico

A seguir serão apresentadas as informações sobre a rede de assistência social, parte da rede de atendimento aos direitos da criança e do adolescente existente em Capanema.

6.1 Proteção Social Básica - Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)

6.1.1 CRAS São Pedro e São Paulo

Identificação

O CRAS São Pedro e São Paulo fica situado no município de Capanema, na Rua do Campo, nº 08, Km 02 da estrada de Bragança, no bairro São Pedro e São Paulo e CEP 68700-000. À época do levantamento o CRAS não possuía nem endereçamento eletrônico nem telefone fixo, sendo utilizado o telefone móvel (91) 98167-2565, pertencente à psicóloga do espaço.

Caracterização do serviço

O CRAS São Pedro e São Paulo é considerado como CRAS rural e funciona em prédio próprio da Prefeitura, com capacidade de atendimento para até 3.500 famílias.

O Centro começou a funcionar em junho de 2007. O CRAS São Pedro e São Paulo funciona de segunda a sexta feira, podendo também, eventualmente, promover alguma atividade aos sábados. A unidade não possuía, de acordo com as informações obtidas, laudo de vistoria dos bombeiros e da vigilância sanitária.

Fotografia 4 – CRAS São Pedro e São Paulo, placa MDSA, Capanema, PA



Fonte – acervo/MPPA

O CRAS abrange os bairros: São Cristóvão, São João Batista, São José, São Pedro e São Paulo, Dom João IV, Três de Maio, Campinho e Caixa D'água.

O acesso ao atendimento ocorria por procura espon-

tânea e por encaminhamento da rede socioassistencial, incluindo o Conselho Tutelar.

Fotografia 5 - CRAS São Pedro e São Paulo, Capanema, PA



Fonte- acervo/MPPA

Os serviços ofertados pelo CRAS são: Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), serviço de convivência para crianças de 0 a 6 anos, para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e para idosos. A capacitação e inclusão produtiva acontecem tendo o Sistema Nacional de Emprego (SINE), com o balcão de empregos e o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) como parceiros, porém estas atividades ocorrem fora do prédio do CRAS.

As atividades básicas oferecidas pelo CRAS são o acolhimento, acompanhamento de famílias em serviços socioeducativos e de convivência, acompanhamento individual, grupo e oficina de convivência e atividades socioeducativas com famílias, visitas domiciliares, encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial, encaminhamento de famílias ou indivíduos para outras políticas públicas, encaminhamento para inserção de famílias no cadastro único, orientação e acompanhamento para inserção no Benefício de Prestação Continuada (BPC), acompanhamento dos encaminhamentos realizados e palestras, entre outros.

O CRAS São Pedro e São Paulo, à época do levantamento, não havia realizado ainda o diagnóstico de sua área de abrangência e, justamente por este motivo, não foi possível apurar, por via do equipamento, quantas famílias em situação de vulnerabilidade residiam em sua área de atuação.

É importante também mencionar que no CRAS, à época, os profissionais de nível superior estavam exercendo suas atividades havia apenas três meses.

Quadro 5: dados populacionais e sociodemográficos em raio de 2 Km do CRAS São Pedro e São Paulo, Capanema, PA

Domicílios Particulares Permanentes	5.516
População residente em domicílios particulares permanentes	20.022
População com rendimento per capita de até 70 reais	2.160
Domicílios particulares permanentes em outra condição de ocupação (não são próprios, alugados nem cedidos)	32
Domicílios particulares permanentes com outra forma de abastecimento de água	372
Domicílios particulares permanentes sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e nem sanitário	125
Domicílios particulares permanentes sem energia elétrica	23
Pessoas responsáveis analfabetas	731
Crianças de 0 a 6 anos	2.231
Pessoas com 65 anos de idade ou mais	1.328

Fonte - MDSA/SUAS/SAGI

Em relação à vulnerabilidade socioeconômica da população local, dados apresentados pelo site do MDSA informam haver em um raio de 2 km em relação ao CRAS, 5.516 domicílios particulares permanentes, isto é, o domicílio particular localizado em unidade que se destina a servir de moradia, tipo casa, apartamento e cômodo com 20.022 pessoas residentes, 10,78% dos residentes possuíam rendimento per capita de até R\$ 70,00. Dos 5.516 domicílios 372 (6,74%) deles não possuía acesso à rede de abastecimento de água tratada, 125 não possuía banheiro de uso exclusivo dos moradores nem sanitário e 23 não possuíam acesso à rede de energia elétrica.¹¹

Estrutura Física

A sede onde funciona o CRAS possui sala de recepção, de administração, para atendimento individual, para atividades coletivas e comunitárias, almoxarifado e copa e cozinha. O espaço oferece segurança para os profissionais e público atendidos, possui boas condições de ventilação, salubridade, iluminação, conservação, privacidade e limpeza. As instalações sanitárias apresentam boas condições de higiene oferecendo atendimento em condições de privacidade e sigilo. Há também um bebedouro disponível aos usuários,

Apesar das boas condições apresentadas, o prédio não atende às normas vigentes no país quanto ao acesso e mobilidade para pessoas com deficiências. Por fim, destaca-se que o espaço onde funciona o CRAS possui uma área livre grande, bastante ampla, onde se realizam várias atividades e algumas reuniões.

Equipamentos e materiais

O Centro dispõe de recursos como: dois computadores, com acesso à internet, uma impressora, um aparelho de áudio com caixa amplificadora de som, um aparelho de DVD e um televisor. Ele possui mobiliário suficiente, inclusive infantil, além da disponibilização de veículo Volkswagen, modelo Kombi em bom estado, que realiza o transporte de usuários e servidores, nos dias de quarta-feira.

O CRAS disponibiliza também aos usuários materiais como: rede e bola de vôlei, bolas, cordas, elástico, jogo de ping-pong, roupas para o coral, papéis para trabalhos, jogos educativos e demais materiais pedagógicos, culturais e esportivos para o desenvolvimento das atividades cotidianas com os usuários.

O serviço dispõe de banco de dados de usuários de benefícios e serviços Socioassistenciais e banco de dados socioassistenciais.

Equipe de trabalho

Por ocasião do Levantamento, a equipe do CRAS estava constituída da seguinte maneira: 1 (uma) assistente social; 1 (uma) psicóloga; 2 (dois) educadores sociais; 1 (uma) auxiliar administrativa; 1 (uma) auxiliar de serviços gerais, 2 (dois) vigias e uma cozinheira, todos trabalhando em regime de contrato temporário de serviço.

Os funcionários tinham jornada de trabalho de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00min às 14h00min, ou em horários diferenciados, mas perfazendo sempre trinta horas semanais. Apenas os vigias é que cumpriam jornada diferenciada, de acordo com a legislação específica da categoria. O serviço não possuía a colaboração de voluntários ou estagiários.

¹¹ Segundo o IBGE, os domicílios são classificados como particulares quando destinados à habitação de uma pessoa ou de um grupo de pessoas cujo relacionamento seja ditado por laços de parentesco, dependência doméstica ou, ainda, normas de convivência. Para melhores informações vide IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Síntese de Indicadores, 2009.

Profissão	Cargo	Vínculo	Período
Assistente Social	Coordenador (a)	Temporário	13/07/2015 a 31/12/2016
Assistente Social	Técnico (a) de nível superior	Temporário	01/01/2013 a 31/12/2016
Pedagogo	Educador social	Temporário	01/07/2015 a 30/12/2016
Nível médio	Educador social	Temporário	01/01/2013 a 31/12/2016
Nível médio	Educador social	Estatutário	01/07/2015 a 30/12/2016
Nível médio	Outros	Temporário	01/01/2013 a 31/12/2016
Nível médio	Outros	Temporário	01/01/2013 a 31/12/2016
Nível médio	Serviços gerais	Temporário	01/01/2013 a 31/12/2016
Nível médio	Serviços gerais	Temporário	01/01/2013 a 31/12/2016

Fonte - MDSA/SAGI/SUAS

Processo de educação permanente aos servidores

O CRAS, segundo informações colhidas, possuía política de capacitação e aperfeiçoamento. Em novembro de 2013 houve uma capacitação organizada pelo SINE, denominada: “Como organizar eventos”.

Integrantes da equipe técnica mencionaram desejar que as próximas capacitações tratassem sobre Políticas Públicas e sobre Marcos Regulatórios do SUAS.

Com relação à interlocução com a rede, o profissional entrevistado disse não haver problemas quanto ao acesso, porém destacou como maior dificuldade a demora em obter respostas da rede.

Outras observações

Uma questão a ser considerada em relação ao funcionamento do CRAS, em respeito ao horário de funcionamento: à época do levantamento, ao chegar ao CRAS, só havia no local dois técnicos. Apesar de ser o horário de almoço e isso, de certa forma, justificar a ausência de usuários. Tal fato, porém, não está de acordo com a previsão legislativa que aponta que o CRAS deve funcionar, no mínimo, por 40 horas semanais, cinco dias por semana, com 8 horas diárias de funcionamento.

Além disso, somente é considerado que o CRAS está em funcionamento por 8 horas se houver a presença da equipe de referência completa durante todo este período.

O horário de funcionamento do CRAS deve refletir as características dos serviços nele ofertado, quais sejam: possuir caráter público e continuado, preocupar-se em atender todos aqueles que deles necessitam e ampliar a possibilidade de acesso dos usuários em pelo menos dois períodos do dia.

O horário pode ser flexível, permitindo que o equipamento funcione nos finais de semana e horários noturnos, desde que isso ocorra para possibilitar uma maior participação das famílias e da comunidade nos programas, serviços e projetos operacionalizados nessa unidade e que a decisão seja tomada pelo gestor municipal da assistência social.

Assim, caso o gestor estabeleça que a jornada de trabalho da equipe seja de quatro horas diárias, significa que terá de contratar duas equipes de referência para cumprir 8 horas diárias de funcionamento no Centro.

Outro dado relevante sobre esse assunto diz respeito

ao fato de que deve ser decidido em conjunto com as famílias referenciadas, ser amplamente divulgado e manter regularidade.

O fato de o serviço não possuir um número de telefone fixo ou móvel que possa atender às demandas (especialmente aquelas que são consideradas urgentes) quando se propõe ao atendimento de uma população infantojuvenil pode ser considerado um ponto de fragilidade do atendimento.

Ainda como dificuldades enfrentadas, foi apontada a debilidade nos atendimentos efetivados através da rede de serviços do estado, pois apesar de se estabelecer um bom diálogo e entendimento com a rede do município a rede de serviços estaduais é muito deficitária, segundo os técnicos.

Para finalizar, durante a entrevista também foi relatado que todo o banco de dados de usuários do programa estava sendo refeito, pois não houve o repasse das informações por parte da técnica anterior que saiu do serviço antes de haver a substituição para a equipe sucessora, prejudicando, portanto, o andamento e atendimento.

6.1.2 CRAS Areia Branca

Identificação

O CRAS Areia Branca fica situado no município de Capanema, na Avenida Barão de Capanema, sem número, no bairro Areia Branca e CEP 68700-000. À época do Levantamento não possuía telefone fixo, somente o telefone móvel de nº (91) 98356-7443, pertencente à coordenadora do espaço. O endereçamento eletrônico era cristina.pedagoga@hotmail.com.

Fotografia 6 - CRAS Areia Branca, Capanema, PA



Fonte - acervo/MPPA

Caracterização do serviço

O CRAS Areia Branca é considerado como CRAS urbano e funciona em prédio próprio da Prefeitura, atendendo em média 800 famílias.

O Centro teve seu funcionamento iniciado em 05/11/2010. Ele funciona de segunda a sexta feira, podendo ter também, eventualmente, alguma atividade desenvolvida aos dias de sábado.

A unidade possui, de acordo com as informações prestadas pela coordenação, laudo de vistoria técnica do Corpo de Bombeiros e também da Vigilância Sanitária, porém os documentos ficavam sob a custódia da da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS).

A área de abrangência engloba os bairros Areia Branca, Nazaré, Santa Luzia, Inussum, Tancredo Neves, São Pio X, Fátima, Aparecida, Portelinha, Guarasuco, Pedreira e Almir Gabriel.

O acesso ao atendimento do centro ocorre por busca ativa, procura espontânea, encaminhamento da rede socioassistencial e das demais políticas públicas.

Quadro 7 - dados populacionais e sociodemográficos em raio de 2Km do CRAS Areia Branca, Capanema, PA

Domicílios Particulares Permanentes	35.98
População residente em domicílios particulares permanentes	13.185
População com rendimento per capita de até 70 reais	1.741
Domicílios particulares permanentes em outra condição de ocupação (não são próprios, alugados nem cedidos)	12
Domicílios particulares permanentes com outra forma de abastecimento de água	258
Domicílios particulares permanentes sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e nem sanitário	108
Domicílios particulares permanentes sem energia elétrica	22
Pessoas responsáveis analfabetas	563
Crianças de 0 a 6 anos	1.563
Pessoas com 65 anos de idade ou mais	812

Fonte - MDSA/SUAS/SAGI

Os serviços ofertados pelo CRAS são: o PAIF (Programa de Atenção Integral à Família), o serviço de convivência (socioeducativo) para crianças de 0 a 6 anos, o serviço de convivência (socioeducativo) para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, o serviço de convivência (socioeducativo) para jovens de 5 a 17 anos (exceto Projovem), Projovem adolescente (apenas quando executado no espaço do próprio CRAS), serviço de convivência (socioeducativo) para idosos, capacitação e inclusão produtiva (tendo o SINE e o PRONA-TEC como parceiros).

Estrutura Física

As ações e atividades realizadas pelo serviço são: recepção e acolhida, acompanhamento de famílias, acompanhamento de indivíduos, grupo e oficina de convivência e atividades socioeducativas com famílias, grupo e oficina de convivência e atividades socioeducativas geracionais e intergeracionais, visitas domiciliares, busca ativa, projeto de implantação do Infocentro. Encaminhamento de famílias ou indivíduos para a rede de serviço socioassistencial, para outras políticas públicas, para inserção no cadastro único, orientação e encaminhamento para inserção no BPC; acompanhamento dos encaminhamentos realizados, articulação e fortalecimento dos grupos sociais locais, produção de material socioeducativo, campanhas socioeducativas, palestras, CRAS itinerante e grupo bolsa familiar.

Por ocasião da coleta de dados o Centro estava em processo de elaboração do diagnóstico, pois este ainda não estava totalmente concluído. Porém, pode-se dizer que exis-

tem cerca de 3.500 famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica dentro de sua área de abrangência física.

A sede onde funciona o CRAS tem espaços adequados para: recepção, atividades coletivas e comunitárias, atendimento individualizado e atividades administrativas. Os atendimentos ocorrem em condições de privacidade e sigilo. O espaço oferece segurança para os profissionais e para o público atendido. O prédio apresenta boas condições de ventilação, salubridade, iluminação, conservação, privacidade e limpeza.

Em contrapartida, necessita de melhorias em relação ao almoxarifado e à sala de atividades coletivas e comunitárias, além de não estar em acordo com as regras vigentes para acessibilidade e mobilidades para pessoas com deficiências. Finalizando este item deve-se destacar que o local onde funciona o CRAS possui uma área livre coberta, bastante ampla, em que se realizam várias atividades. Possui ainda um espaço anexo (sede social), usado para os eventos sociais e atividades intergeracionais.

Equipamentos e materiais

O Centro dispunha de alguns recursos como: dois computadores, mas no momento da visita estava sem acesso à internet, uma impressora, uma caixa de som, um micro system, um microfone e um aparelho de DVD.

Possuía mobiliário, além da disponibilização de uma Kombi que realizava o transporte de usuários e servidores nos dias de segundas e terças-feiras, ou mais vezes, se neces-

sário. O centro não dispunha de linha telefônica fixa ou móvel.

O CRAS disponibilizava também aos usuários os materiais da brinquedoteca, bolas, gibis, livros, piscina plástica, jogos educativos, etc.

O serviço dispunha de banco de dados de usuários de benefícios e serviços socioassistenciais, banco de dados socioassistenciais, cadastro único dos programas sociais, além de cadastro de beneficiários do BPC.

O Centro possuía materiais pedagógicos, culturais e esportivos para o desenvolvimento das atividades cotidianas junto aos usuários.

Equipe de trabalho

À época da visita a equipe do CRAS estava constituída da seguinte maneira: 1 (uma) pedagoga (gerente), 1 (uma) assistente social, ambas concursadas e cumprindo jornada diária de 6 (seis) horas; 1 (um) psicólogo cumprindo também jornada diária de 6 (seis) horas diárias.

Havia também 2 (dois) educadores sociais, 1 (uma) agente administrativa e 1 (uma) auxiliar de serviços gerais, contratados em regime temporário de serviço e cumprindo jornada diária de 8 (oito) horas e, ainda, 2 (dois) vigias (contratados), em jornada de trabalho de 12 horas por 24 de horas de descanso.

É importante esclarecer que os funcionários têm jornadas de trabalho diferenciadas dependendo do tipo de admissão no serviço público e, ainda, dependendo da categoria a qual pertençam. O serviço não possuía a colaboração de voluntários ou estagiários.

Quadro 8 - relação de cargos, formação acadêmica, vínculo institucional e período de trabalho dos servidores do CRAS Areia Branca, Capanema, PA

Formação	Cargo	Vínculo	Período
Assistente Social	Coordenador	Temporário	01/07/2015 a 30/12/2016
Assistente Social	Técnico de nível superior	Temporário	01/09/2016 a 30/12/2016
Nível médio	Outros	Estatutário	01/01/2016 a 30/12/2016
Nível médio	Serviços gerais	Temporário	01/01/2016 a 30/12/2016
Nível médio	Outros	Estatutário	01/07/2015 a 31/12/2016
Nível médio	Outros	Estatutário	02/01/2013 a 31/12/2016
Nível médio	Outros	Temporário	01/07/2015 a 30/12/2016
Nível médio	Educador social	Temporário	01/01/2013 a 31/12/2016
S/F profissional	Outros	Estatutário	01/01/2016 a 30/12/2016
S/F profissional	Outros	Estatutário	01/07/2015 a 30/12/2016
S/F profissional	Outros	Estatutário	01/07/2015 a 31/12/2016

Fonte – MDSA/SUAS/SAGI

Processo de educação permanente aos servidores

OCRAS possui política de capacitação e de aperfeiçoamento. Em novembro de 2012 foi oferecido curso sobre a Violação dos direitos da Mulher, ministrado pela Defensoria Pública do Estado; sobre Cuidadores de Idosos, patrocinado pela SESPA; Plano, Planejamento e Projetos, realizado pela SEIDURB e sobre o Projovem, patrocinado pelo CRAS.

A técnica mencionou que gostaria que as próximas capacitações tratassem sobre a questão da atualização do ECA, fortalecimento da rede de serviços e o sistema de garantia de direitos.

Outras observações

Uma questão deve ser considerada em relação ao funcionamento do serviço, e ao horário de funcionamento: por ocasião da visita ao equipamento, só havia dois técnicos presentes no local. Apesar de ser o horário de almoço e isso, de certa forma, justificar a ausência de usuários. Porém, não está de acordo com a previsão legislativa que aponta que o CRAS deve funcionar, no mínimo, por quarenta horas semanais, cinco dias por semana, oito horas diárias.

Além disso, somente é considerado que o CRAS está em funcionamento por oito horas se houver a presença da equipe de referência completa durante todo este período.

O horário de funcionamento deve refletir as características dos serviços nele ofertado, quais sejam: possuir caráter público e continuado, preocupar-se em atender todos aqueles que deles necessitam e ampliar a possibilidade de acesso dos usuários em pelo menos dois períodos do dia.

O horário pode ser flexível, permitindo que o equipamento funcione nos finais de semana e horários noturnos, desde que isso ocorra para possibilitar uma maior participação das famílias e da comunidade nos programas, serviços e projetos operacionalizados nessa unidade e que a decisão seja tomada pelo gestor municipal da assistência social.

Assim, caso o gestor estabeleça que a jornada de trabalho da equipe seja de quatro horas diárias, significa que terá de contratar duas equipes de referência para cumprir 8 horas diárias de funcionamento no Centro.

Ressalta-se que o horário de funcionamento do CRAS é que deve ser decidido em conjunto com as famílias referenciadas, ser amplamente divulgado e manter regularidade.

O fato de o serviço não possuir um número de telefone fixo ou móvel que possa atender as demandas do serviço, (especialmente aquelas que são consideradas urgentes) quando se propõe ao atendimento de uma população infantojuvenil; se configura como um ponto de fragilidade do atendimento.

Por fim, outra dificuldade enfrentada no serviço é a debilidade nos atendimentos efetivados através da rede de serviços do estado, pois apesar de se estabelecer um bom diálogo e entendimento com a rede do município, a rede de serviços estaduais é muito deficitária, segundo os entrevistados.

6.2 Proteção Social de Média Complexidade

6.2.1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)

A coleta dos dados foi realizada no dia 03 de dezembro de 2013, por uma das psicólogas do GATI, a partir de instrumental criado com a finalidade do levantamento de dados para o **Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)**.

Além dos dados registrados no instrumental, foram incluídos os obtidos através de observações e entrevistas com os técnicos que estavam presentes no serviço, e ainda, a opinião de alguns usuários que também se encontravam no momento da visita.

Identificação

O CREAS está situado no município de Capanema, à Rua Dom Pedro II, número 5, no bairro do Centro. Possui telefone fixo de nº (91)3462-2857. À época do levantamento tinha o seguinte endereço eletrônico giglianemenezes@yahoo.com.br.

O serviço foi implantado no dia 04/09/2008, porém de acordo com as informações prestadas pela coordenadora, só começou a funcionar efetivamente em janeiro de 2009. Ele é considerado como CREAS municipal e seu território abrange todos os bairros. Funciona de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00min às 14h00min.

No momento da pesquisa o prédio estava identificado com modelo de placa diferente do padronizado pelo MDSA, mas com o nome “Centro de Referência Especializada de Assistência Social”.

Estrutura física

O prédio onde estava funcionando o serviço era alugado pela Prefeitura e compartilhado com outros serviços. O imóvel abrigava inicialmente a Defensoria Pública do Estado. Depois, a DPE construiu outro prédio e foi aos poucos fazendo a mudança, que à altura do Levantamento, estava em processo de finalização, sendo que a Defensoria estava desenvolvendo suas atividades quase totalmente em outro prédio.

O CREAS possuía sala exclusiva para recepção com mesa e cadeira para a recepcionista, cadeiras para os usuários, televisão, telefone e alguns outros itens. Tinha, ainda, local para a coordenação e atividades administrativas; duas salas para atendimento individual, familiar e em grupo; co-pa-cozinha; três banheiros, sendo um só para uso dos funcionários e dois para os usuários do serviço.

O espaço, no entanto, não possuía área externa para atividades de convívio e também não possuía um almoxarifado. Porém, a equipe organizou os materiais e a alimentação em um armário, para que esses itens não ficassem expostos e com risco de contaminação.

De maneira geral, o espaço físico do serviço possuía iluminação e ventilação adequadas, além de estar em bom estado de conservação e oferecer um ambiente salubre aos funcionários e usuários do serviço. Entretanto, o prédio não atendia às normas legais de acessibilidade e mobilidade para pessoas com deficiências. O Serviço não dispunha também de profissionais habilitados em linguagem de Libras ou em atendimento a múltiplas deficiências.

Equipamentos e materiais

O serviço, no momento da coleta de dados, dispunha dos seguintes equipamentos e materiais para o desenvolvimento das atividades: dois computadores (apenas um com conexão de internet); uma impressora; uma televisão; um equipamento de som; um datashow; uma máquina filmadora que era também máquina fotográfica; um veículo de uso compartilhado que ficava disponível para o serviço duas vezes durante a semana, nos dias de segunda e quarta-feira; acervo bibliográfico; além de mobiliário e materiais específicos para atender crianças.

Equipe de trabalho

A equipe era constituída pelos seguintes profissionais: 01 (uma) assistente social, que também exercia a função de coordenadora, admitida por contrato temporário de trabalho; 01 (um) pedagoga e 01 (um) psicólogo, ambos concursados; 01 (um) auxiliar administrativa e 01 (um) auxiliar de serviços gerais, contratados. Todos os funcionários trabalhavam 6 horas diárias e exclusivamente no CREAS.

Note-se que a composição da equipe estava em desacordo com o que é previsto pela normativa (NOB/RH – SUAS, 2012) como composição mínima para equipes do CREAS, conforme exposto no Quadro 3, pag. 84.

É importante mencionar que foram efetuados, em média, no ano de 2013, 509 atendimentos pelo equipamento, onde estão incluídos os atendimentos do CREAS e outros atendimentos; 80 atendimentos ativos (específicos do serviço, em curso) e 206 atendidos ao total.

Processo de educação permanente

Durante o ano de 2013 não houve nenhum curso ou capacitação patrocinados pelo município. Na esfera do Estado, até o momento da pesquisa, houve o curso de capacitação de violência contra a mulher, em maio de 2013; em junho de 2013, houve, através da SEAS, curso sobre a rede de atendimento. Houve ainda a capacitação para as conferências do Idoso; da Assistência; da Educação; das Cidades; do Meio Ambiente e da Segurança Alimentar.

Caracterização dos serviços ofertados pelo CREAS

Os principais serviços socioassistenciais oferecidos pelo CREAS Capanema são o PAEFI e o PSE aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade.

O PAEFI oferta apoio, orientação e acompanhamento especializados às famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, visando à preservação e fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e o fortalecimento da função de proteção das famílias diante do conjunto de condições que causam fragilidades ou as submetem a situações de risco pessoal e social.

No que se refere ao PSE, é necessário que o cidadão esteja enfrentando situações de violações de direitos por ocorrência de violência física ou psicológica, abuso ou exploração sexual; abandono, rompimento ou fragilização de vínculos ou afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medidas socioeducativas.

As ações referentes ao PAEFI realizadas pelos profissionais do CREAS envolveram as do Dia de Combate ao Abuso e Exploração Sexual (18 de maio), as do SEMAS itinerante, a realização de colônia de férias, a ação integrada de saúde do SEMAS e o projeto “Conquistando a Liberdade”, entre outras. A abordagem social como serviço especializado é realizada pela própria equipe técnica do CREAS.

O cumprimento das medidas socioeducativas de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) corresponderam, no ano de 2012, ao seguinte quantitativo: LA- 02 e PSC-07; e no ano de 2013(até o momento da coleta dos dados), LA- 02 e PSC-07. O atendimento dos adolescentes em cumprimento de medidas é realizado semanalmente.

É importante destacar que o serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas tem registro no CMDCA e que a equipe profissional que executa este serviço é exclusiva.

A sistemática de atendimento de elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA) é intermediada por meio de uma ficha de evolução e só ao final é preenchido o PIA para encaminhamento posterior ao Juízo competente.

Os locais onde os adolescentes são encaminhados para o cumprimento das medidas são: Secretaria de Saúde, escolas públicas, programas sociais (como PETI, PROJovem e outros) e demais parceiros da rede de serviços e atendimentos.

O CREAS, até o momento da coleta dos dados, não estava utilizando o prontuário disponibilizado pelo MDSA para registrar as informações referentes aos atendimentos prestados, mas um modelo próprio de ficha, para o atendimento dos adolescentes e suas famílias.

Outras observações

De acordo com as observações dos técnicos que executam o serviço de proteção social especial, o sistema de garantias de direitos no município funciona de maneira muito frágil, não conseguindo efetivamente acompanhar os casos atendidos. Seria necessária uma melhora deste sistema para conquistar resultados junto à população atendida.

6.3 Proteção Social de Alta Complexidade - Espaço de Acolhimento Municipal de Crianças e Adolescentes de Capanema

Caracterização do serviço

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

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

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

Há também que se considerar que a rotina complexa, além da mudança do perfil dos abrigados, onde problemas de saúde mental e drogadição estão cada vez mais presentes, exigem respostas institucionais multifacetadas e dinâmicas, além de uma intensa articulação com o poder público, especialmente com o poder judiciário e integração com políticas públicas variadas.

Objetivamente, o espaço de acolhimento institucional tem como propósito de trabalho propiciar às crianças e adolescentes ser prioritariamente reintegradas às suas famílias de origem ou quando esgotados os recursos de manutenção da criança ou do adolescente na família natural ou extensa.

Identificação

O Abrigo Provisório Municipal em Capanema é um espaço institucional destinado ao acolhimento de crianças e adolescentes na faixa etária de zero a dezoito anos, de ambos os sexos. Localiza-se na Rua Oiricurizinho nº 121, no bairro de Fátima. Tem telefone institucional de número: (91) 8198-4985 e endereço eletrônico: alinelia-2@yahoo.com.br

À época do levantamento, a entidade não possuía registro no CMDCA, nem no CMAS. O laudo do Corpo de Bombeiros foi registrado sob nº 00163H20310, com validade até outubro de 2014.

Não havia laudo da Vigilância Sanitária, porém a entidade possuía um relatório de vistoria, datado do ano de 2013, sem data final de validade estipulada. A instituição não possuía orientação religiosa.

População atendida

O Serviço possui capacidade de atendimento de vinte vagas, entre crianças e adolescentes, na faixa etária compreendida entre zero e dezoito anos, de ambos os sexos. No

momento da visita à instituição, estavam preenchidas cinco vagas (três meninos e a duas meninas).

A faixa etária dos atendimentos estava distribuída da seguinte forma: um menino na faixa etária de zero a cinco anos de idade e dois na faixa etária entre doze e quinze anos. Entre os atendimentos do sexo feminino, havia uma menina na faixa etária de seis a onze anos e outra, na faixa entre dezesseis e dezoito anos de idade.

O espaço institucional se propunha ao atendimento integral, recepcionando grupos de irmãos ou que apresentem alterações de saúde, bem como adolescentes com filhos, adolescentes em situação de rua, etc. Ressalva se faz em relação aos adolescentes sob ameaça, que são encaminhados ao Programa de Proteção às Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte – PPCAAM.

O principal órgão a fazer encaminhamentos ao abrigo é o Conselho Tutelar. No momento da visita, havia no abrigo um adolescente acolhido que era oriundo de outro município (Cachoeira do Piriá).

Como principais causas de acolhimento institucional estão o abandono pelos pais ou responsáveis, pais ou responsáveis dependentes químicos e/ou alcoolistas, ausência dos pais ou responsáveis por prisão, órfãos (morte dos pais ou responsáveis), violência doméstica, crianças e adolescentes submetidos à exploração sexual (prostituição, pornografia), negligência, crianças e adolescentes submetidos à exploração no trabalho, tráfico e/ou mendicância e, ainda, abuso sexual praticado pelos pais ou responsáveis.

As estatísticas de atendimento da unidade demonstraram que dos acolhimentos realizados no ano de 2012, doze retornaram à família de origem e um foi encaminhado para família substituta. Nenhum dos acolhidos foi encaminhado para adoção. O tempo médio de acolhimento na instituição era de um a dois anos.

Por fim, havia situações em que a criança ou o adolescente era acolhido em desacordo com o previsto pela legislação, quanto à guia de acolhimento (art. 101 §3º da Lei 8.069/90), devido à extrema urgência de alguns casos e também por vezes quando o acolhido era de outro município.

Estrutura física

O imóvel onde funcionava o espaço de acolhimento era alugado pela prefeitura e localizado em um bairro onde havia disponibilidade de vários equipamentos assistenciais das áreas de saúde, educacional e social (CRAS, CREAS, CAP-Si, CAPSAD, Hospitais e Posto de Saúde).

No momento da coleta de dados não havia placa de identificação do serviço, assim como ele estava localizado em área de difícil acesso, em prejuízo para os usuários, já que o município não dispunha de transporte público.

O prédio não dispunha de adaptação física para o acesso de pessoas com deficiências. No entanto, é importante mencionar que a Prefeitura estava construindo um novo local com todas as condições para funcionamento do serviço.

O ambiente físico era amplo, bem iluminado, arejado e acolhedor, semelhante ao que se encontra em uma residência medianamente organizada.

Projeto Político Pedagógico

O Espaço institucional de acolhimento procurava, an-

tes de qualquer coisa, respeitar o não desmembramento da família e ainda fortalecer os vínculos afetivos de união familiar. No entanto, em algumas situações efetivamente ocorre o desmembramento familiar, por decisão judicial.

Os usuários têm prontuários de atendimento individualizados, nos quais constam seus documentos pessoais, além daqueles referentes à área escolar e de saúde. Constam no Plano Individual de Atendimento- PIA- o plano educacional, fotos, relatórios e outros documentos que sirvam para o acompanhamento do desenvolvimento dos usuários.

O PIA é elaborado imediatamente após o acolhimento da criança ou do adolescente e exclusivamente pela equipe do abrigo, sem contribuição da equipe do órgão gestor da assistência social.

O PIA traz também os resultados da avaliação interdisciplinar; os compromissos assumidos pelos pais ou responsáveis; a previsão das atividades a serem desenvolvidas com a criança ou adolescente acolhido e seus pais ou responsável, com vistas à reintegração familiar; as providências a serem adotadas para a sua colocação em família substituta, sob direta supervisão da autoridade judiciária, caso a reintegração familiar seja vedada por determinação judicial.

A unidade dispunha atendimento individualizado e personalizado, proporcionava espaço privativo para os cuidados pessoais vestuário, produtos de higiene, objetos pessoais e brinquedos, de acordo com a escolha de cada um, e ainda, locais adequados e individualizados para a guarda e armazenamento.

As rotinas eram estabelecidas em concordância com as atividades diárias dos acolhidos e dos profissionais que os acompanhavam, sendo discutidas as regras e limites de convivência, salvaguardadas as idades e as condições pessoais de cada criança ou adolescente acolhido.

Foi verificado ainda discussões em grupo a respeito dos interesses dos adolescentes e das crianças e eram respeitados os valores familiares quando da tomada de decisão a respeito desses assuntos.

Os usuários também podiam frequentar cultos religiosos da sua preferência e sendo assistidos na realização das atividades escolares, dentro ou fora do espaço de acolhimento.

Existia igual mobilização, por meio da articulação com a rede de serviços, quando era necessária a atenção especializada (CRAS, CREAS, CAPS, etc.) aos usuários da unidade de acolhimento. Os adolescentes ainda ajudavam a cuidar e manter o espaço.

Equipe de trabalho

A equipe técnica de trabalho era composta por 01 (um) assistente social, e 01 (um) pedagogo, além da coordenadora (cursando a faculdade de Letras). Além destes profissionais, ainda estavam lotados no serviço 02 (dois) vigias, 02 (dois) auxiliares de serviço geral e 06 (seis) educadores, que trabalhavam em regime de plantão, revezando doze por vinte e quatro horas. Em caso de necessidade do trabalho do psicólogo, os usuários eram atendidos pela equipe de referência do CREAS. O serviço não aceita estagiários para o trabalho.

A coordenadora não soube informar se os profissionais eram concursados ou não, mencionando que a referida

informação só poderia ser prestada pela Prefeitura do município. No tocante à seleção dos profissionais para o serviço, a informação obtida foi de que era através de processo seletivo com ampla divulgação, avaliação de documentação mínima, além de avaliação psicológica e social.

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

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

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

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

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

Processo de educação permanente

Apesar do interesse da equipe em capacitações, à época da coleta de dados, não havia sistematicamente programações que propiciassem a formação continuada aos servidores.

Os funcionários não tiveram capacitação introdutória e quando a realizavam era por manifestação de interesse próprio. Portanto, não foi possível avaliar a frequência de participação em capacitações para o trabalho desenvolvido.

É importante mencionar a realização de estudos de caso com a participação da equipe técnica, bem como a existência de comunicações de ocorrência em livro de plantão, entre as equipes das demais categorias de servidores.

Trabalho com as famílias

O trabalho com as famílias era iniciado imediatamente após o acolhimento, sendo informadas do direito a questionar o afastamento e requerer, junto à justiça, a reintegração da criança ou do adolescente. As famílias eram acompanhadas, quando necessário, também pelo CRAS e CREAS.

Para o acompanhamento das famílias pela unidade são utilizadas as seguintes técnicas: entrevista individual e familiar, visita domiciliar, orientação individual, grupal e familiar, encaminhamento e acompanhamento de integrantes da família à rede local, busca sistemática pela família de origem das crianças e adolescentes atendidos, utilização de serviços de identificação; encaminhamento para serviços de saúde, para serviços, programas, projetos, e benefícios da política de assistência social, para programas de qualificação profissional, emprego e geração de renda aos

adolescentes; para programas habitacionais e para programas da política de educação.

Outro ponto a merecer destaque era a flexibilização do horário estipulado para visitas. Quando a equipe percebe que a família não poderia vir com frequência para as visitas, sempre eram estimuladas alternativas, a exemplo da intensificação dos contatos telefônicos, a troca de correspondência ou a saída do acolhido para os finais de semana com a família, entre outros.

A família também era inserida no espaço institucional, participando da organização e comemoração de aniversários e outras datas comemorativas, sempre que possível, ou ainda participando de atividades recreativas e culturais, junto com os acolhidos e equipe da instituição.

Algumas outras preocupações foram percebidas, no sentido de preservar e fortalecer os vínculos de convivência familiar e comunitária, como, por exemplo, o acolhimento ocorrer em local mais próximo da residência; as crianças e adolescentes permanecerem em atividades que realizavam antes da aplicação da medida de proteção; na mesma escola que estudavam antes de serem acolhidas; frequentar atividades de iniciação ao mundo do trabalho e assegurar a frequência em atividades culturais esportivas e de lazer, nos serviços existentes na comunidade.

Fortalecimento da autonomia

Para estimular a participação e autonomia do público atendido, havia o incentivo para que manifestassem suas opiniões e, sempre que possível, elas eram levadas em conta nas decisões a serem tomadas.

As crianças e adolescentes também tinham acesso a sua história de vida, à situação familiar e aos motivos de seu acolhimento.

Os adolescentes ainda possuíam autonomia para saídas em atividades desenvolvidas na comunidade, porém não tinham para sair com os amigos, mesmo que as regras e limites fossem estabelecidos e discutidos previamente.

Desligamento

O desligamento dos acolhidos institucionalmente, via de regra, era previamente trabalhado por meio de atividades como forma de preparação para o futuro desligamento.

Nesse sentido era acentuado o fortalecimento da autonomia dos adolescentes, especialmente daqueles que não possuíam perspectiva de reintegração familiar.

Era realizada uma avaliação das condições sociais e psicológicas, encaminhamento para programas oficiais ou comunitários de auxílio (transferência de renda, bolsa aluguel, etc.), além da promoção do fortalecimento de vínculos com parentes e amigos que pudessem apoiar o adolescente.

Para finalizar este item, é importante mencionar que o acolhimento institucional não mantinha nenhum tipo de atenção ou acompanhamento pós-desligamento. Em outras palavras, não havia programa de acompanhamento com egressos do serviço.

7 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA A INFÂNCIA E PARA A JUVENTUDE

Iracema Jandira Oliveira da Silva

Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

Kátia Jordy Figueiredo

Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

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

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

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

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

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

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

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

Como se organiza o atendimento à Saúde Mental no Brasil?

No que se refere às ações em saúde mental, em feve-

reiro de 2002 foi publicada a Portaria MS/GM nº 336/2002, de 19 de fevereiro de 2002, regulamentando a constituição dos centros de atenção psicossocial (CAPS) de acordo com a área populacional de abrangência, a organização do serviço e a especificidade da população atendida. (BRASIL, 2002).

A característica principal da Política de Saúde Mental é buscar integrar a pessoa com transtorno mental a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. O objetivo é oferecer atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, substituindo o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo a inclusão social dos usuários e de suas famílias. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

7.1 O Que é um CAPS?

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

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

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

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

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

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

Considerando as diretrizes das Portarias MS/GM nº 336/2002 e MS/GM nº 2841/10 que regulamentam os serviços em saúde mental, os CAPS têm seis diferentes modalidades, quanto à população de abrangência, o modo de funcionamento, a especificidade da demanda e a composição da equipe: os CAPS I, II e III são estruturados para atendimento de pessoas adultas com transtornos mentais severos e persistentes com áreas populacionais de 20.000 a 70.000, 70.000 a 200.000 e acima de 200.000 habitantes respectivamente. O CAPS III difere dos demais por seu funcionamento durante 24 horas, nos sete dias da semana.

Entre os CAPS II podem se constituir CAPSI destinados ao atendimento à infância e à adolescência abrangendo a população acima de 200.000 habitantes e o CAPS AD para os usuários de álcool e outras drogas, em áreas populacionais acima de 100.000 habitantes.

CAPS – Equipes profissionais mínimas

CAPS I

- a) 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental.
- b) 1 enfermeiro.
- c) 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d) 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS II

- a) 1 médico psiquiatra.
- b) 1 enfermeiro com formação em saúde mental.
- c) 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocu-

pacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

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

CAPS III

- a) 2 médicos psiquiatras.
- b) 1 enfermeiro com formação em saúde mental.
- c) 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior.
- d) 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPSi

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

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

CAPSAD

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

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

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

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

A atenção desenvolvida no CAPS deve abranger desde situações de crises, o acolhimento, a permanência diária no serviço, a substituição do hospital psiquiátrico até a cons-

trução de projetos de inclusão social, passando por intervenções na rede de serviços na comunidade, junto a setores de diversas naturezas clínicas, familiares, trabalho, moradia, direitos, lazer, cultura e outros, tudo isso em um ambiente terapêutico, facilitador de relações e promotor de novas formas de convivência.

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

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

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

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

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Unidades de Acolhimento (UA), pontos de atenção que compõem a RAPS instituída pela Portaria GM/MS nº.3.088/2011, têm como diretrizes:

a) Respeito aos direitos humanos, garantindo autonomia e liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; centrada nas necessidades das pessoas;

b) Combate a estigmas e preconceito;

c) Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

d) Atenção humanizada centrada na necessidade das pessoas;

e) desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício de cidadania;

f) Desenvolvimento de estratégias de redução de danos;

g) Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

h) Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

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

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

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

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

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

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

f) Sala de aplicação de medicamentos (sala de medi-

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

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

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

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

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

k) Almoarifado: espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários;

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

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

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

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

repouso profissional;

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

q) Rouparia: espaço pequeno com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas. Não é para descarte de material contaminado. Este ambiente pode estar conjugado com o Depósito de Material de Limpeza (DML). Pode ser substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros;

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

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

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

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

Com vistas à garantia de direitos dessa faixa etária à saúde mental, os municípios devem observar os seguintes itens:

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

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

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

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

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

f) Manter controle e monitoramento sobre as internações e vagas em leitos de psiquiatria sob uma central

de regulação de leitos.

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

h) Estabelecer programa de educação permanente para os profissionais da rede municipal de atenção integral e de assistência à saúde mental. Especificar centros de referência ou entidades equivalentes de qualidade para a formação dos profissionais.

i) Instaurar fluxo de encaminhamento para usuários de álcool, crack ou outras drogas que necessitem de tratamento.

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

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

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

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

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

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

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

q) Realizar conferências de saúde e ou de saúde

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

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

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

7.3 Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I)

A coleta dos dados foi realizada no dia 02 de dezembro de 2013, por uma das psicólogas do GATI, a partir de instrumental criado com a finalidade de realizar o levantamento para o **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**.

Além dos dados registrados no instrumental, foram registrados outros obtidos por meio de observações e entrevistas com os técnicos que estavam presentes no local, ou ainda, a opinião de alguns usuários que estavam presentes no momento da visita.

Identificação

O CAPS Capanema é classificado como CAPS I (população entre 20.000 e 70.000 habitantes). Está localizado na rua 16 de Novembro nº 25, bairro D. João VI, CEP 68.701-090, com telefone de nº (91) 3462-2344. O CAPS não tem endereço eletrônico. À época do levantamento o centro era gerenciado por uma enfermeira. O centro teve o início das suas atividades no dia 24/11/2011 e tem registro no CNES, sob nº 6949762.

Fotografia 7 - Centro de Atenção Psicossocial Elias Salim Abud, Capanema, PA



Fonte - acervo/MPPA

Estrutura física, equipe de trabalho e funcionamento da Unidade.

O CAPS funciona de segunda a sexta-feira de 08h00min às 14h00min, em prédio isolado e não anexo a qualquer unidade de UBS (Unidade Básica de Saúde) ou hospital, de acordo com o previsto pelo art. 3º da portaria 336/92 GM/MS. O local está aparentemente em boas condições de limpeza, conservação e está localizado em uma área de fácil acesso. Tem espaços para o atendimento individualizado e para atividades em grupos pequenos. Também

não há áreas externas, como pátio, quintal ou outro tipo de ambiente circunscrito ao prédio, que possam ser usadas nas atividades do centro.

Em Capanema os serviços prestados em saúde mental pelo CAPS I abrangem atividades terapêuticas individuais e em grupo, atendimento à família, atividades comunitárias (que são pouco frequentes), oficinas terapêuticas e atividades em datas comemorativas.

Além do CAPS, o município conta também com o serviço da Unidade Básica de Saúde (UBS), com o Programa Saúde da Família (PSF), com o atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e com o Pronto Atendimento Médico (PAM). Fora do município, o encaminhamento de atendimento em saúde mental, incluindo a internação, é para o Hospital das Clínicas Gaspar Viana (HCGV), em Belém.

Por ocasião da coleta de dados o quadro funcional do CAPS era composto da seguinte maneira: 1 (um) médico psiquiatra; 1 (uma) enfermeira, que é a coordenadora do serviço, 1 (uma) assistente social, 1 (um) psicólogo, 1 (uma) terapeuta ocupacional; 2 (dois) auxiliares/técnicos de enfermagem; 4 (quatro) profissionais de nível médio; 1 (uma) artesã; 2 (dois) agentes administrativos; 1 (um) técnico educacional; 1 (um) auxiliar de cozinha; 1 (um) auxiliar de limpeza e 1 (um) guarda e 1 (um) vigia.

O Serviço possuía uma proposta de capacitação a ser desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) sobre o tema de combate ao álcool, crack e outras drogas.

No referente ao atendimento mensal prestado pelo CAPS, a média de atendimento era de cerca de cem usuários, os quais chegavam ao centro encaminhados pela atenção básica (UBS e PSF), pelo hospital psiquiátrico estadual e por outros serviços da rede de saúde, tais como: Conselho de Medicina, Secretaria de Saúde e CREAS. O centro recebe ainda encaminhamentos de outras áreas, como educação, assistência, etc. Também recebem a demanda daqueles que procuram o CAPS espontaneamente, acompanhados ou não de familiares e, por fim, do Conselho do Idoso.

O acolhimento dos novos casos é feito imediatamente pela equipe ou pela recepção (em situações onde a equipe não está presente, devido a alguma atividade externa).

Projeto terapêutico

O projeto terapêutico individual para o usuário é estabelecido apenas em alguns casos e, quando ocorre, ele é discutido tanto com o paciente, quanto com suas famílias. São utilizados como estratégia, via de regra, dois profissionais de referência para o usuário, habitualmente, o assistente social e o enfermeiro.

Algumas atividades são realizadas fora da sede do CAPS. Quando isso acontece, normalmente a área escolhida é a do rio Caeté.

Utiliza-se a visita domiciliar para os usuários do serviço, especialmente aqueles que estão sendo atendidos pela primeira vez. Nessa situação, o usuário passa pelo atendimento de todos os profissionais do centro (médico, psicólogo, assistente social, etc).

A aquisição dos medicamentos, quando necessária, é feita no próprio Centro; porém as internações psiquiátricas de usuários do serviço são muito raras. Quando elas

acontecem, as famílias e o próprio paciente são orientados com relação a essa internação.

Como Capanema não dispõe de CAPS-AD, informalmente o CAPS I atende crianças e adolescentes com abuso de álcool e outras drogas. No caso de ser necessário um período de internação para as crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, geralmente busca-se essa internação em uma instituição religiosa em Imperatriz, no Maranhão.

O controle social é realizado através de parcerias com associações de usuários e de familiares.

Apoio matricial

O CAPS Capanema presta apoio matricial às equipes da atenção básica (UBS e PSF), por meio do psicólogo e do assistente social; porém, o serviço não dispunha de informações sobre para quantas equipes este acompanhamento era dado.

Segundo informações, havia articulação entre o CAPS e os demais serviços de saúde do município, mas esta é prevalentemente realizada com a SEMAS, a UPA, o CAPS de Bragança e o Hospital de Clínicas Gaspar Viana, de Belém.

As articulações eram estabelecidas através de contatos telefônicos, reuniões periódicas entre os serviços para a discussão dos casos, definição dos fluxos, etc. e também por meio de encaminhamentos dos casos a outros serviços.

O Centro também articulava com serviços do tipo creches, escolas e outros na área de educação; CRAS, CREAS e demais na área da assistência social; clubes, mas de forma muito restrita e esporádica; postos do INSS; associações de bairro, associações de usuários de serviços de saúde mental e outros movimentos sociais. A articulação estabelecida era por meio de contatos telefônicos e de encaminhamento dos casos a outros serviços.

Trabalho em rede

No que diz respeito à aplicação das medidas protetivas previstas no artigo 101, incisos V e VI, do ECA, os serviços de saúde, de acordo com as informações colhidas, devem dar prioridade a esta demanda referenciando e enfatizando os encaminhamentos. O resultado de atendimento ou não das demandas, envolvendo a aplicação das medidas protetivas, ao MP, Judiciário e Conselho Tutelar é realizado por meio de ofício.¹

Dificuldades vivenciadas pelo CAPS

Nenhuma das situações levantadas pelo instrumental como dificuldades enfrentadas (insuficiência de quadro de pessoal, relação com as instâncias de gestão, relação com gestão de serviços da área e apoio e participação da comunidade) foi apontada.

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

O CAPS I Capanema informou haver no atendimento do serviço realização sistemática quanto: ao seguimento ambulatorial psiquiátrico; monitoramento do seguimento ambulatorial clínico; retaguarda formal para internação psiquiátrica; e para a internação clínica; utilização de impressos formais para referência e contrarreferência; a participação da equipe do CAPS no atendimento após o encaminhamento do paciente para outro serviço; busca ativa de faltosos; articulação de recursos da comunidade viabilizando a rein-

tegração do paciente; integração com outros recursos comunitários (associações, SESI, SESC, etc); e, finalmente, a articulação com o poder judiciário e MP.

No entanto, quando perguntado sobre a retaguarda para a urgência clínica, foi informado que essa retaguarda só ocorria de forma ocasional.

Quanto à Integralidade do cuidado dispensado ao usuário, o CAPS informou que no momento da admissão o paciente é avaliado pelo médico psiquiatra; são utilizados protocolos visando à integralidade do cuidado; além de ser realizada ou providenciada capacitação da enfermagem para atenção integral. O CAPS tem local e equipamento para atendimento de urgência e emergência; e os pacientes possuem prontuário único.

Houve, porém alguns itens perguntados que não eram cumpridos pelo CAPS, como: não haver nem treinamento para contenção física e nem coleta de material para exames laboratoriais. No entanto, deve-se esclarecer que quanto ao último quesito, o equipamento providenciava o encaminhamento do usuário, para que houvesse coleta de material para os exames de laboratório.

Intervenção psicofarmacológica

O Centro prescreve e dispensa fármacos, desde que haja previamente uma avaliação clínica do paciente, e que este receba o controle laboratorial específico enquanto estiver fazendo o uso dos psicofármacos prescritos.

Outras observações

Cotejando as atividades realizadas pelo CAPS Capanema com aquelas que deveriam ser executadas pela unidade, encontrou-se alguns descompassos. Veja-se: uma das funções do CAPS é prestar atendimento a pessoas com grave sofrimento psíquico, diminuindo e evitando internações psiquiátricas, além de articular-se com a rede de serviços da comunidade, favorecendo a reinserção delas a estes espaços.

Pelas respostas informadas, percebeu-se uma fragilidade na articulação com a rede, que repercute na consecução da diminuição das internações psiquiátricas. O trabalho de reinserção, que deveria ser realizado em parceria com a rede, não está efetivado para o usuário de forma consistente, ao ponto de efetivamente reintegrá-lo ao seu meio social.

Esta fragilidade na reinserção social está mais uma vez presente quando se constata, ainda, que somente alguns usuários possuem estipulados e discutidos um plano de intervenção terapêutica, baseado nas suas necessidades.

Finalmente, mesmo sendo o CAPS classificado como CAPS I e tendo sua equipe mínima estipulada através de regulamentação específica e pautada em critérios largamente avaliados, a equipe parece numericamente insuficiente para as atribuições que devem ser executadas na unidade do município.



8 POLÍCIA JUDICIÁRIA DE CAPANEMA

Iracema Jandira Oliveira da Silva

Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

Kátia Jordy Figueiredo

Psicóloga do Ministério Público do Estado do Pará

As Polícias Cíveis são instituições que exercem funções de polícia judiciária, de acordo com o artigo 144 da Constituição Federal de 1988, subordinadas ao chefe do Poder Executivo Estadual e dirigidas por delegados de polícia de carreira. Basicamente, a missão institucional da Polícia Civil (§ 4º do artigo 144, CF/1988) é a de prestar segurança pública à preservação da ordem pública, da incolumidade das pessoas e do patrimônio. A Polícia Civil atua apurando infrações penais (exceto as infrações cometidas por militares) e inúmeras funções institucionais, tais como:

a) Exercer, com exclusividade, as atividades de polícia judiciária e apurar as infrações penais (exceto militares);

b) Realizar as investigações indispensáveis aos atos de Polícia Judiciária;

c) Promover as perícias criminais e médico-legais necessárias, quando mantiver órgãos periciais, ou requisitá-las aos órgãos competentes, ou, na falta de peritos dos órgãos citados, designar a autoridade policial peritos “ad hoc” para realizá-las;

d) Reprimir as infrações penais;

e) Promover a identificação civil e criminal quando mantiver órgão de identificação, ou requisitá-la ao órgão competente;

f) Colaborar com o poder judiciário, com o Ministério Público e demais autoridades constituídas;

g) Custodiar provisoriamente pessoas presas, nos limites de sua competência.

O Chefe de Polícia ou Delegado Geral preside o Conselho Superior da Polícia Civil, órgão colegiado de assessoramento superior integrado pelos Diretores dos Departamentos de Polícia. No Pará há Departamento de Polícia da Capital e do Interior. No interior existem Superintendências que abrangem vários municípios (de acordo com a divisão administrativa do poder executivo). A Polícia Civil do Pará registra várias Unidades de Polícia Especializada (na capital e alguns municípios do interior), tais como:

a) Delegacia de Atendimento à Mulher;

b) Delegacia de Atendimento ao Idoso;

c) Delegacia de Homicídios;

d) Delegacia de Roubos e Furtos de Automóveis;

e) Delegacia de Proteção à Infância e Adolescência.

O quadro funcional mínimo em uma Unidade da Polícia Civil deve constar delegados, escrivães, investigadores e motoristas. Delegado de Polícia Civil é responsável por dirigir as Polícias Cíveis (art. 144, § 4º da Constituição) e de presidir o inquérito policial, instrumento que formaliza a investigação criminal (comanda a investigação). O Investiga-

dor de Polícia Civil é responsável pela investigação policial de campo (nas ruas) e o escrivão por dar cumprimento às formalidades processuais de Polícia Judiciária. Este, lavra os boletins de ocorrência policial, autos, termos, mandatos, ordens de serviço e demais atos de ofício. O escrivão responde por toda a documentação relativa aos Inquéritos Policiais, tornando-se nesse ato o Oficial cartorário.

Outros agentes que se destacam no trabalho da Polícia Civil são o Perito Criminal e Médico Legista - especialistas, que em razão de conhecimentos científicos e técnicos assessoram o processo investigatório. Os equipamentos mais importantes ao trabalho dos policiais civis são o armamento (o mais utilizado são as pistolas calibre .40) e os coletes à prova de balas. Vale ressaltar que a viatura policial assume importância fundamental à investigação.

Em Capanema a sede da Superintendência da 6ª Superintendências Regionais da Polícia Civil e Delegacias do interior do Pará (RISP) está situada à avenida Presidente Médici, nº 369, bairro Pio X. CEP: 68.700-000, Capanema, Pará. O local possui dois números de telefones fixos (91) 3462-4503 / 3462-6377 e e-mail: capanema@policiacivil.pa.gov.gov.

Por ocasião da pesquisa a equipe era composta por quatro delegados, sendo um coordenador e um superintendente. Havia ainda quatro escrivães e oito investigadores. Respondiam pelo quadro técnico duas assistentes sociais que eram cedidas pela prefeitura. A superintendência atende aos casos de crianças e adolescentes vítimas de crimes. Apura também a autoria de práticas de atos infracionais. O município dispõe de uma delegacia especializada para os casos de violência doméstica. Tal delegacia somente atende a esse público específico.

O prédio onde funcionam os serviços da superintendência de polícia dispõe de amplas salas com mobiliário completo, ar condicionado, computadores e impressoras adequados à demanda. À disposição para a execução dos serviços há três veículos, sendo um descaracterizado e outros dois identificados. Os profissionais da área da polícia judiciária dispõem de arma e munição necessária à atuação.

A servidora entrevistada considerou haver uma boa estrutura de trabalho, porém seria importante um aumento no número de profissionais como delegados e investigadores. O Município está aguardando a implantação de um centro de polícia científica.

No que concerne a adolescentes a quem se atribui a prática de ato infracional, havia um espaço em separado, fora da carceragem para que aguardassem o encaminhamento ao Ministério Público, recebendo alimentação custeada pela SUSIPE.

A oitiva dos adolescentes ocorria na sala da autoridade policial que preside o feito. Os serviços policiais dispunham de sistema informatizado capaz de mapear o número

de adolescentes que praticaram atos infracionais, bem como o número de crianças e adolescentes que foram vítimas de crime.

Para um atendimento mais especializado, de acordo com o previsto pela legislação, e levando em conta os registros frequentes de adolescentes envolvidos com a prática de ato infracional, a entrevistada entendia ser oportuna a criação de uma delegacia especializada para o público infantojuvenil. À época do levantamento havia uma avaliação positiva da comunicação com a rede de atendimento.



9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mônica Rei Moreira Freire

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

Brenda Corrêa Lima Ayan

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

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

Nestes 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 se constituído em uma meta a ser perseguida por todos aqueles que apostam nas premissas colocadas tanto pela Constituição Federal, quanto pelo ECA, isto na pressuposição de políticas sociais articuladas intersetorialmente para a consecução da proteção integral aos direitos da criança e do adolescente.

É neste 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, na medida em 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 suas famílias 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 Capanema permitiu contribuir para a reflexão e o repensar da proteção integral aos direitos da criança e do adolescente no Estado e as atribuições do Ministério Público do Estado

do Pará 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 em 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 a 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 88º, 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 território em cumprimentos ao disposto nos artigos 4º, Caput, 19 e 100 do ECA, evitando que eles precisem se deslocar de município em busca de atendimento para suas necessidades.

Outra tendência observada no levantamento realizado é que os Conselhos Tutelares apresentam certas dificuldades para agir na defesa de direitos de crianças e adolescentes. Esta situação está relacionada, em grande medida, ao conjunto de condições simbólicas e materiais disponibilizados para a sua instalação e funcionamento, tais como: 1º) a precariedade da infraestrutura disponibilizada para o seu funcionamento; 2º) o nível de legitimidade dos Conselhos; 3º) a ausência ou insuficiência da rede de serviços de políticas sociais, condição para a aplicação de medidas de

proteção e aos pais ou responsáveis; 4º) as representações sociais dos conselheiros acerca de fenômenos afetos à violação de direitos de crianças, adolescentes e de suas famílias.

Estão incluídos neste conjunto quesitos como espaço físico inadequado – salas para atendimento, para recepção da população, acessibilidade e mobilidade para pessoas com deficiências, condições de higiene e salubridade; equipamentos – computador, impressora, telefone, carro, mobília; materiais de consumo – papel, tinta para impressora etc.; condições de trabalho – remuneração, direitos previdenciários e trabalhistas e capacitação dos conselheiros tutelares.

Além da infraestrutura, o segundo fator implicado na dificuldade dos Conselhos Tutelares para cumprir sua finalidade é o nível de legitimidade deles. Neste aspecto, 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.

Neste sentido, estão presentes fatores que conduzem à baixa legitimidade e, por conseguinte, afetam negativamente o desempenho dos Conselhos, tais como o desconhecimento da população, das instituições e dos próprios conselheiros sobre o Conselho Tutelar; o descrédito em relação ao seu trabalho e às leis; a dificuldade para o exercício da prática colegiada exigida ao Conselho; a disputa político partidária nos processos de escolha e a baixa participação social da população; a partidarização política no interior dos Conselhos; e as estratégias muitas vezes articuladas pelos executivos municipais para tornar o Conselho subordinado à Prefeitura, esvaziando-o politicamente.

Associe-se aos fatores elencados acima a vinculação administrativa ao poder executivo municipal, assim como a remuneração e o comprometimento com lideranças partidárias em face da campanha, a problematizar a representatividade e a legitimidade do Conselho Tutelar, sobretudo, em virtude de um modo de agir específico que se consubstancia na responsabilização das famílias pelo não acesso aos recursos e serviços, perpetuando, com isso, a prática existente na vigência dos Códigos de Menores, anteriores ao Estatuto da Criança e do Adolescente. São relevantes as questões colocadas e que interrogam sobre quem o Conselho Tutelar representa e quem lhe confere legitimidade.

Ainda no tocante à origem das dificuldades dos Conselhos Tutelares para agirem na defesa de direitos de crianças e adolescente, situa-se um terceiro conjunto de fatores constituído pelas falhas na política de atendimento ou no funcionamento da rede de serviços.

Foram apontados no levantamento fatores como insuficiência da rede de políticas públicas para atender à demanda e garantir a proteção à infância, inclusive levando os Conselhos a executarem atribuições alheias às suas; dificuldades de diálogo entre o Conselho Tutelar, o Executivo e o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; 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 em face das condições precárias de vida das famílias, associada à ausência de proteção social por parte do Estado; predomínio de relações burocráticas entre os Conselhos e as instituições, 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.

Nessa mesma vertente, os limites para a ação dos Conselhos Tutelares com vistas à erradicação do trabalho infantil estão vinculados à ausência de formação, de programas e políticas públicas e às questões culturais, destacando, nesta última categoria, o fato de por vezes alguns profissionais situarem nas famílias os entraves para a erradicação do trabalho infantil. Em decorrência, situa como um dos fatores que distancia este órgão da promoção e defesa de direitos os “próprios valores culturais de alguns Conselhos Tutelares no sentido de não reconhecer a exploração do trabalho infantil como uma forma de violência grave contra a criança e o adolescente.”

Os CAPS, por seu turno, embora tenham sido um inequívoco avanço na humanização da assistência psiquiátrica, apresentam falhas estruturais, capacidade técnica limitada, em sua maioria, têm dificuldades de articulação com toda a rede de serviços de saúde mental, como se viu no município ora analisado.

Na unidade visitada se constatou insuficiência de pessoal, ausência de atendimento médico clínico, falta de médicos psiquiatras em determinados períodos, falta de retaguarda para emergências e para leitos psiquiátricos, ausência de supervisão e capacitação e limitações de acolhimento em período noturno, além do não registro do CAPS no CRM/PA, na condição de unidade de assistência em saúde que realiza procedimentos médicos, de acordo com a legislação em vigor.

A unidade de saúde analisada tem inscrição no CNES, contudo, não se preocupou com a regularização de sua situação, enquanto unidade de assistência à saúde, junto ao Conselho de Medicina, o que é obrigatório.

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

Entre as inúmeras funções atribuídas aos CAPS pela Portaria MS/GM nº 336/ 2002, de 19 de fevereiro de 2002, (BRASIL, 2004), o matriciamento das equipes de atenção básica se constitui num dos pilares do modelo.

Cabe aos CAPS orientar as Unidades Básicas de Saúde sobre como proceder para com os pacientes de atenção primária em saúde mental e seria de se esperar que se vinculasse 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, entretanto, não consegue dar cobertura técnica para a rede de saúde de sua área de abrangência, conforme previsto pela referida Portaria MS/GM nº 336/2002, 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.

Houve, porém alguns itens que não eram cumpridos pelo CAPS, como: não haver nem treinamento para contenção física e nem coleta de material para exames laboratoriais. No entanto, deve-se esclarecer que quanto ao último quesito, o equipamento providencia o encaminhamento do usuário para a rede básica de saúde, para que haja a coleta de material para os exames de laboratório.

Cotejando as atividades realizadas pelo CAPS Capanema com aquelas que deveriam ser executadas pela unidade, alguns descompassos foram encontrados: uma das funções do CAPS é prestar atendimento a pessoas com grave sofrimento psíquico, evitando internações psiquiátricas, além da articulação com a rede de serviços da comunidade, favorecendo a reinserção social do usuário. Pelas respostas obtidas, foi observada mais uma vez, frágil articulação entre os serviços, passível de repercussão nas internações psiquiátricas. O trabalho de reinserção, que deveria ser realizado em parceria com a rede, não é o de forma consistente, ao ponto de efetivamente reintegrar o usuário ao meio social.

Esta fragilidade está mais uma vez presente quando se constata ainda que somente alguns usuários possuem estipulados e discutidos um plano de intervenção terapêutica, baseado nas suas necessidades. Finalmente, mesmo sendo o CAPS classificado como CAPS I e tendo sua equipe mínima estipulada através de regulamentação específica e pautada em critérios largamente avaliados, a equipe parece numericamente insuficiente para as atribuições que devem ser executadas na unidade do município.

Em relação à Assistência Social no município, como visto anteriormente, 32,5% do vínculo trabalhista dos servidores do SUAS no município é precário, sendo que este percentual chega a 90% quando analisados os servidores de nível superior. Urge, portanto que o município desprecarize 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 MDSA é de 60% de trabalhadores do SUAS de nível superior e médio com vínculo de servidor estatutário ou empregado público.

Em relação aos serviços dispensados pelos CRAS, uma questão a ser considerada diz respeito ao horário de funcionamento. À época do levantamento, foi observado a permanência de apenas dois técnicos. Apesar de ser o horário de almoço e isso, de certa forma, justificar a ausência de usuários. Tal fato, porém, não está de acordo com a previsão legislativa que aponta que o CRAS deve funcionar, no mínimo, por 40 horas semanais, cinco dias por semana, com 8 horas diárias de funcionamento.

Além disso, somente é considerado que o CRAS está em funcionamento por oito horas se houver a presença da equipe de referência completa durante todo este período.

O horário de funcionamento do CRAS deve refletir as características dos serviços nele ofertado, quais sejam: possuir caráter público e continuado, preocupar-se em atender todos aqueles que deles necessitam e ampliar a possibilidade de acesso dos usuários em pelo menos dois períodos do dia.

O horário pode ser flexível, permitindo que o

equipamento funcione nos finais de semana e horários noturnos, desde que isso ocorra para possibilitar uma maior participação das famílias e da comunidade nos programas, serviços e projetos operacionalizados nessa unidade e que a decisão seja tomada pelo gestor municipal da assistência social.

Assim, caso o gestor estabeleça que a jornada de trabalho da equipe seja de quatro horas diárias, significa que terá de contratar duas equipes de referência para cumprir oito horas diárias de funcionamento no Centro.

Outro dado relevante sobre esse assunto diz respeito ao fato de que deve ser decidido em conjunto com as famílias referenciadas, ser amplamente divulgado e manter regularidade.

O fato de o serviço não possuir um número de telefone fixo ou móvel que possa atender às demandas (especialmente aquelas que são consideradas urgentes) quando se propõe ao atendimento de uma população infantojuvenil pode ser considerado um ponto de fragilidade do atendimento.

Ainda como dificuldade enfrentada, foi apontada a debilidade nos atendimentos efetivados através da rede de serviços do estado, pois apesar de se estabelecer um bom diálogo e entendimento com a rede do município a rede de serviços estaduais é muito deficitária, segundo os técnicos.

Para finalizar, durante o levantamento foi observado que todo o banco de dados de usuários do programa estava sendo refeito, pois não houve o repasse das informações por parte da técnica anterior que saiu do serviço antes de haver a substituição para a equipe sucessora, prejudicando, portanto, o andamento e atendimento do serviço.

Ressalta-se que o horário de funcionamento do CRAS é que deve ser decidido em conjunto com as famílias referenciadas, ser amplamente divulgado e manter regularidade.

Os resultados obtidos pelo levantamento demonstram que a rede de atendimento à criança e ao adolescente em Capanema funciona de maneira frágil, de modo que um serviço não consegue acompanhar o desenrolar dos atendimentos aos casos. Urge que a rede estabeleça formas de comunicação efetiva entre os diversos serviços.

O levantamento observou haver adolescente oriundo de outro município (Cachoeira do Piriá) no serviço de Acolhimento, assim sendo, é importante que seja esclarecida a existência de pactuação para o acolhimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade com outros municípios.

No caso da unidade de acolhimento de crianças e de adolescentes do município, a equipe de referência para atendimento aos usuários se encontra fora dos padrões estabelecidos pela NOB/RH/SUAS que estabelece 1 (um) cuidador de nível médio por cada 6 (seis) usuários quando houver dois ou mais usuários com demandas específicas e 1 (um) auxiliar de cuidador por cada 6 (seis) usuários também quando houver 2 (dois) ou mais usuários com demandas específicas.

A unidade possui seis educadores sociais de nível médio que trabalham em regime de doze horas de plantão por vinte e quatro horas de descanso, em revezamento. À época do levantamento o espaço não possuía servidores

ocupantes do cargo de auxiliar de cuidador, conforme preconiza a referida NOB/RH/ SUAS.

De acordo com os dados analisados o sistema de garantias de direitos no município funciona de maneira muito frágil e os serviços não conseguem efetivamente acompanhar os casos atendidos. Seria necessária uma adequação no sistema para conquistar melhores resultados junto à população atendida.

A rede de atendimento à criança e ao adolescente no município de Capanema, em geral, trabalha com o modo formal de encaminhamentos, o que leva à fragmentação das respostas, produzindo a sensação de sobrecarga ou de insatisfação tanto para o cidadão, quanto para as equipes profissionais. 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, contudo, cujas balizas são a intersetorialidade dos serviços, a integralidade das ações, a matricialidade sociofamiliar e o território.

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



10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BALESTRIN, A. VARGAS, L. M. FAYARD, P. **Ampliação interorganizacional do conhecimento: o caso das Redes de Cooperação.** Revista Eletrônica de Administração – REAd – Edição 43 Vol. 11 No. 1, jan-fev 2005.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. Concepção de rede intersetorial de atendimento à criança e ao adolescente. In: Cleide Lavratti (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 33, de 25 de fevereiro de 2003.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 05 mar. 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília DF: Senado Federal, 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**, Brasília, DF, 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**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em 20/05/2014.

BRASIL. **Lei nº 8182 de 19 de setembro de 1990.** Esta lei surgiu devido aos vetos que a Lei 8080/90 recebeu em relação à participação da comunidade (Artigo 11-vetado) e ao repasse direto de recursos (§§2º e 3º, do Art.33e § 5º Art.35- vetados). Brasília, DF: IBGE, 1990.

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

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.** Brasília, DF, 2013. Disponível em <<http://portal.inep.gov.br/web/portal-ideb/o-que-e-oideb>>, 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, DF, 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, DF, 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, DF, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. 200 p.

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, DF, 2006.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília, DF, 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, DF, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria/SNAS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília, D F, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011. Ratificar a equipe de referência definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS e Reconhecer as categorias profissionais de nível superior para atender as especificidades dos serviços socioassistenciais e das funções essenciais de gestão do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 jun. 2011. n. 118. seção 1.

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas**: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. Brasília, DF, 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, DF, 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, DF, 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IBGE. **Pará-Capanema. Censo demográfico**. Brasília, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão: 2016. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=150220>>. Acesso em: 28/07/2015.

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. 6. ed. rev. 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.



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