



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

Castanhal



LEVANTAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DE CASTANHAL

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

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ

Rua João Diogo, 100 - Cidade Velha
CEP: 66015.165 - Belém, Pará
Fone: (091) 4006-3400
www.mppa.mp.br

Marcos Antônio Ferreira das Neves

Procurador-Geral de Justiça

Jorge de Mendonça Rocha

Procurador de Justiça
SubProcurador-Geral de Justiça para a Área
Jurídico-Institucional

Miguel Ribeiro Baía

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

Adélio Mendes dos Santos

Procurador de Justiça
Corregedor-Geral do Ministério Público

Aldo de Oliveira Brandão Saife

Promotor de Justiça - Ouvidor-Geral

**CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA INFÂNCIA
E DA JUVENTUDE****Monica Rei Moreira Freire**

Promotora de Justiça - Coordenadora

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DA CIDADANIA**Monica Rei Moreira Freire**

Promotora de Justiça – Coordenadora em exercício

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL CÍVEL**Fábia de Melo-Fournier**

Promotora de Justiça - Coordenadora

CENTRO DE APOIO OPERACIONAL CONSTITUCIONAL**César Nader Bechara Matar**

Promotor de Justiça - Coordenador

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 Técnica**Carmen Helena do Carmo Tuñas**

Cientista Social/Bacharela em Direito
Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude

Carmem Lúcia Pinheiro Silva

Assistente Social
Promotoria de Justiça de Ananindeua

Danielly Laurentino Damásio

Pedagoga
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Diana Barbosa Gomes Braga

Pedagoga
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Elaine Cristina Santos do Amaral

Bacharel em Direito
Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude

Heloisa Helena Feio Ramos

Cientista Social
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Iracema Jandira Oliveira da Silva

Psicóloga
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Kátia Jordy Figueiredo

Psicóloga
Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar

Rosemary Barros de Oliveira

Assistente Social
Promotoria de Justiça de Ananindeua

Jamylle Hanna Mansur

Lenita Masoller Wendt
Colaboradores

Rui Castro

Revisão de texto
Ficha Catalográfica
CRB-2811/92 - Biblioteconomista

Ruth Campos

Departamento de Informática
Projeto gráfico e editoração

A 973 AYAN, Brenda Corrêa Lima.

Levantamento da rede de atendimento à criança e ao adolescente no município de Castanhal: notas teóricas, metodológicas, considerações gerais e características do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente. /Brenda Corrêa Lima Ayan, Iracema Jandira Oliveira da Silva, Kátia Jordy Figueiredo, Mônica Rei Moreira Freire. Belém: Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude, 2016.

56 p. il. (Série Rede de atendimentos aos direitos de crianças e adolescentes no Pará; 01)

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

CDD 342.1637

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

Norberto Bobbio

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadros

Quadro 1 - Quantidade de famílias referenciadas por porte do município.....	31
Quadro 2 - Equipe de referência do CRAS.....	33
Quadro 3 - Equipe de referência do CREAS.....	33

Figuras

Figura 1 - Localização do município de Castanhal (PA).....	16
Figura 2 - Área de cobertura dos equipamentos da assistência social no município de Castanhal (PA).....	35

Gráficos

Gráfico 1 - Produto Interno Bruto Total de Castanhal (PA), (em R\$1.000).....	16
Gráfico 2 - Valores federais repassados ao município de Castanhal (PA), por previsão Constitucional, no ano de 2014	17
Gráfico 3 - População residente no município de Castanhal (PA), entre os anos 2000 e 2010, por faixa etária.....	17
Gráfico 4 - População residente no município de Castanhal (PA), entre os anos 2000 e 2010, por faixa etária.....	17
Gráfico 5 - Participação da população extremamente pobre no município de Castanhal (PA), e no estado em 2010.....	18
Gráfico 6 - Total de famílias cadastradas em programas e ações do SUAS em Castanhal (PA), por faixa de renda.....	18
Gráfico 7 - Quantidade de famílias que receberam benefício de superação da extrema pobreza, Castanhal (PA).....	18
Gráfico 8 - Percentual de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos acompanhados nas condicionalidades de educação escolar e frequência escolar, Castanhal (PA).....	19
Gráfico 9 - População em idade escolar no município de Castanhal (PA).....	19
Gráfico 10 - Taxa de analfabetismo em Castanhal (PA).....	19

Tabelas

Tabela 1 - População do município de Castanhal (PA), em situação de extrema pobreza, por faixa etária.....	17
Tabela 2 - Matrícula inicial, ano de 2014, educação infantil, município de Castanhal (PA).....	19
Tabela 3 - Matrícula inicial, ano de 2014, ensino fundamental, município de Castanhal (PA).....	19
Tabela 4 - Domicílios atendidos por rede de esgotamento sanitários ou fossa séptica.....	19
Tabela 5 - Resultado IDEB, Castanhal (PA), séries iniciais.....	21
Tabela 6 - Resultado IDEB, Castanhal (PA), séries finais.....	21

Lista de Fotografias

Fotografia 1 - CRAS Prof. Mario Barbosa, Apeú, Castanhal, Pará, placa MDS.....	35
Fotografia 2 - CRAS Pantanal, Castanhal (PA), placa MDS.....	37
Fotografia 3 - CRAS Pantanal, Castanhal (PA), bicicletário.....	37
Fotografia 4 - CRAS Pantanal, Castanhal (PA).....	38
Fotografia 5 - CRAS Pantanal, Castanhal (PA), atividade com grupos de convivência com crianças.....	38
Fotografia 6 - CRAS Pantanal, Castanhal (PA), atividade de convivência com grupos de idosos.....	38
Fotografia 7 - CRAS Ianetama, Castanhal (PA), <i>banner</i> contendo a indicação dos serviços disponíveis.....	39
Fotografia 8 - CRAS Propira, Castanhal (PA), placa MDS.....	40
Fotografia 9 - CRAS Propira, Castanhal (PA), vista da área coberta	41
Fotografia 10 - CREAS Castanhal (PA), portão de entrada	41
Fotografia 11 - CREAS Castanhal (PA), sala de espera	42
Fotografia 12 - CREAS Castanhal (PA), sala de atendimento.....	42
Fotografia 13 - CREAS Castanhal (PA), sala de atendimento infantil.....	42

LISTA DE SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade

BPC - Benefício da Prestação Continuada

CADSUAS - Sistema de Cadastro do Sistema Único de Assistência Social

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAT - Casa de Acolhimento Transitório

CEDCA – Conselho Estadual de Direito da Criança e do Adolescente

CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CCDQ - Centro de Cuidados a Dependentes Químicos

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CMDCA - Conselho Municipal de Defesa da Criança e do Adolescente.

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social.

DML - Depósito de Material de Limpeza

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente.

FIA - Fundo para a Infância e Adolescência

HC - Hospital de Clínicas

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social

MS - Ministério da Saúde

NOB-RH/SUAS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PAIF - Programa de Atenção Integral à Família

PIA - Plano Individual de Atendimento

PNAS - Política Nacional da Assistência Social

PROJOVEM - Programa Nacional de Inclusão de Jovens

SDH/PR - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

SESI - Serviço Social da Indústria

SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SGD - Sistema de Garantia de Direitos.

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	11
1 O LEVANTAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM DEZENOVE MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ.....	13
2 O MUNICÍPIO DE CASTANHAL	16
2.1 Breve Contextualização.....	16
2.2 Características Sociodemográficas.....	16
2.3 Dados Educacionais	19
2.4 Cobertura de Redes e Serviços de Saneamento Básico em Castanhal	19
2.5 O Município de Castanhal e o Acompanhamento de Algumas Metas do Desenvolvimento do Milênio	20
3. AS NOÇÕES DE REDE, INTEGRALIDADE, INTERSETORIALIDADE E TERRITORIALIDADE NA PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	22
4 A REDE DE ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL.....	25
4.1 Os Conselhos de Direitos - Conselho Municipal de Direitos das Crianças e dos Adolescentes – CMDCA	25
4.2 O Conselho Tutelar	27
4.3 Assistência Social no Brasil	30
4.3.1 Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	31
4.3.2 Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS).....	32
4.4 Assistência Social no Município de Castanhal	35
4.4.1 CRAS Mário Barbosa	35
4.4.2 CRAS Cariri - Ediana dos Santos Moraes	36
4.4.3 CRAS Santa Helena	36
4.4.4 CRAS Pantanal – Antônio Aristóteles Bezerra	37
4.4.5 CRAS Ianetama	38
4.4.6 CRAS Jaderlândia	39
4.4.7 CRAS Propira – Raimundo Mariano Nogueira	40
4.4.8 Centro de Referência da Assistência Social – CREAS	41
4.4.9 Centro de Acolhimento Municipal de Criança e Adolescentes (CEAMCA) Alzira Cely Cardoso Pinto.....	42
4.5 O Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde Mental para a Infância e Juventude	44
4.5.1 Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III	48
4.6 Polícia Civil	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54



PREFÁCIO

Em 29 de setembro de 1990, em Nova York, Estados Unidos, na sede da Organização das Nações Unidas, 157 países convocados pela 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 o 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, integrando-se às mais importantes normativas nacionais. 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 nº 8.069, de 13 de julho de 1990 -, convergia para os princípios definidos pela Convenção dos Direitos da Criança e demais recomendações da Cúpula Mundial pela Criança.

Dez anos depois, 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 consiste em uma série de prioridades coletivas para a paz e a segurança, luta contra a miséria e a pobreza, e proteção ao meio ambiente e aos direitos humanos.

Na declaração estão contidos os Objetivos de Desenvolvimento para o Milênio, os ODM; ela articula as prioridades globais de desenvolvimento e define metas a serem alcançadas até o 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 salienta, 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 na 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 2.000 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 2.010. Muito embora tenha havido uma redução no período, ainda há 2.557.847 pessoas em condição de pobreza. No ano de 2.010, 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 2.008), 44,9% das famílias pesquisadas no estado do Pará informaram que a quantidade de alimentos consumidos no domicílio **às vezes** não era suficiente, enquanto que 10,6% afirmaram que **normalmente** a quantidade de alimentos não era suficiente.

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

Preocupados, desta feita, com a situação da criança no nosso 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 adolescentes em alguns municípios paraenses.

Assim, é com satisfação que o Ministério Público

do Estado do Pará, por intermédio do Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude, apresenta a seguir o relatório sobre o “Levantamento da Rede de Atendimento à Criança e ao Adolescente em 19 Municípios Paraenses”.

No estado do Pará não há tradição em realizar levantamentos dessa natureza. Trata-se, portanto, do primeiro, elaborado no âmbito do Ministério Público do Estado do Pará, tendo sido desenhado com o objetivo de efetuar o diagnóstico de uma parcela da rede de atendimento aos direitos das crianças e dos adolescentes em municípios paraenses e da articulação entre os diferentes sistemas incluídos na rede, de modo a conceder insumos às ações de fiscalização do Ministério Público do Estado, em prol da efetividade destas.

São objetivos do levantamento: produzir o mapeamento de uma parcela do Sistema de Garantia dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes, detalhando os aspectos que retratam suas condições de atuação; analisar o estágio de desenvolvimento desse sistema, identificando as principais prioridades para aperfeiçoar o seu funcionamento e oferecer subsídios para o planejamento de ações voltadas ao seu fomento e fortalecimento, bem como para aprimorar as políticas de atenção à criança e ao adolescente no estado do Pará.

Por meio do levantamento, o Centro de Apoio Operacional realizou análise das formas e condições de funcionamento de uma parcela do Sistema de Garantia dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes e suas características; da integralidade do atendimento à população

infantojuvenil, identificando os principais problemas nele encontrados, do nível de relacionamento entre os órgãos públicos e entidades locais, do grau de participação dos conselhos nas políticas públicas e o seu reconhecimento nas comunidades onde atuam, entre outras informações.

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

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

Belém, 6 de junho de 2016

Marcos Antônio Ferreira das Neves
Procurador-Geral de Justiça



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

Mônica Rei Moreira Freire

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

Brenda Corrêa Lima Ayan

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

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

Frente a essa realidade, imbuído da missão institucional de promover ações político-jurídicas modificadoras da realidade e que objetivem a construção de um projeto constitucional democrático de uma sociedade livre, justa, igualitária e solidária para um desenvolvimento socioeconômico-cultural sustentável, voltado para a erradicação da pobreza e da exclusão, para a redução das desigualdades sociais e regionais, bem como para a promoção do bem comum, e, ainda desejoso da construção de um mundo para crianças alicerçado nos princípios da democracia, da igualdade, da não discriminação, da paz e da justiça social, o Ministério Público do Estado do Pará 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.

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

O presente caderno apresenta os resultados obtidos pelo levantamento no município de Castanhal. A pesquisa foi desenhada com o objetivo de fazer o levantamento do Sistema de Garantia dos Direitos das Crianças e Adolescentes nos municípios elencados, de modo a conceder insumos às ações de fiscalização do Ministério Público do Estado, em prol da efetividade destas.

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

O Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990, reservou um papel fundamental ao Ministério Público,

daí que o Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude do Ministério Público do Estado do Pará, ciente de sua missão institucional de desenvolver estratégias de aprimoramento das ações ministeriais, particularmente no que tange ao fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente e às dificuldades para a realização de tal mister, tomou para si o desafio de identificar as vulnerabilidades existentes na rede de atendimento aos direitos do referido segmento.

Assim, optou-se por realizar o presente levantamento partindo do princípio de que se trata de uma problemática polissêmica e complexa e que demandaria a articulação de uma metodologia de levantamento que pudesse dar conta dos diversos textos e significados nos quais a rede de atendimento à criança e ao adolescente se insere.

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

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

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

O levantamento foi realizado no período compreendido entre outubro de 2013 e agosto de 2016, por três promotoras de justiça, uma delas coordenadora do Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude e do projeto, duas promotoras de justiça auxiliares; duas sociólogas, duas assistentes sociais, duas psicólogas e uma

pedagoga, todas lotadas no Centro de Apoio Operacional da Infância e da Juventude, no Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar e na Promotoria de Justiça de Ananindeua.

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

Entende-se que o atendimento em rede aos direitos da criança e do adolescente deve ser contínuo. Uma criança com seus direitos sexuais violados, por exemplo, precisa receber atendimento tanto das políticas dispostas no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) quanto das ações públicas de assistência social conforme a Política Nacional da Assistência Social - PNAS, (BRASIL, 2004), como também das ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa que a boa articulação da rede, a existência e a efetivação das políticas públicas relacionadas à faixa populacional infantojuvenil e a execução do Estatuto da Criança e do Adolescente - 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 dos Direitos da Criança e do Adolescente no município de Castanhal, estado do Pará. Trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo e qualitativo que se insere no campo da pesquisa social, com procedimentos técnicos de levantamento e de desenho comparativo entre os resultados obtidos nos órgãos do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente no município analisado.

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

O quantitativo e o qualitativo são complementares;

O atendimento pelo Sistema de Garantia dos Direitos das Crianças e Adolescentes são processos socialmente construídos;

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

Para a seleção das variáveis em estudo, os autores basearam-se em levantamento bibliográfico e na experiência em fiscalizações e visitas técnicas anteriormente realizadas, desenvolvidas na fiscalização do Sistema de Garantia dos Direitos à Criança e ao Adolescente, bem como na realização de estudos relacionados à temática.

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

Foram também coletados dados e informações constantes nos planos municipais, nos programas de trabalho e relatórios, entre outros, existentes nos órgãos

onde foi realizado o levantamento.

O levantamento no município de Castanhal ocorreu entre os dias 21 e 25 de outubro de 2013. As entrevistadoras se deslocaram ao município selecionado, onde foram aplicados os instrumentais de pesquisa.

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

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

Esse processo possibilitou a compreensão do conteúdo de cada entrevista e das características das unidades visitadas, e a construção de uma temática com os tópicos e temas-chaves oriundos das questões colocadas pelos instrumentos de pesquisa, bem como de outros temas que emergiram da leitura do material. Essa análise foi aplicada a todos os instrumentos, procedendo-se à identificação dos trechos que versaram sobre cada temática.

Ao término das entrevistas e da aplicação dos instrumentos em todas as unidades municipais listadas, o material foi agrupado e analisado por subconjuntos: Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Centros de Internação para Adolescentes, Delegacias de Polícia e PROPAZ, passando-se, então, a estabelecer o perfil por categoria do Sistema de Garantia dos Direitos das Crianças e Adolescentes do município de Castanhal.

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 dos Direitos da Criança e do Adolescente.

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

Ao final e ao tempo, a experiência do levantamento permitiu repensar a proteção integral aos direitos da criança e do adolescente no Pará e as atribuições do 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.

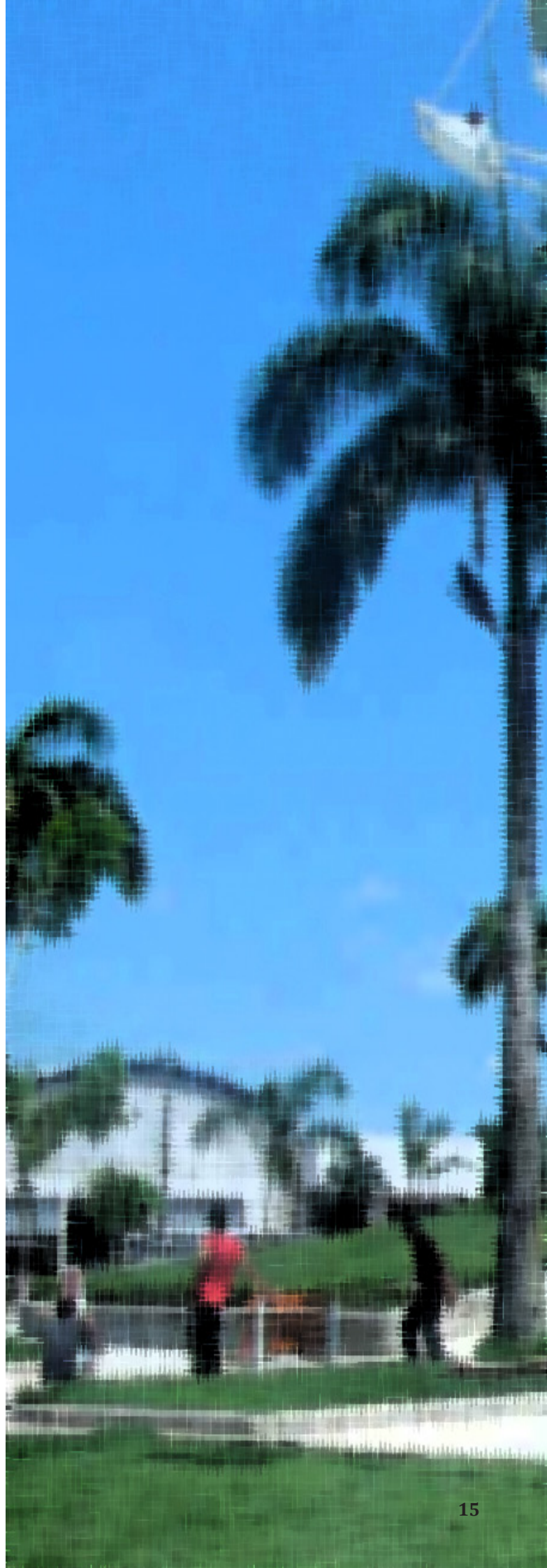
No contexto das ações em rede, o levantamento possibilitou identificar as noções de integralidade e intersetorialidade que incidem diretamente sobre as políticas públicas, na seleção dos problemas prioritários, nos planejamentos racionalmente efetuados e na organização de serviços que permitam, numa 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 artigo 227 do texto constitucional ¹, os dados coletados e resultados obtidos possibilitam que os Poderes Executivo e Legislativo conheçam com mais profundidade o funcionamento da rede de atendimento ao público infantojuvenil do seu município e, sem necessidade de ingresso de medidas judiciais, possam rever suas ações, adequando-as ou aprimorando-as, inclusive conscientizando-se da importância de destinação de recursos para aprimoramento da rede.

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

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

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 CASTANHAL

Iracema Jandira Oliveira da Silva
Kátia Jordy Figueiredo

2.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

Segundo descrição do *Diagnóstico do Plano Diretor do Município de Castanhal* (2006), o município de Castanhal localiza-se na região nordeste do estado do Pará, a 68 km da capital. Ele pertence à mesorregião metropolitana de Belém, fazendo fronteira com 8 municípios paraenses, sendo hoje a cidade mais populosa de sua microrregião e o 5º mais populoso dos 144 municípios existentes no estado.

Segundo Alves (2012), a gênese do processo de urbanização de Castanhal está relacionada à construção da Estrada de Ferro Belém-Bragança, que conferiu ao município o papel de entreposto comercial agrícola. Com a desativação da ferrovia, a configuração espacial de Castanhal apresentou novas funções, assumindo um caráter eminentemente urbano².

Anteriormente à construção da estrada de ferro, alude a referida autora, Castanhal servia como ponto de parada dos boiadeiros que tinham Belém como destino. Essa parada formou um primeiro núcleo populacional designado como Campos de Castanhal.

Em 6 de junho de 1899 foi criado o distrito de Castanhal e um ano depois ele foi guindado à posição de vila, sendo, porém, reincorporado ao município de Belém no ano de 1905.

Dentro da política governamental de colonização da zona bragantina, em 1902 o governo dividiu os campos de Castanhal em núcleos coloniais, entregando a imigrantes cearenses lotes agrícolas para cultivo. Esses lotes mediam 110m de frente por 440m de fundos e se localizavam às proximidades da estação ferroviária.

No ano seguinte, o governo estadual firmou acordo com o governo espanhol para a vinda de emigrantes espanhóis com o fim de desenvolver a agricultura local. Esse processo migratório não obteve o sucesso esperado, e os imigrantes espanhóis não se fixaram nas colônias em Castanhal.

Em 1932, o então intendente Joaquim de Magalhães Barata elevou a vila de Castanhal à condição de município, desanexando-a do patrimônio municipal de Belém. (CRUZ, 1955, apud ALVES, 2012, op.cit.)

Hoje, o município de Castanhal é cortado pela Rodovia BR-316, que atravessa os estados do Pará, Maranhão, Piauí, Pernambuco e Alagoas, consistindo em fator importante para as atividades econômicas de Castanhal.

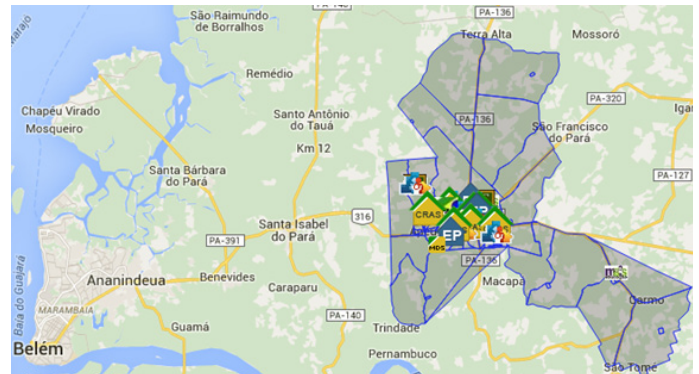


Figura 1 - Localização do município de Castanhal (PA)

Fonte: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/idv/>

Ter uma rodovia federal cortando suas terras permite que o município de Castanhal se estabeleça como ponto de acesso e distribuição de produtos e serviços e de estradas estaduais dirigidas para a costa atlântica e para a região do rio Capim. Além disso, o fluxo migratório e o consequente crescimento demográfico contribuíram para o desenvolvimento do setor terciário do município. ALVES (2012, op. cit.)

2.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A economia local está centrada no conjunto das atividades voltadas para o comércio, serviços, agricultura, pecuária e indústria, segundo o Plano Diretor do município, (2003). Castanhal, entretanto, destaca-se mesmo no setor terciário, no qual alcança o 6º lugar no *ranking* dos municípios líderes do PIB no Pará, no setor de serviços. (Idesp, 2014)

Segundo dados do Idesp (2014), o setor de agropecuária representou em 2012 uma participação de 1,96% do PIB municipal de Castanhal. As atividades de setor de indústrias e serviços corresponderam, respectivamente, a 20,53% e 77,51% de um total de R\$1.959.595.000,00 referentes ao PIB de 2012, ocupando a 18ª posição no *ranking* do PIB *per capita*, que é de R\$10.948,00.

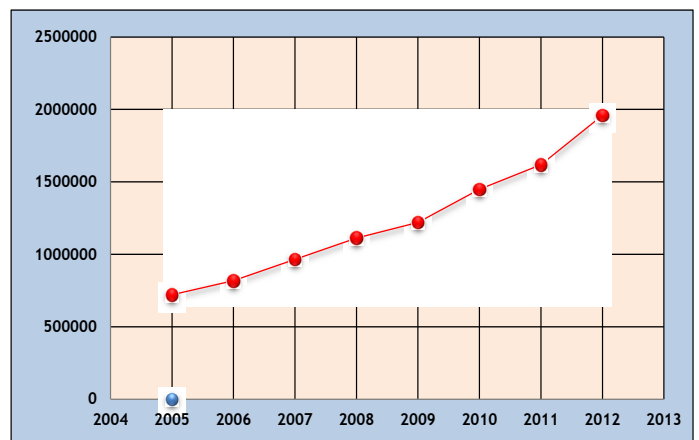


Gráfico 1 - Produto Interno Bruto Total de Castanhal (PA), (em R\$1.000)

Fonte: IDESP/2014

O Censo Demográfico de 2010 identificou uma renda domiciliar *per capita* no município de Castanhal em torno de R\$452,20, sendo que a renda domiciliar *per capita* de jovens negros de 15 a 29 anos de idade estava em R\$ 405,60. O valor do

2 A ferrovia começou a ser construída no ano de 1883 e já em 1884 foi inaugurado seu primeiro trecho, de 29 quilômetros, entre São Brás e Benevides. Em 1885, a Estrada de Ferro de Bragança ganhou outros 29 quilômetros e atingiu a localidade de Itaqui, próxima a Castanhal, mas as obras de construção ficariam paralisadas até 1901. Somente em 1908 a estrada atingiria a cidade de Bragança, chegando a sua extensão máxima.

rendimento nominal mediano mensal *per capita* dos domicílios particulares permanentes na área urbana de Castanhal é de R\$ 325,50, enquanto que o valor do rendimento nominal mediano mensal *per capita* dos domicílios particulares permanentes na área rural é de R\$ 200,00.

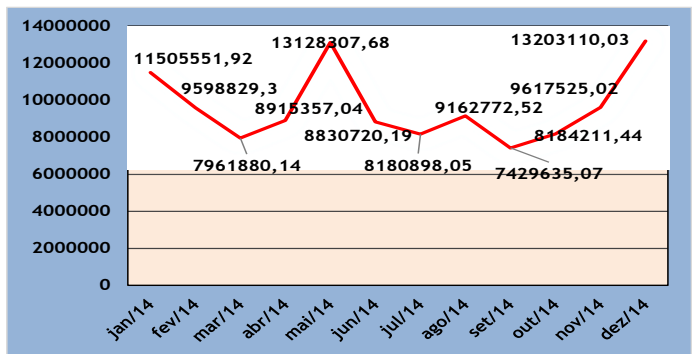


Gráfico 2 - Valores federais repassados ao município de Castanhal (PA), por previsão Constitucional no ano de 2014(FPM, ITR, IDE, LC87/96, LC 8796/1579, CIDE, FEX, FUNDEF, FUNDEB) R\$ Brasil.
Fonte: MDS/SAGI.

A dinâmica da geração de empregos no município de Castanhal indica uma contribuição de 507 vínculos de trabalho, tendo na indústria de transformação o setor de maior criação, com 338 novas vagas de trabalho.

De acordo com os dados do Censo IBGE 2010, a população do município de Castanhal, no período compreendido entre os censos de 2000 e 2010, cresceu à taxa de 2,56% o ano, passando de 134.442 para 173.149 habitantes. Essa taxa é superior à encontrada no estado do Pará, que é de 2,05% ao ano. A população estimada para o ano de 2013 foi de 183.917 habitantes, podendo ultrapassar a marca dos 200.000 habitantes em 2014. (IBGE, 2010)

A população urbana no município, de acordo com o censo do ano 2000, era representada por 90,15% e no censo do ano de 2010 era de 88,58%, demonstrando uma pequena alteração na taxa de urbanização.

A estrutura demográfica também apresentou alteração no município: o segmento etário de 0 a 14 anos de idade apresentou um crescimento positivo de 0.6% ao ano no período compreendido entre os dois censos, entretanto houve uma redução em relação à população geral, sendo que, no primeiro censo, o contingente populacional dessa faixa etária era de 46.208 habitantes, passando a 48.898 habitantes em 2010, havendo uma redução de 6,2% na taxa em relação à população geral.

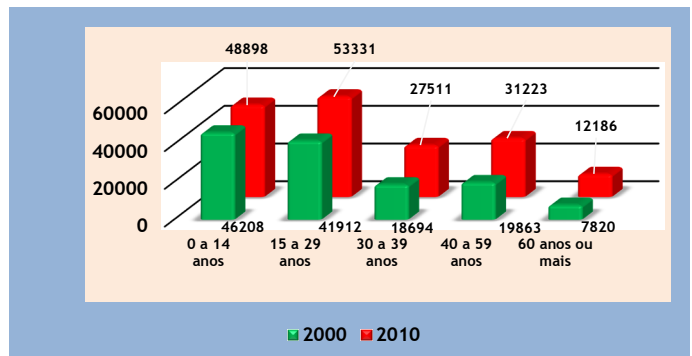


Gráfico 3 - População residente no município de Castanhal (PA), entre os anos 2000 e 2010, por faixa etária.
Fonte: Censos Demográficos de 2000 e 2010/IBGE.

Como se pode verificar, entre os anos de 2000 e 2010 houve ampliação da população idosa que, em termos anuais,

cresceu 4,5% em média. Em 2000, esse grupo representava 5,8% da população, já em 2010 os idosos eram 7,0% do total da população municipal.

Do total de habitantes de Castanhal, cerca de 16.638 pessoas se encontravam em situação de extrema pobreza, com renda domiciliar *per capita* mensal abaixo de R\$ 70,00. Isso significa que 9,6% da população municipal encontrava-se nessas condições. Do total dos extremamente pobres, 2.894 (17,4%) vivem no meio rural e 13.744 (82,6%), no meio urbano.

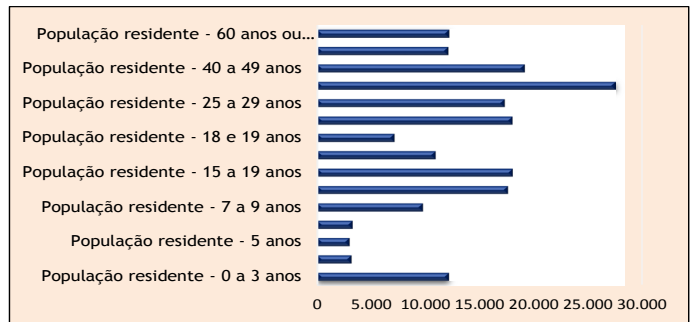


Gráfico 4 - População residente no município de Castanhal (PA), entre os anos 2000 e 2010, por faixa etária.
Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE.

O segmento etário de 0 a 14 anos registrou crescimento positivo entre 2000 e 2010 (0,6% ao ano). Crianças e jovens detinham 34,4% do contingente populacional em 2000, o que correspondia a 46.208 habitantes. Em 2010, a participação desse grupo reduziu para 28,2% da população, totalizando 48.898 habitantes.

FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO
0 a 3 anos	1.791
4 a 5 anos	818
6 a 14 anos	4.081
15 a 17 anos	1.268
18 a 39 anos	5.910
40 a 59 anos	2.128
65 anos ou mais	643
Total	16.638

Tabela 1 - População do município de Castanhal (PA), em situação de extrema pobreza, por faixa etária.
Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE.

O Censo também revelou que, no município, há 1.791 crianças na extrema pobreza na faixa de 0 a 3 anos e 818 na faixa entre 4 e 5 anos. O grupo de 6 a 14 anos, por sua vez, totalizou 4.081 indivíduos na extrema pobreza, enquanto no grupo de 15 a 17 anos há 1.268 jovens nessa situação. Foram registradas 643 pessoas com mais de 65 anos na extrema pobreza.³ Dos extremamente pobres do município, 47,8% têm entre zero a 17 anos. Esses dados são demonstrados na tabela 1, acima.

Assim, em termos proporcionais, 8,7% da população está na extrema pobreza, com intensidade maior na área rural (14,4% da população na extrema pobreza na área rural, contra 7,9% na área urbana). Do total da população

³ Segundo o IBGE, a linha de extrema pobreza foi estabelecida em R\$ 70,00 *per capita*, considerando o rendimento nominal mensal domiciliar. Desse modo, qualquer pessoa residente em domicílios com rendimento menor (até sem rendimento) ou igual a esse valor é considerada extremamente pobre.

extremamente pobre no município de Castanhal, 8.432 são mulheres (50,7%) e 8.206 são homens (49,3%).

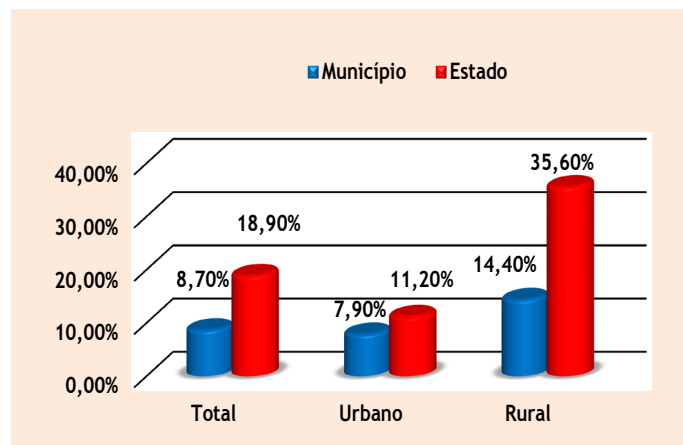


Gráfico 5 - Participação da população extremamente pobre no município de Castanhal (PA), e no estado em 2010.
Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE.

Os dados do Censo de 2010 revelam que do total da população em extrema pobreza do município, 3.133 (18,8%) se classificaram como brancos e 13.319 (80,1%), como negros. Dentre estes últimos, 1.083 (6,5%) se declararam pretos⁴ e 12.236 (73,5%), pardos. Outras 186 pessoas (1,1%) se declararam amarelos ou indígenas.

Em maio de 2013, de acordo com dados constantes no Cadastro Único do SUAS, havia 29.871 famílias cadastradas no município de Castanhal, sendo 38% delas com renda *per capita* de até meio salário mínimo, 31% das famílias com renda *per capita* de até R\$ 140,00, 20% das famílias com renda de até R\$ 70,00 e 11% das famílias com renda entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00.

Veja-se o quadro abaixo:

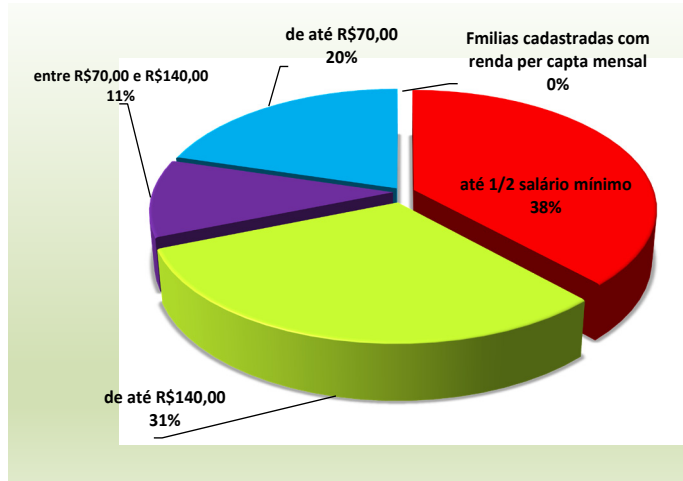


Gráfico 6 - Total de famílias cadastradas em programas e ações do SUAS em Castanhal (PA), por faixa de renda.
Fonte: Censo SUAS/MDS (mês de referência: 05/2013).

4 O IBGE considera cinco categorias para a pessoa se classificar quanto à característica cor ou raça: branca, preta, amarela (compreendendo nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), parda (incluindo nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) e indígena (considerando a pessoa que se declarou indígena ou índia).

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais **Características Étnico-raciais da População um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008** Rio de Janeiro, 2011.

No ano de 2010, no município havia 219 indivíduos extremamente pobres com alguma deficiência mental, 2.602 tinham alguma dificuldade para enxergar, 745 para ouvir e 980 para se locomover. Das pessoas com mais de 15 anos em extrema pobreza, 1.216 não sabiam ler ou escrever, o que representa 12,7% dos extremamente pobres nessa faixa etária. Dentre eles, 753 eram chefes de domicílio.

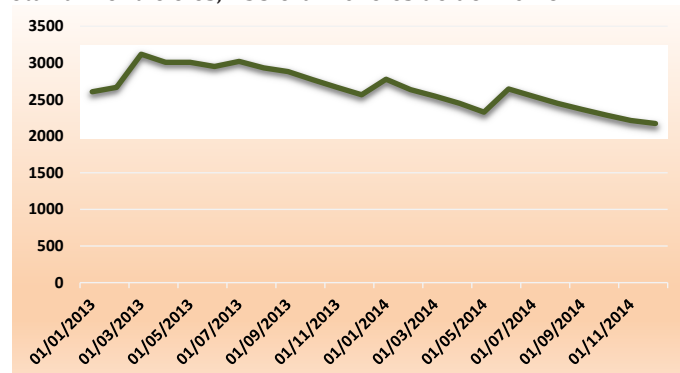


Gráfico 7 - Quantidade de famílias que receberam benefício de superação da extrema pobreza, Castanhal (PA).
Fonte: MDS/SAGI.

O Censo de 2010 identificou, também, haver no município 1.639 crianças de 0 a 3 anos na extrema pobreza não frequentando creche, o que representa 91,5% das crianças extremamente pobres nessa faixa etária.

Entre as crianças de 4 a 5 anos, havia 325 crianças fora da escola (39,8% das crianças extremamente pobres nessa faixa etária) e no grupo de 6 a 14 anos eram 288 (7,0%). Por fim, entre os jovens de 15 a 17 anos na extrema pobreza, 260 estavam fora da escola (20,5% dos jovens extremamente pobres nessa faixa etária).

Ainda tomando como referência os dados do Censo IBGE 2010, da população total do município, 53.331 indivíduos eram jovens de 15 a 29 anos. Dentre a população total, 129.980 (75,06%) se autodeclararam negros - pretos ou pardos. Entre os jovens, 40.839 (76,6%) se autodeclararam negros. Dentre estes, 20,9%, isto é, 8.532 jovens não estudam e estão inativos.

Com relação à vulnerabilidade à violência, de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, no ano de 2012 ocorreram 104 homicídios no município. Entre esses homicídios, 67 foram de jovens de 15 a 29 anos, sendo 60 de jovens negros.

Os homicídios entre jovens negros corresponderam a 89,6% do total de homicídios entre jovens. A taxa de homicídios por 100 mil habitantes no município, para o ano de 2010, entre jovens, é 1,79 vezes a da população geral. Por sua vez, a taxa de homicídios entre jovens negros é 1,98 vezes a da população geral.

Ainda a partir do Censo 2010, 2.921 jovens não estavam estudando nem estavam ocupados, entre os quais constavam 2.277 jovens negros. Enquanto na juventude em geral o percentual de jovens negros corresponde a 76,6%, entre os jovens que não estavam estudando nem estavam ocupados, o percentual de jovens negros é de 78,0%.

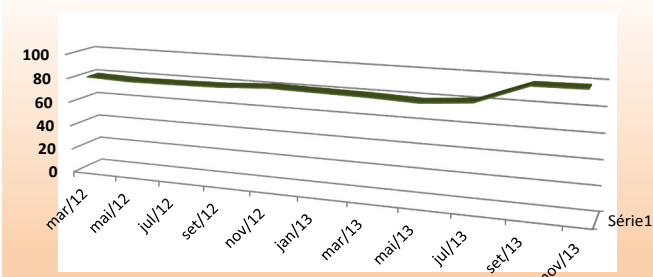


Gráfico 8 - Percentual de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos acompanhados nas condicionalidades de educação - frequência escolar, Castanhal (PA)
Fonte: MDS.

2.3 DADOS EDUCACIONAIS

De acordo com o IBGE (Censo 2010), a população em idade escolar, na faixa etária de 4 a 17 anos, era de 47.556 pessoas, distribuídas na tabela abaixo (está incluída na tabela a população na faixa etária de 0 a 3 anos):

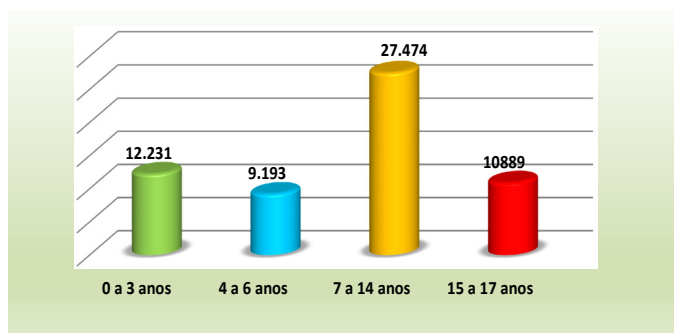


Gráfico 9 - População em idade escolar no município de Castanhal (PA)
Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE

Em 2010, a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais era de 7,4%. Na área urbana, a taxa era de 6,2% e na zona rural era de 16,6%. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo era de 4,2%.

Com base nos dados do Censo 2010, verifica-se que o município possuía 5.268 jovens de 15 a 17 anos fora do ensino médio. Dentre esses jovens, 81,1% se autodenominaram negros. Em relação ao ensino superior, 23.089 jovens de 18 a 24 anos se encontravam fora do ensino superior, sendo que 78,0% deles se autodeclararam negros.

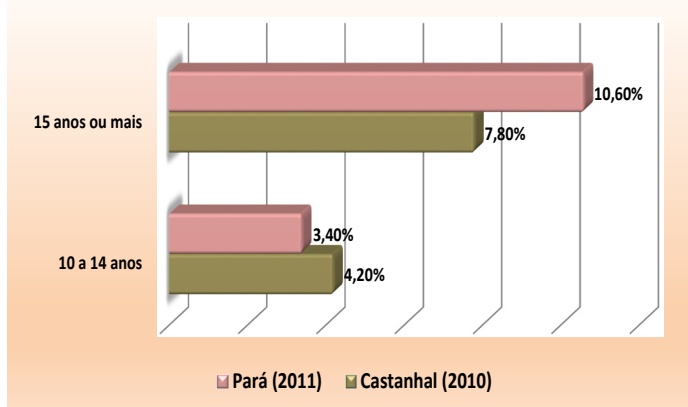


Gráfico 10 - Taxa de analfabetismo em Castanhal (PA)
Fonte: Censo Demográfico de 2010/IBGE.

De acordo com dados do MEC/INEP, no ano de 2014 havia 25.509 alunos matriculados no ensino fundamental, sendo 10.843 nas séries finais e 14.666 nos anos iniciais, e 4.016 crianças matriculadas na pré-escola.

	EDUCAÇÃO INFANTIL			
	CRECHE		PRÉ-ESCOLA	
	PARCIAL	INTEGRAL	PARCIAL	INTEGRAL
MUNICIPAL URBANA	0	0	3.427	0
MUNICIPAL RURAL	0	0	589	0
TOTAL	0	0	4.016	0

Tabela 2 - Matrícula inicial, ano de 2014, educação infantil, município de Castanhal (PA)

Fonte: MEC/INEP

	ENSINO FUNDAMENTAL			
	ANOS INICIAIS		ANOS FINAIS	
	PARCIAL	INTEGRAL	PARCIAL	INTEGRAL
MUNICIPAL RURAL	1.968	294	499	63
MUNICIPAL URBANA	10.856	950	3.432	356
ESTADUAL RURAL	0	0	62	0
ESTADUAL URBANA	481	117	5.214	1.217
TOTAL	13.305	1.361	9.207	1.636

Tabela 3 - Matrícula inicial, ano de 2014, ensino fundamental, município de Castanhal (PA)

Fonte: MEC/INEP

2.4 COBERTURA DE REDES E SERVIÇOS DE SANEAMENTO BÁSICO EM CASTANHAL

Segundo dados do IBGE (Censo 2010), o município de Castanhal apresenta indicadores preocupantes na cobertura espacial e nas estatísticas de serviços e infraestrutura de saneamento. Apesar de ser considerada uma rede em vias de universalização, a rede de abastecimento de água tratada, por exemplo, representa acesso a 45,72% dos domicílios do município, restando, portanto, cerca de 54,28% do total de domicílios atendidos por outras formas, frequentemente precárias e inadequadas, de acesso à água, não necessariamente tratada.

De acordo com o Relatório 1.2 (IPEA, 2013), considerando-se o fato de que o grau de urbanização de Castanhal é da ordem de 88,58%, observa-se a precariedade nesse contexto, uma vez que outras soluções, como os poços e as nascentes, costumam se mostrar viáveis e sanitariamente adequadas nas zonas rurais, sob condições específicas.

No que concerne ao esgotamento sanitário, Castanhal apresenta deficiências ainda mais expressivas que o serviço de abastecimento de água por rede no município. O Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) apurou que aproximadamente 39% dos domicílios possuíam solução tecnicamente adequada de destinação final e tratamento de esgoto sanitário, por meio de rede coletora e fossa séptica.

	TOTAL	POSSUI	%
Castanhal	40.691	15.873	39%

Tabela 4 - Domicílios atendidos por rede de esgotamento sanitários ou fossa séptica

Fonte: IBGE/Censo Demográfico/2010

2.5 O MUNICÍPIO DE CASTANHAL E O ACOMPANHAMENTO DE ALGUMAS METAS DO DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

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.

O primeiro e principal objetivo de desenvolvimento do Milênio é a erradicação da extrema pobreza e da fome no mundo. Para realizar esse objetivo, a Cúpula do Milênio estabeleceu duas metas a serem alcançadas até 2015. A primeira foi a redução do nível de incidência da pobreza extrema na população mundial à metade do observado em 1990. A segunda foi a redução, à metade, da proporção de pessoas que passam fome. A cada meta foram atribuídos indicadores para monitorar o avanço em sua direção.

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 às necessidades da população. Assim, ter os principais números do município, apresentados de forma simples e compreensível, é uma estratégia essencial para orientar as decisões ministeriais no tocante às políticas sociais. Os dados referentes ao Pará indicam que os avanços 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 seguir são apresentados os oito objetivos com suas respectivas metas. Em seguida, serão analisados alguns objetivos indicando se as metas foram alcançadas no município de Castanhal.

Objetivos e metas do desenvolvimento do Milênio e o alcance de algumas metas no município de Castanhal, PA

Objetivo 1 - Erradicar a pobreza extrema e a fome.

Meta 1 - Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população com renda inferior a 1 dólar *ppc* por dia.⁵

Meta 2 - Reduzir pela metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população que sofre fome.

Renda e distribuição de renda no município de Castanhal, PA

O município de Castanhal, no ano 2000, tinha 39,7% de sua população vivendo com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00, percentual que reduziu para 25,0% em 2010. Mesmo apresentando uma redução de 36,9% no período, o município ainda possui cerca de 42.889 pessoas vivendo nessa condição de pobreza.

A participação dos 20% mais pobres da população na renda, isto é, o percentual da riqueza produzida no município com que ficam os 20% mais pobres, passou de 3,5% em 1991 para 3,4%, em 2010, aumentando os níveis de desigualdade.

Em 2010, analisando o oposto, a participação dos 20% mais ricos era de 59,0%, ou 17,3 vezes superior a dos 20% mais pobres.

Objetivo 2 - Atingir o ensino básico universal

Meta 3 - Garantir que, até 2015, as crianças de todos os países, de ambos os sexos, terminem um ciclo completo de estudo.

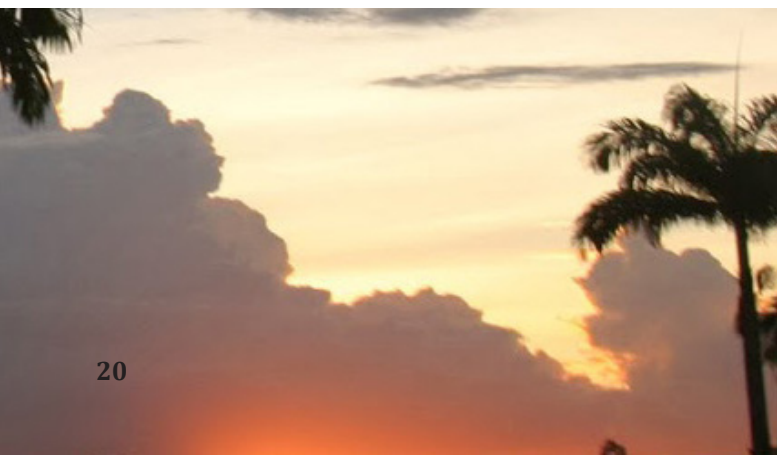
Frequência escolar no município de Castanhal, PA

No município, em 1991, 24,5% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. Considerada a faixa etária de 6 a 14 anos para o ensino fundamental, em 2010, verificou-se que 18,0% dessas crianças não estavam na escola. Nas últimas décadas, a frequência de jovens de 15 a 17 anos no ensino médio melhorou. Mesmo assim, em 2010, 62,6% estavam fora da escola.

Conclusão Escolar

Apesar do município ainda precisar avançar em relação à frequência escolar, o maior desafio está na conclusão do ensino fundamental. A taxa de conclusão entre jovens de 15 a 17 anos era de 10,6% em 1991. Em 2010, este percentual passou para 44,3%. Quando analisado o ensino médio, os percentuais de conclusão caem significativamente. Em 1991, dos jovens de 18 a 24 anos, apenas 10,4% acabavam o ensino médio. Em 2010, esse valor aumentou para 38,0%. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 98,1%.

⁵ "A paridade do poder de compra (PPC) - em inglês purchasing power parity (PPP) - é um método alternativo à taxa de câmbio. Útil para comparações internacionais, mede quanto uma determinada moeda poderia comprar se não fosse influenciada pelas razões de mercado ou de política econômica que determinam a taxa de câmbio. Leva em conta, por exemplo, diferenças de rendimentos e de custo de vida. É necessária para comparações de produtos internos brutos (PIB). Com relação a 146 países abrangidos no cálculo em dólares PPC feito pelo Banco Mundial com dados de 2005, apenas 19 (todos eles entre os mais desenvolvidos) apresentam taxa inferior à verificada nas transações comerciais. Os Estados Unidos, país padrão do dólar, tem PPC = 1. Todos os demais apresentam ganho no PIB em dólar PPC". Nota Técnica por Jorge Luiz de Souza, IPEA, Ano 5, Edição 40, 2008.



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 se avança nos níveis de ensino.

Em 2013, entre alunos do ensino fundamental, 26,1% estavam com idade superior à recomendada nos anos iniciais e 36,5% nos anos finais. A defasagem chegava a 54,4% entre os que alcançaram o ensino médio.

Índice de desenvolvimento da educação básica (Ideb)

O Ideb é um índice que combina o rendimento escolar às notas do exame Prova Brasil, aplicado no último ano das séries iniciais e finais do ensino fundamental, podendo variar de 0 a 10⁶.

O município de Castanhal, no ano de 2013, ficou na 4.222^a posição entre os 5.565 municípios do Brasil, quando avaliados os alunos dos anos iniciais, e na 4.199^a, no caso dos alunos dos anos finais. Quando analisada a sua posição entre os 144 municípios do estado, Castanhal está na 44^a posição nos anos iniciais e na 73^a nos anos finais.

O Ideb nacional, em 2013, 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.

Ano	2005	2007	2009	2011	2013
Séries iniciais	3	3,3	3,7	3,9	3,9

Tabela 5: Resultado IDEB Castanhal (PA), séries iniciais
Fonte: INEP/IDEB

Ano	2005	2007	2009	2011	2013
Séries finais	3,1	3,1	3,3	-	3,3

Tabela 6: Resultado do IDEB Castanhal (PA), séries finais
Fonte: INEP/IDEB

Objetivo 4 - Reduzir a mortalidade infantil

Meta 5 - Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças até 5 anos.

Crianças desnutridas

Em 2013, o número de crianças menores de 2 anos pesadas pelo Programa Saúde da Família em Castanhal era de 86,4%; destas, 0,5% estavam desnutridas.

No município, em 2010, 35,6% 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.

Redução da mortalidade infantil

A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, em 1995, era de 39,9 óbitos a cada mil nascidos vivos; em 2012, esse percentual passou para 20,2 óbitos a cada mil nascidos vivos, representando redução de 49,4% da mortalidade. O número total de óbitos de crianças menores de 5 anos no município, de 1995 a 2012, foi 1.241.

A taxa de mortalidade de crianças menores de um ano para o município, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 17,1 óbitos a cada mil crianças menores de um ano.

Das crianças até 1 ano de idade, em 2010, 11,5 % não tinham registro de nascimento em cartório. Esse percentual cai para 2,0% entre as crianças até 10 anos.

A imunização é considerada uma das ações que contribuem para a redução da mortalidade infantil. Em 2013, 97,7% das crianças menores de 1 ano estavam com a carteira de vacinação em dia.



⁶ 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.

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

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 proteção integral. (BRASIL, 1990)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

No Brasil, a gestão social, orientada pela Constituição Federal de 1988 conjuntamente com o Estatuto da Criança e do Adolescente, 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) sustenta-se em princípios como a descentralização, a participação social, 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.

Nesse sentido, o que significa garantir direitos? Como garantir os direitos das crianças e dos adolescentes? Para Cabral *et alii* (1999 apud, Aquino, 1999) 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, por intermédio da melhoria da qualidade de vida, do exercício dos direitos da população e do compartilhamento da riqueza material e imaterial disponível em um grupo social e em determinado momento histórico.

Transportando para a gestão das políticas públicas para a infância e juventude, Costa, 2005, *apud* Lavoratti, analisa que: “o princípio que preside o conceito de Política de Atendimento no artigo 88 do ECA é o princípio da rede e não o da pirâmide. Rede é um “conjunto articulado de ações”. Não se trata, portanto, de um conjunto verticalizado de ações”. (LAVORATTI, 2013, p.131)

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 dos Direitos da Criança e do Adolescente no município de Castanhal.

Analisando o sistema a partir do SUAS, 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, entre outros. Será o equilíbrio desses componentes no cotidiano das pessoas que irá formar o grande mosaico da proteção aos direitos humanos.

A integralidade é um dos princípios de duas políticas nacionais de proteção social, incluindo a assistência social e a saúde, que compõem a seguridade social, conforme determinação constitucional.

A integralidade impõe ação, na totalidade, sobre os determinantes básicos da proteção social propiciando a universalidade dos direitos sociais para além das ações filantrópicas e benemerentes.

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

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

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

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

Nesse sentido, a noção de território, segundo Gondim

et alli (2008), é decorrente da vida em sociedade e citando Souza (1987) refere que os territórios são, no fundo, antes relações sociais projetadas no espaço do que espaços concretos.

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

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

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

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 prática médica. Nesse sentido, os profissionais de saúde, ao não incorporarem ações de promoção e prevenção articuladas às ações curativas e reabilitadoras, são questionados por não atingirem a pessoa em sua integralidade.

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

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

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

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

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

A integralidade nos cuidados à criança e ao adolescente apresenta-se, acima de tudo, como uma contraposição ao reducionismo tecnicista na atenção aos direitos da criança e do adolescente. Cada um deles deve ser visto como um todo indivisível e vinculado ao seu ambiente social e cultural.

E 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 À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL

4.1 OS CONSELHOS DE DIREITOS – CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES - CMDCA

O art. 1º da Constituição da República de 1988 preconiza:

“Todo poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente nos termos desta Constituição.” (CF, 1988)

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

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

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

Eles são também chamados de conselhos de políticas públicas ou conselhos gestores de políticas setoriais; são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, incumbidos de modo geral, da formulação, supervisão e avaliação das políticas públicas no âmbito federal, estadual e municipal.

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

Os conselhos de direitos também são espaços públicos de composição plural e paritária entre o Estado e a sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Os conselhos são o principal canal de participação 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 representantes de entidades não governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS.

Como tal, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente é um órgão deliberativo e controlador das ações em todos os níveis, assegurada por lei a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais. O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), por exemplo, 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, mediante eleição, por organizações não governamentais com trabalhos voltados para crianças e adolescentes.

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

Os representantes dos setores responsáveis pelas políticas sociais básicas, direitos humanos e da área de finanças e planejamento são alguns dos setores da municipalidade que devem ter assento no conselho municipal 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 Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente não tem tempo determinado, estando condicionado à manifestação expressa por ato designatório do prefeito municipal. Igualmente, o afastamento dos representantes do governo municipal junto aos Conselhos dos Direitos da Criança do Adolescente deverá ser previamente comunicado e justificado, evitando prejudicar as atividades do conselho.

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

Art. 88. São diretrizes da política de atendimento:

I - ...

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

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

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

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Castanhal

Os dados referentes ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) foram informados por apenas um conselheiro, proveniente da sociedade civil.

O CMDCA funciona na Casa dos Conselhos em Castanhal, que se localiza na rua Antônio Porpino. O

conselheiro não soube informar o número do imóvel.

O conselheiro, que iniciou seu mandato no mês de março de 2013, esclareceu não poder prestar algumas das informações solicitadas, em razão de ter pouco tempo na função de conselheiro.

O Conselho, criado pela Lei Municipal nº003/92, está funcionando sem nenhuma descontinuidade desde a sua criação.

Composição e eleição 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.

A presidência e a vice-presidência do Conselho se alternam em mandatos diferenciados, entre representantes governamentais e sociedade civil. A dedicação de horas prestadas ao Conselho é de no máximo 5 horas por mês.

Estão presentes no Conselho representantes do setor governamental da área de educação, de assistência social, de saúde, da área jurídica/direitos humanos, do Poder Legislativo e do gabinete do prefeito. Representando a sociedade civil temos um representante de associação de moradores e cinco que representam organização não governamental e movimento ou entidade social.

O processo de escolha do Conselho foi realizado mediante edital, para que as organizações da sociedade civil se inscrevessem. As organizações inscritas é que elegiam internamente os representantes. No entanto, alguns critérios foram estabelecidos para que os candidatos fossem elegíveis internamente: ser organização da sociedade civil que atua de forma expressiva na defesa dos direitos ou no atendimento direto de crianças e adolescentes e ter representante com tempo e disponibilidade pessoal para participar do Conselho.

É necessário mencionar que o processo de escolha dos representantes da sociedade civil, da atual gestão, foi feito pelo próprio CMDCA, seguindo as determinações estabelecidas pela lei municipal de criação do Conselho, onde se buscou a alternância total das organizações da sociedade civil representadas na gestão anterior. O conselheiro não lembra se o Ministério Público acompanhou o processo de escolha, mas acredita que sim, pois este acompanhamento está previsto na lei de criação do Conselho. A duração do mandato dos conselheiros é de três anos.

Processo de educação permanente

Ao assumir o cargo de conselheiro, nenhum dos eleitos da atual gestão recebeu capacitação inicial. A primeira capacitação só ocorreu no dia 23/10/2013, no momento em que estava sendo realizada a coleta de dados para a revista. A carga horária prevista era de 16 horas, promovida pelo CEDCA, abordando o tema do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente.

É importante que se mencione que o CMDCA dispõe de verba de diária e transporte para os conselheiros que queiram participar de cursos de capacitação fora de seu município.

Perfil dos conselheiros

Dentre os conselheiros eleitos, existem dois com pós-graduação completa, cinco de nível superior completo, um com nível superior incompleto e quatro com o nível de escolaridade do ensino médio completo.

A maioria deles se encontra na faixa etária entre 30 e 40 anos (nove conselheiros) e apenas três estão com idade entre 21 e 29 anos.

Dos conselheiros atuais, sete são do gênero feminino e cinco são do gênero masculino.

Estrutura organizacional

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

Quanto aos equipamentos e materiais para o trabalho, o Conselho dispõe, de forma própria ou permanente, de mesas, cadeiras, estantes, arquivos, material de consumo (papel, envelope, pastas, cartucho etc.), computador, impressora, telefone fixo, telefone celular, acesso à internet por banda larga, acesso a serviços de manutenção e reparos dos equipamentos, textos legais (como ECA, resoluções do Conanda etc.) livros pareceres etc.

A equipe de trabalho de apoio administrativo é disponibilizada de forma não exclusiva para o CMDCA. 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 o requisitado.

Desempenho das atribuições

As atribuições, como estrutura funcional, criação de comissões e grupos de trabalho, forma de convocação das reuniões, forma de inclusão das matérias em pauta de discussão e deliberação, forma como serão as deliberações e votações das matérias discutidas, forma de deflagração e condução do processo administrativo com vista à exclusão de membro do Conselho, quórum mínimo necessário à instalação de reuniões, assembleias, dentre outros, estão textualmente mencionadas no Regimento Interno do CMDCA.

Já a lei de criação do CMDCA prevê a sua influência na produção de leis e demais atos normativos do município; na formulação de política de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente; no processo de financiamento das políticas de atendimento aos direitos da criança e do adolescente e na gestão de recursos, além da coordenação e execução do processo de escolha dos Conselhos Tutelares, registros de programas e projetos de atendimento às crianças e adolescentes, monitoramento, fiscalização e avaliação da implementação da política e da defesa jurídico-social.

Além dessas atribuições, está estipulado que as reuniões ordinárias do CMDCA deverão ocorrer mensalmente. No que diz respeito ao planejamento, o CMDCA não tem plano de ação formal elaborado, apesar de já ter participado, por duas vezes, do planejamento de medidas socioeducativas em Belém.

Quanto à atualização dos dados cadastrais dos conselheiros tutelares de Castanhal, também não há preocupação nem iniciativa, por parte do CMDCA, em atualizar o cadastro. Fica a critério dos conselheiros tutelares manter informados os dados como endereço, telefone,

composição, dentre outros, do Conselho Tutelar.

A atuação do CMDCA, no que se refere ao registro de programas e/ou entidades governamentais ou não, é regulada por meio de editais e resoluções do CMDCA sobre a matéria.

Articulação e mobilização

O CMDCA organiza, no âmbito do município, o Fórum dos Direitos da Criança e Adolescente, a Conferência Municipal da Criança e Adolescente além de participar dos fóruns: das crianças e adolescentes em situação de rua, de combate à violência e ao abuso sexual, de combate ao trabalho infantil, do enfrentamento do uso/abuso de álcool e drogas.

O CMDCA estabelece com frequência contatos com os conselhos municipais da área de saúde, de educação, de assistência social, com o Fórum Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente, além das organizações da sociedade civil, com vistas a implementar o eixo do sistema de garantias de direito. Destaca-se o contato constante com o conselho Tutelar.

Gestão do Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente

O Fundo foi criado no ano de 1992, mas o conselheiro não soube informar se ele foi instituído por decreto. De acordo com as informações prestadas, o Fundo começou a ser recebido no ano de 2011, mas também não soube informar sobre valores recebidos, sobre as fontes dos recursos ou quais os doadores e destinatários; mas informa que foram emitidos recibos.

Deve-se destacar, no entanto, que o CMDCA não enviou à Receita Federal a Declaração de Benefícios Fiscais (BDF) informando a relação de pessoas físicas e/ou jurídicas que efetuaram destinações ao fundo.

O plano de aplicação de recursos do Fundo foi redistribuído para as entidades cadastradas e que tinham projetos dentro dos critérios estabelecidos pelo CMDCA. O excedente foi aplicado na confecção de cartilhas e material de divulgação do Conselho.

O controle e fiscalização da aplicação dos recursos repassados pelo CMDCA é realizado mediante a exibição das notas fiscais e da visita do Conselho às entidades contempladas.

Já os resultados dos programas e projetos que receberam recursos do Fundo são avaliados por intermédio dos relatórios das atividades apresentados ao CMDCA, por meio das próprias visitas feitas pelo Conselho às entidades beneficiadas ou, ainda, mediante contatos com os beneficiários dos programas ou projetos.

Para finalizar, o CMDCA divulga, por publicações e campanhas de sensibilização, a captação de recursos do fundo, sempre que há necessidade. Portanto, não há uma periodicidade fixa estabelecida para a captação.

4.2 CONSELHO TUTELAR

O Conselho Tutelar é um órgão permanente, isto é, ele deve desenvolver ações contínua e ininterruptamente. As reuniões de seus membros podem ser esporádicas, obedecendo a um calendário estabelecido. A sua atuação,

porém, não deve cessar em momento algum, nem sob qualquer pretexto. Os 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.

Ele é autônomo, isto é, em matéria técnica de sua competência, o Conselho Tutelar delibera (toma decisões) e age (toma medidas) sem qualquer interferência externa. Sua autonomia, porém, é funcional, uma vez que, subordina-se administrativamente ao Poder Executivo Municipal. Da mesma forma, ele é não jurisdicional, ou seja, não pode exercer o papel do Judiciário, não lhe cabendo 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 das crianças e dos adolescentes definidos em lei.

Atribuições do Conselho Tutelar

Destacam-se entre as atribuições dos Conselhos Tutelares:

1) 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; abrigar em algum lugar seguro, mediante o devido procedimento legal;

2) 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;

3) 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;

4) Em relação ao Poder Judiciário: providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária para o adolescente autor de infração e em situação de risco; encaminhar à Justiça os casos que se enquadrem na esfera de sua competência.

São também atribuições do Conselho Tutelar, previstas nos artigos 95 e 136 da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, (BRASIL, 1990):

1) Atender crianças e adolescentes que tiverem seus direitos ameaçados ou violados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável, ou em razão da própria conduta da criança (Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8.069, de 1990, artigos 98 e 105) e aplicar medidas de proteção que forem cabíveis (as medidas são as previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente, artigos 101, incisos I a VII, e 136, inciso I, c/c artigo 98 e 105); atender e aconselhar os pais ou responsável e aplicar as medidas pertinentes, previstas no ECA (artigos 129, incisos I a VII, 136, inciso II);

2) 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, artigo 136, inciso III, alínea a);

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

4) 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, artigo 136, inciso IV);

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

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

7) Requisitar certidões de nascimento e de óbito de crianças e adolescentes, quando necessário (Lei 8.069, de 1990, artigos 136, inciso VIII, e 102);

8) 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 artigo 4º, parágrafo único, alíneas c e d, do mesmo diploma, c/c artigo 227, *caput*, da Constituição Federal, deve dar um enfoque prioritário, em regime de prioridade absoluta, à criança e ao adolescente (Lei 8.069, de 1990, artigo 136, inciso IX; Conanda: Parâmetros de Funcionamento dos Conselhos Tutelares, 2001);

9) 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 artigo 147, § 3º, do Estatuto (Constituição Federal, artigo 220, § 3º, inciso II; Lei 8.069, de 1990, artigo 136, inciso X);

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

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

12) 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, repetição de faltas injustificadas e de evasão escolar, e os elevados níveis de repetência (Lei 8.069, de 1990, artigos 54, § 3º, 56 e 245);

13) Solicitar ao responsável pela gestão e 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);

14) 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 (Resolução Conanda nº 75 - Parâmetros de Funcionamento dos Conselhos Tutelares, 2001; BRASIL, 2001);

15) 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, artigo 134, parágrafo único; (Resolução Conanda nº 75 - Parâmetros de Funcionamento dos Conselhos Tutelares, 2001; BRASIL, 1990, 2001);

16) Reunir-se com sua composição de cinco membros, o Conselho Tutelar para deliberar sobre as questões de sua competência e adotar os procedimentos legais cabíveis, e, se for o caso, aplicar as medidas de proteção previstas na legislação, vedadas deliberações com número superior ou inferior, sob pena de nulidade dos atos praticados (Resolução Conanda nº 75, de 2001, artigos 7º e 8º; BRASIL, 2001);

17) 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 nº 75, de 2001, artigo 8º, § 2º; BRASIL, 2001);

18) No caso da inexistência de suplentes, do Conselho Tutelar, em qualquer tempo, estabelecer contato com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente a fim de ser realizado o processo de escolha suplementar para o preenchimento das vagas. (Resolução Conanda nº 75, de 2001, artigo 8º, § 3º; BRASIL, 2001). O Conselho Tutelar é um órgão autônomo e não jurisdicional. Ser autônomo significa dizer que ele está apto a cumprir com independência as suas funções, sempre com vistas aos princípios norteadores do Estatuto da Criança e do Adolescente. Ser permanente significa ser contínuo, duradouro e ininterrupto. Sendo não accidental, temporário ou eventual, ao contrário, essencial e indispensável ao organismo social.

Quanto a ser um órgão não jurisdicional, não cabe ao Conselho Tutelar a função de aplicar sanção punitiva.

Ele irá proteger e se encarregar de encaminhar crianças e adolescentes que não estejam sendo atendidos em seus direitos fundamentais a programas comunitários que supram as falhas do atendimento desses direitos.

O Conselho Tutelar de Castanhal

O Conselho Tutelar de Castanhal está localizado na Alameda Rita de Cássia, nº 17, no bairro Centro. Possui telefone fixo, (91) 3721-7258, e celular (plantão), com o nº (91) 98895-3439. O endereço eletrônico é: conselhotutelarcastanhal@gmail.com.

Estrutura Física

A sede do Conselho Tutelar funciona em prédio alugado pela prefeitura do município. O imóvel disponibilizado possui sala de recepção, sala para reuniões, três salas para atendimento com privacidade, dois banheiros e uma cozinha espaçosa.

Equipamentos e materiais

O Conselho possui um carro de marca Fiat, modelo Uno, em mau estado de conservação. O município se inscreveu junto à Secretaria de Direitos Humanos para receber o Kit-Conselho, que contém carro, impressora, computadores, etc. O Conselho dispõe, ainda, de quatro computadores, uma impressora, dois telefones (um convencional e outro móvel).

Quanto aos materiais de trabalho, a conselheira entrevistada afirma que o abastecimento, por intermédio da Secretaria de Assistência Social do município, é feito com regularidade e não falta material de expediente nem material de limpeza. A Secretaria também abastece o CT com leite, café, açúcar, biscoito, etc.

Equipe de Trabalho

O Conselho de Castanhal é constituído por cinco conselheiros.

Conta ainda com uma recepcionista, uma auxiliar administrativa, três motoristas, um auxiliar de serviços gerais e cinco vigias. Merece destaque que os servidores, excetuando-se os conselheiros, estão cedidos para o Conselho desde o ano de 2014.

Processo de Educação Permanente

A conselheira entrevistada refere que já participou de três capacitações, todas realizadas nesta gestão. As temáticas das capacitações versaram sobre tráfico de crianças e adolescentes, acolhimento, exploração sexual e como encaminhar os casos. Ela avaliou que as capacitações foram excelentes e que conseguiu aprender muito sobre os temas abordados; ela referiu ainda que as entidades patrocinadoras foram: UFPA, Escola de Conselhos e Ministério Público do Estado.

Há um apontamento de que a temática de uma futura capacitação deveria ser sobre estupro de vulnerável. Diz sentir-se assenhorada das atribuições de um conselheiro tutelar e que não há, por enquanto, necessidade de se voltar a este tema em uma capacitação.

Sobre o serviço desenvolvido

A conselheira entrevistada afirmou que é uma sistemática do Conselho registrar os atendimentos feitos e que esses formulários de atendimento ficam à disposição dos demais conselheiros, apesar de serem mantidos em um armário com pastas.

Além dos arquivos físicos, também há arquivos virtuais, onde os atendimentos ficam disponíveis para os demais conselheiros. Só são direcionados para arquivo permanente os atendimentos com mais de 12 anos de conclusão.

O controle das atividades e dos encaminhamentos do Conselho Tutelar é feito, via de regra, pelo Conselho de Direitos. Porém, como esse controle não está sendo exercido efetivamente, são os conselheiros tutelares que fazem o monitoramento. Segundo a entrevistada, no caso de haver algum descumprimento de atribuição ou de encaminhamentos, o Ministério Público é acionado e ele é que procede aos encaminhamentos legais de responsabilização⁷. (SIC)

Uma das maiores dificuldades encontradas com o descumprimento dos encaminhamentos do Conselho Tutelar diz respeito às solicitações feitas diretamente ao CRAS PROPRA. Os encaminhamentos na rede de atendimento são lentos e ficam a desejar. No que se refere à aplicação de medidas protetivas, quando cabíveis, o Conselho Tutelar só as recomenda de forma colegiada.

4.3 ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

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, no qual 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, em vigência (Lei 12.435, de 2011), (BRASIL, 2011).

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.

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

A Política Nacional 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*.

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, 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 PETI para combate à exploração sexual infantojuvenil.

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 dos 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 que promovam os beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a transferência de renda e que vigiem direitos violados em seu território.

O cumprimento desses pressupostos exige, entre outros requisitos, que o gestor estruture o Centro 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.

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. Nesse 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 Centros de Referência Especializados

⁷ Esclarecimento do editor: os descumprimentos de ordem do Conselho, na forma do art. 136, III, b, do ECA devem ser comunicados ao Poder Judiciário.

de Assistência Social (CREAS) voltados às situações de abuso e exploração sexual de 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.

CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL		
PORTE DO MUNICÍPIO	Nº DE HABITANTES	Nº DE CRAS POR FAMÍLIAS REFERENCIADAS
Pequeno Porte I	Município de até 20.000 habitantes/de 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 5000 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

Quadro 1 - Quantidade de famílias referenciadas por porte do município
Fonte: NOB/RH/SUAS

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.

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. (NOB-SUAS, 2005)

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.

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

Os serviços da PSB compreendem: o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF); o 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, a socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e as ações de informação e de formação para o trabalho, voltados para jovens (Projovem público de adolescentes) e adultos.

4.3.1 CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)

Segundo definição do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), embasada na PNAS, o 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 aos indivíduos e à articulação destes serviços no seu território de abrangência, com atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social.

Segundo a PNAS, a escolha territorial para instalação do serviço de assistência social deve ser baseada na identificação das famílias e territórios em situação de vulnerabilidade. 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.

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

Para Teixeira (2011), equipe de referência significa a construção de referências de proteção social para as famílias e indivíduos, que têm nas equipes a certeza de 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.

Para a aludida autora, a natureza da referência construída pelas equipes do SUAS 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 da especial. Ela aduz, ainda, que os encaminhamentos não devem funcionar na lógica da formalidade de uma equipe para outra, como se a somatória de intervenções isoladas levasse, automaticamente, ao atendimento das necessidades sociais das famílias e indivíduos.

A *Proteção Social Especial* (PSE) destina-se a proteger as famílias e os indivíduos cujos direitos tenham sido violados ou os respectivos laços familiares e comunitários tenham sido interrompidos.

A *Proteção Social Especial* tem caráter reparador de danos e reabilitador de possibilidades para a reinserção social. Os indivíduos exigem atenção mais personalizada e processos protetivos de longa duração. Aqueles 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*.

A *Proteção Social Especial* divide-se em *Média e Alta Complexidade*. São serviços que oferecem atendimento e acompanhamento às famílias e aos indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Exemplos deles são o *Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos* (PAEFI), a abordagem de rua, o serviço de habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência, os programas de medidas socioeducativas em meio aberto: liberdade assistida (LA) e prestação de serviços à comunidade (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 à proteção imediata a crianças e adolescentes vítimas de abuso ou exploração sexual, bem como a seus familiares.

4.3.2 O CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS)

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

A *Proteção Social Especial de Alta Complexidade* (PSE) 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 ser retirados de seu núcleo familiar e comunitário. Os serviços de Alta Complexidade são: acolhimento familiar com o *Programa Família Acolhedora*; acolhimento institucional (abrigos e casa-lar); repúblicas e albergues; abrigos para mulheres vítimas de violência doméstica e serviços de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

Para garantia dos direitos de crianças e adolescentes os equipamentos e a organização da assistência social devem observar os seguintes itens:

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

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

3. Aplicação correta pela entidade dos recursos repassados pelos poderes públicos; (Lei 8.742, de 1993 - LOAS, artigo 36; NOB/SUAS, item 4.3);

4. Observância pela entidade ou organização dos princípios previstos no artigo 4º da LOAS. (Lei 8.742, de 1993 - LOAS, art. 36; NOB/SUAS, item 4.3), a saber:

a) supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;

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

c) 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;

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

e) divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão".

Quanto aos CRAS e aos CREAS, deve-se observar:

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

2. 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]);

3. 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]).

4. 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);

5. 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, dos seguintes profissionais: (NOB-RH/SUAS, item IV)

PEQUENO PORTE I (ATÉ 2.500 FAMÍLIAS REFERENCIADAS)	PEQUENO PORTE II (ATÉ 3.500 FAMÍLIAS REFERENCIADAS)	MÉDIO PORTE, GRANDE PORTE, METRÓPOLE E DF
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.

Quadro 2 - Equipe de referência do CRAS⁸
Fonte: NOB/RH/SUAS

6. 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);

7. 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, dos seguintes profissionais: (NOB-RH/SUAS, item IV)

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

Quadro 3 - Equipe de referência do CREAS
Fonte: NOB/RH/SUAS

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

Atendimento em pequenos grupos (espaço de acolhimento institucional e casa-lar) - equipe de referência para atendimento direto:

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

⁸ 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.

2. 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);

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;

3. 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).

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.

Quando a equipe de referência para atendimento psicossocial for vinculada ao órgão gestor:

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

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

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

No que se refere às entidades que executam programas de proteção e de medidas socioeducativas destinados a crianças e adolescentes (Lei nº 8.069, de 1990, artigo 95 c/c artigos 90 e 191), é importante verificar:

1. 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, artigos 91 e 261; Resolução Conanda nº 74, de 2001, artigo 3º, inciso III; Resolução Conanda nº 71, de 2001, artigos 4º e 5º);

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

3. 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, artigos 90, parágrafo único, e 261);

4. 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, artigo 3º, inciso II);

5. Verificar se as entidades de acolhimento institucional 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 acolhidos; 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, artigo 3º, inciso II);

6. Verificar também se as entidades que desenvolvem programas de internação (e no que couber, às entidades que mantêm programa de acolhimento institucional) cumprem, entre outras, as seguintes obrigações estabelecidas no art. 94 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 1990, artigo 94, *caput* e § 1º):

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

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

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

d) preservação da identidade e oferecimento de ambiente de respeito e de dignidade ao adolescente;

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

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

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

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

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

j) propiciam escolarização e profissionalização;

k) propiciam atividades culturais, esportivas e de lazer;

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

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

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

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

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

q) fornecem comprovante de depósito dos pertences dos adolescentes;

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

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

t) mantém 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;

7. Verificar, ainda, se a entidade observa as proibições previstas no artigo 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, artigo 3º, inciso VIII):

a) noturno, realizado entre as vinte e duas horas de um dia e as cinco horas do dia seguinte;

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

c) realizado em horários e locais que não permitam a frequência à escola.

8. 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, artigo 3º, inciso VII);

9. Se é observada a adequação da capacitação profissional ao mercado de trabalho, com base na apuração feita pela entidade, (Resolução Conanda nº 74, de 2001, artigo 3º, inciso IV);

10. Se é observado o respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento do adolescente, (Resolução Conanda nº 74, de 2001, artigo 3º, inciso V);

11. Se é observado o cumprimento da obrigatoriedade de os adolescentes já terem concluído ou estarem cursando

o ensino obrigatório e a compatibilidade da jornada da aprendizagem com a da escola, (Resolução Conanda nº 74/2001, artigo 3º, inciso VI).

4.4 ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CASTANHAL

Os equipamentos da assistência social no município de Castanhal ficam basicamente centralizados na zona urbana, conforme se pode visualizar pela Figura 2, abaixo. Ressalte-se que o município não dispõe de Equipe Volante para realizar a cobertura das áreas rurais, o que impõe ao usuário o deslocamento até o território do CRAS⁹, muito embora, em algumas localidades como a de Iracema, há o que a Secretaria Municipal de Assistência Social denomina Unidade Móvel.

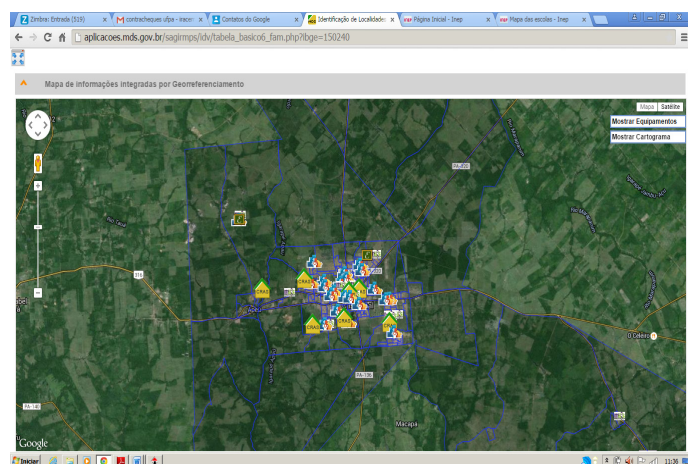


Figura 2 - Área de cobertura dos equipamentos da assistência social no município de Castanhal (PA)

Fonte: MDS/SAGI/IDV

4.4.1 CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS MÁRIO BARBOSA

O CRAS Mário Barbosa fica situado no município de Castanhal, no bairro de Apeú. Possui telefone de nº (91) 3725-1166 e endereço eletrônico cras.apEU@castanhal.pa.gov.br.

9 Equipe volante, de acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social, consiste em uma equipe adicional que integra um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em funcionamento, com objetivo de prestar serviços no território de abrangência do referido CRAS, para famílias referenciadas a este CRAS. Essas famílias vivem em locais de difícil acesso, distantes desta unidade física, ou estão dispersas no território. A Equipe volante é responsável por realizar a busca ativa dessas famílias, desenvolver o Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e demais serviços de proteção básica, que poderão ser adaptados às condições locais específicas, desde que respeitem seus objetivos. A Equipe volante é ainda responsável por incluir as famílias no Cadastro Único, realizar encaminhamentos necessários para acesso à renda, para serviços da proteção especial e para serviços de outros setores, sempre que couber. Conforme a tipificação de serviços socioassistenciais, o atendimento às famílias residentes em territórios de baixa densidade demográfica, com espalhamento ou dispersão populacional (áreas rurais, comunidades indígenas, quilombolas, calhas de rios, assentamentos, entre outros), no âmbito do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, pode ser realizado por meio de equipes volantes. A Equipe volante, independentemente do porte do município, deverá ser composta por dois técnicos de nível superior (sendo um assistente social e um preferencialmente psicólogo) e dois técnicos de nível médio. Essa composição observa o disposto na NO-BRH/SUAS (2006) e Resolução CNAS nº 17, de 20 de junho de 2011, e leva em consideração que a função essencial da equipe volante é o deslocamento no território para oferta de proteção social básica e que os serviços devem ser desenvolvidos com qualidade. Para saber mais vide <http://www.mds.gov.br/faledms/perguntas-frequentes/assistencia-social/psb-protecao-especial-basica/cras-centro-de-referencias-de-assistencia-social/cras-equipe-volante>.

O CRAS funciona de segunda a sexta-feira, no horário das 8h00min às 17h00min e é considerado como CRAS urbano e rural.

Estrutura física

O CRAS possui placa de identificação de acordo com as normas do MDS e sua área de abrangência engloba os bairros de Apeú, Itaqui, Corrente, Titanlândia, Pacupará e Betânia. O imóvel que abriga as atividades do centro é de propriedade da prefeitura do município e de uso exclusivo do serviço.

A edificação contempla espaço próprio para recepção; sala de técnicos, onde também são feitos os atendimentos individualizados; sala de atividades coletivas e comunitárias; sala para atividade administrativa. Todos os espaços do prédio possuem boa luminosidade, ventilação, e o prédio se encontrava em bom estado de limpeza e conservação. Há, ainda, sanitários masculino e feminino, uma copa-cozinha e um almoxarifado. É importante destacar que o prédio não possui rampas em conformidade com os padrões exigidos pela legislação vigente, de modo a facilitar o acesso de pessoas com deficiência, crianças, idosos ou gestantes.



Fotografia 1 - CRAS Prof. Mario Barbosa, Apeú, Castanhal (PA), placa MDS.

Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

Equipamentos e materiais

O centro dispõe de vários recursos, como uma linha telefônica, dois computadores e dois notebooks, duas impressoras, um televisor, um aparelho de áudio, um microfone, um aparelho de vídeo e um datashow. Deve-se registrar, também, que a equipe do centro possui, disponibilizado para o seu transporte, um veículo cedido pela Secretaria de Assistência Social do município duas vezes na semana.

O serviço também dispõe 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.

Equipe de trabalho

A equipe do CRAS está constituída da seguinte maneira: duas assistentes sociais que cumprem 30 horas de trabalho semanais e são concursadas; 3 psicólogas, incluindo a gerente do centro, que cumprem horário também de 30 horas semanais, sendo que somente uma psicóloga é concursada. A gerente do serviço e outra psicóloga são contratadas da prefeitura. Há ainda, 4 estagiários de nível

médio, cumprindo 4 horas diárias de trabalho, distribuídas pelos turnos da manhã e da tarde. Completam a equipe, cumprindo quarenta horas de serviço semanais, 2 auxiliares de cozinha (concursadas), 1 auxiliar de serviços gerais (contratado), 2 auxiliares administrativos (concursados) e 4 educadores sociais (contratados).

Processo de educação permanente aos funcionários

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

Caracterização dos serviços

O CRAS presta serviços continuados de proteção social básica de assistência social a famílias em situação de vulnerabilidade social, por meio do PAIF. Suas atividades básicas são: acolhimento, acompanhamento em serviços socioeducativos e de convivência ou por ações socioassistenciais, encaminhamento para a rede de proteção social existente no lugar onde vivem e para os demais serviços das outras políticas sociais, orientação e apoio na garantia dos seus direitos de cidadania e de convivência familiar e comunitária. Não foi possível saber o quantitativo de atendimentos realizados pelo serviço.

4.4.2 CRAS CARIRI - EDIANA DOS SANTOS MORAES

O CRAS Cariri, também denominado CRAS Ediana dos Santos Moraes, fica localizado a Rua Cosme e Damião, nº 632, (esquina da Travessa Adailson Rodrigues), no bairro Cariri, município de Castanhal. CEP: 68740-000. O telefone é (91) 3721-2794 e o endereço eletrônico cras.cariri@castanhal.pa.gov.br.

É um CRAS urbano, fica localizado em imóvel alugado e tem capacidade de atendimento para 1.000 a 5.000 famílias. O CRAS Cariri iniciou seu funcionamento em março de 2007 e sua área de atuação abrange os seguintes bairros: Pirapora, Santa Lúcia (Milagre) e Cariri, além das Agrovilas de Macapazinho e de Nova Salem.

Condições e formas de acesso ao CRAS

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

Ambiente físico

O local destinado ao funcionamento do CRAS é uma casa reformada para o serviço. Há salas para atendimento individualizado, em condições de privacidade e sigilo. As informações sobre serviços ofertados, situações atendidas pelo CRAS e horário de funcionamento da unidade estão disponíveis em local visível a quem chega, logo na entrada do prédio.

O espaço destinado à recepção e às atividades administrativas, as instalações sanitárias, assim como a sala de atividades coletivas e comunitárias, estão em boas condições de uso, sob a visão de um leigo. O local foi reformado há menos de um mês para atender às necessidades do CRAS.

Recursos materiais e socioeducativos

O CRAS possui o seguinte mobiliário: três computadores (apenas um em funcionamento e sem acesso à internet) e uma linha telefônica (com funcionamento precário). O CRAS possui, ainda, televisores, vídeo e impressoras.

O transporte utilizado pela equipe e pelos usuários é contínuo, mediante uma agenda única para todos os CRAS.

O CRAS Cariri possui banco de dados de usuários de benefícios e serviços socioassistenciais, assim como acesso ao Cadastro Único dos Programas Sociais e ao Cadastro de Beneficiários do BPC. Possui, ainda, artigos pedagógicos, culturais e esportivos.

Gestão de pessoas

À época do Levantamento o serviço era coordenado por profissional com formação acadêmica em Serviço Social, que trabalhava em regime de dedicação exclusiva e era contratada. Trabalhavam no local 2 assistentes sociais, em regime de 30 horas de trabalho, sendo 1 efetivado por concurso público e 1 contratado; 2 psicólogos contratados, em regime de 30 horas; 1 pedagogo contratado na função de orientador social, em regime de 30 horas.

Como pessoal de nível médio, constam dois agentes administrativos, sendo um em regime de contrato e um efetivado por concurso público; um orientador social com formação em Pedagogia, destacado para o PROJovem; quatro facilitadores (não há informações sobre os respectivos regimes de trabalho) e dois educadores sociais, sendo um efetivo e um contratado.

Pessoal com escolaridade de nível fundamental constam três agentes de cozinha e um auxiliar de serviços gerais, todos efetivados por concurso público.

Há ainda dois estagiários do curso de Serviço Social.

Dificuldades encontradas

O espaço físico destinado ao CRAS é excelente. O prédio foi reformado para atender às exigências do MDS. O espaço estava limpo e arejado, e recém-pintado. Porém, como dificuldades pontua-se o fato não estar havendo atendimento no momento da entrevista, pois o prédio seria inaugurado no dia posterior à visita (dia 24/10/2013).

As dificuldades relatadas pela pessoa entrevistada foi quanto ao transporte público no local e horário de trabalho, que se estende até ao final da tarde, em uma região considerada de risco para roubos e assaltos.

4.4.3 CRAS SANTA HELENA

O CRAS Santa Helena fica localizado na Avenida Barão de Rio Branco, s/nº, esquina com a Rodovia Transcastanhal, no prédio da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), Bairro Nova Olinda, CEP 68740-000, email cras.santahelena@castanhal.pa.gov.br

O referido CRAS está funcionando temporariamente em imóvel da prefeitura (dentro do espaço físico da SEMAS), até o término da reforma no prédio do CRAS. É um CRAS urbano, com possibilidade de atendimento para até 5.000 famílias. Na área de abrangência deste CRAS estão contidos os bairros de Nova Olinda, Centro, Cristo Redentor, Isabel Flambourt, Fonte Boa, Jagatá e Tóquio.

Condições e formas de acesso ao CRAS

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

Ambiente físico

O local destinado ao funcionamento do CRAS, à época do Levantamento, era um ginásio de esportes. O ambiente físico era precário na sua totalidade, não havia acessibilidade para pessoas com deficiência, não existiam salas para atendimento individualizado, o que impossibilitava o atendimento em condições de privacidade e sigilo.

As informações sobre serviços ofertados, situações atendidas pelo CRAS e horário de funcionamento da unidade não estavam disponíveis em local visível a quem chegava. O espaço destinado à recepção, às atividades administrativas, as instalações sanitárias, assim como a sala de atividades coletivas e comunitárias eram precárias. O local era quente, sem ventilação e em péssimas condições de conservação.

Recursos materiais e socioeducativos

O transporte utilizado pela equipe e pelos usuários é contínuo, mediante uma agenda única para todos os CRAS.

O CRAS Santa Helena possui banco de dados de usuários de benefícios e serviços socioassistenciais, assim como acesso ao Cadastro Único dos Programas Sociais e ao Cadastro de Beneficiários do BPC. O referido CRAS não possui artigos pedagógicos, culturais e esportivos.

Gestão de pessoas

A coordenadora do referido CRAS, à época, possuía formação acadêmica em Serviço Social, trabalhava em regime de dedicação exclusiva e era contratada. Trabalhavam no local, concursados para o cargo, 2 assistentes sociais, em regime de 30 horas de trabalho; 2 psicólogos contratados, em regime de 30 horas e 1 pedagogo contratado, na função de orientador social em regime de 30 horas.

Como pessoal de nível médio, constava dois agentes administrativos, sendo um em regime de contrato e um efetivado por concurso público. Pessoal com escolaridade de nível fundamental, constava dois auxiliares de serviços gerais, sendo também um em regime de contrato e um efetivado por concurso público. Trabalhava também um zelador, efetivado por concurso público, em regime de 30 horas. Havia, ainda, dois estagiários do curso de Serviço Social.

Dificuldades encontradas

Como já foi referido acima, o CRAS Santa Helena estava localizado temporariamente em prédio da SEMAS (Secretaria de Assistência Social), enquanto o prédio alugado para a sua sede estava sendo reformado. Isso fez com que as condições de trabalho fossem precárias, pois o acesso à sala onde era realizado o atendimento era difícil, a escada era íngreme, sem corrimão e, quando ocorria de comparecer alguém com dificuldades físicas, os servidores precisavam descer até o térreo para atender ao usuário.

4.4.4 CRAS PANTANAL - ANTÔNIO ARISTÓTELES BEZERRA

O CRAS Pantanal, denominado CRAS Antônio Aristóteles Bezerra, fica localizado na Rua 9 de Novembro, s/nº, Bairro do Pantanal, CEP 68740-000, email cras.pantanal@castanhal.pa.gov.br.

É um Centro de Referência da Assistência Social urbano, tendo iniciado o seu funcionamento no ano de 2005. O imóvel é próprio e tem capacidade de atendimento para até 1.000 famílias, com meta anual para atender 5.000 famílias.



Fotografia 2 - CRAS Pantanal, Castanhal (PA), placa MDS.
Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

Área de abrangência, condições e formas de acesso ao CRAS

O CRAS Pantanal abrange os bairros: Saudade I, Saudade II, Pantanal e Boa Vista e trabalha com as seguintes formas de acesso aos serviços: por procura espontânea, por busca ativa, por encaminhamento da rede socioassistencial e por encaminhamento das demais políticas públicas.

Ambiente físico

O prédio destinado ao CRAS Pantanal é excelente: amplo, ajardinado, com espaços ao ar livre e espaços abertos e cobertos para atividades externas. Há espaços destinados à recepção; salas para atendimento individualizado; salas de atividades coletivas e comunitárias; tanto para convivência com crianças quanto com adultos; sala para atividades administrativas.

As salas para atendimento individual ou em pequenos grupos possuem condições de atendimento em privacidade e sigilo. As informações sobre serviços ofertados, situações atendidas e horário de funcionamento da unidade estão disponíveis em local visível.

As instalações possuem acessibilidade a pessoas com deficiência, idosos, gestantes e crianças, inclusive as instalações sanitárias são adaptadas para atender às necessidades das pessoas com deficiência e idosos (muito embora o prédio não esteja adaptado para pessoas com problemas de visão).



Fotografia 3 - CRAS Pantanal, Castanhal (PA), bicicletário.
Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

O prédio é bem iluminado, ventilado e apresenta-se em bom estado de conservação e de salubridade. A área onde está localizado é afastada do centro da cidade, e o transporte público é precário. Nesse aspecto, os servidores consideram bom o nível de segurança dos profissionais e do público atendido.

Recursos materiais e materiais socioeducativos

O CRAS possui todo mobiliário necessário ao seu funcionamento, três computadores (sem acesso à internet). Não há linha telefônica, pois há frequentes roubos de fiação telefônica no local, o que inviabiliza o funcionamento da rede de telefonia. A solução encontrada pelos gestores foi a aquisição de celulares funcionais. O transporte para uso pela equipe e pelos usuários é contínuo, mediante uma agenda única para todos os CRAS. O equipamento possui ainda televisores, áudio, vídeo e impressoras.



Fotografia 4 - CRAS Pantanal, Castanhal (PA).
Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

O CRAS Pantanal possui banco de dados de usuários de benefícios e serviços socioassistenciais, assim como acesso ao Cadastro Único dos Programas Sociais e ao Cadastro de Beneficiários do BPC. O referido CRAS possui, ainda, artigos pedagógicos, culturais e esportivos.

Gestão de pessoas

À época do levantamento a coordenadora do CRAS Pantanal possuía formação acadêmica em Serviço Social, trabalhava em regime de dedicação exclusiva e era contratada. No local trabalhavam, contratados para o cargo, 2 assistentes sociais, em regime de 30 horas de trabalho; 2 psicólogos, também contratados, em regime de 30 horas; 1 pedagogo concursado, na função de orientador social, em regime de 30 horas; 1 educador social e 3 educadores.

Como pessoal de nível médio, constavam dois agentes administrativos, sendo um em regime de contrato e um efetivado por concurso público. Pessoal com escolaridade de nível fundamental, constava dois auxiliares de serviços gerais, sendo um em regime de contrato e um efetivado por concurso público. Trabalhava também um zelador efetivado por concurso público, em 30 horas. Há ainda dois estagiários do curso de Serviço Social.

Por ocasião da visita, o CRAS estava em plena atividade, havendo grupos de convivência de idosos e de crianças, assim como atendimento ao usuário em primeiro comparecimento.



Fotografia 5 - CRAS Pantanal, Castanhal (PA), atividade com grupos de convivência com crianças.

Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

Ambiente físico

O espaço físico destinado ao CRAS é excelente, amplo, com bastante área verde, arborizado e ajardinado. O prédio é próprio e fica localizado em área afastada da zona urbana. A comunidade local é de baixa renda.

O CRAS possui todos os quatro programas, incluindo o PAIF e o Projeto Costurando Sonhos, este destinado a mulheres grávidas.

Dificuldades encontradas

As dificuldades encontradas no local são relativas ao transporte público, existindo apenas uma linha de ônibus e o acesso à internet é difícil, pois não há antena, tendo em vista que havia uma linha móvel, mas o contrato com a empresa fornecedora do serviço expirou. Por fim, foi relatada a ausência de processo de educação permanente pela Instituição.



Fotografia 06 - CRAS Pantanal, Castanhal (PA), atividade de convivência com grupos de idosos.

Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

4.4.5 CRAS IANETAMA

O CRAS Iametama fica localizado na Rua Senador Lemos, 1.568, (atrás da Transportadora Magalhães), Bairro Iametama. Telefone (91)3721-5023 e endereço eletrônico cras.iametama@castanhal.pa.gov.br.

É um Centro de Referência da Assistência Social urbano. O imóvel é alugado e tem capacidade de atendimento para até 1.000 famílias, com meta anual para atender 5.000 famílias.

Área de abrangência, condições e formas de acesso ao CRAS

O CRAS Ianetama abrange os bairros: Ianetama, Salgadinho, Santa Catarina (Jardim Modelo), Jardim das Acácias, Agrovila Calúcia e Heliolândia e trabalha com as seguintes formas de acesso aos serviços: por procura espontânea, por busca ativa, por encaminhamento da rede socioassistencial e por encaminhamento das demais políticas públicas.

Ambiente físico

O prédio destinado ao CRAS Ianetama é amplo, com um pequeno jardim na frente. Ele possui espaços ao ar-livre e abertos, com cobertura, para a realização de atividades externas. Há espaços destinados à recepção dos usuários; salas para atendimento individualizado; salas de atividades coletivas e comunitárias, tanto para convivência com crianças quanto com adultos; sala para atividades administrativas.

As salas para atendimento individual ou em pequenos grupos possuem condições de atendimento em privacidade e sigilo. As informações sobre serviços ofertados e horário de funcionamento da unidade estão disponíveis em local visível.



Fotografia 7 - CRAS Ianetama, Castanhal (PA), banner contendo a indicação dos serviços disponíveis.

Fonte: acervo fotográfico do Ministério Público do Estado do Pará

As instalações possuem acessibilidade a pessoas com deficiência, idosos, gestantes e crianças, inclusive as instalações sanitárias são adaptadas para atender às necessidades das pessoas com deficiência e idosos (muito embora o prédio não esteja adaptado para pessoas com problemas de visão).

O prédio é bem iluminado, ventilado e apresenta-se em bom estado de conservação e de salubridade. Está localizado na área central da cidade, com transporte público acessível. Nesse aspecto, os servidores consideram bom o nível de segurança dos profissionais e do público atendido.

Recursos materiais e materiais socioeducativos

O CRAS possui todo mobiliário necessário para seu funcionamento, no que se refere aos equipamentos eletrônicos possui também três computadores, sendo que apenas um estava em funcionamento e sem acesso à internet, uma linha telefônica com funcionamento precário, televisores, vídeo e impressoras. O transporte para uso da equipe e dos usuários é contínuo, mediante uma agenda única para todos os CRAS.

O CRAS Ianetama possui banco de dados de usuários

de benefícios e serviços socioassistenciais, assim como acesso ao Cadastro Único dos Programas Sociais e ao Cadastro de Beneficiários do BPC. O referido CRAS possui, ainda, artigos pedagógicos, culturais e esportivos.

Gestão de pessoas

À época do Levantamento, a coordenadora do CRAS Ianetama possuía formação acadêmica em Serviço Social, trabalhava em regime de dedicação exclusiva e era contratada. Trabalhavam no local, também em regime de contrato para o cargo, mais 2 assistentes sociais, em regime de 30 horas de trabalho; 1 psicóloga concursada, em regime de 30 horas semanais; 1 pedagogo concursado, na função de orientador social, em regime de 30 horas; 5 educadores sociais, 2 oficineiros, 1 servidor contratado para o Cadastro Único e 1 orientador social.

Como pessoal de nível médio, constava dois agentes administrativos, sendo um em regime de contrato e um efetivado por concurso público. Pessoal com escolaridade de nível fundamental, constava cinco auxiliares de serviços gerais, sendo também um em regime de contrato e um efetivado por concurso público. Trabalhava também um zelador efetivado por concurso público, em 30 horas. Há, ainda, dois estagiários do curso de Serviço Social.

Dificuldades encontradas

Por ocasião da visita, o CRAS estava em plena tarefa de mudança de endereço, não havendo atividades programadas para os usuários.

O espaço físico destinado ao CRAS é amplo, claro, bem iluminado, com área externa, porém sem arborização e ajardinamento, caracterizando-se como espaço pouco acolhedor.

4.4.6 CRAS JADERLÂNDIA

O CRAS Jaderlândia fica localizado na Travessa Júlio Vasconcelos, nº 674, (esquina da Travessa Adailson Rodrigues - anexo à Panificadora Santa Maria), Bairro Jaderlândia, Castanhal, CEP: 68740-000. O endereço eletrônico é cras.jaderlandia@castanhal.pa.gov.br

É um CRAS urbano e encontra-se instalado em um imóvel cedido. Ele tem capacidade de atendimento anual para 1.000 a 5.000 famílias. Na área de abrangência deste CRAS estão contidos os bairros de Jaderlândia, Bom Jesus, Rouxinol, Conjunto Bibiana I e II, Cupiúba, Portelinha e Loteamento João Paulo II.

Condições e formas de acesso ao CRAS

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

Ambiente físico

O local destinado ao funcionamento do CRAS é uma casa adaptada para o serviço. O ambiente físico era precário na sua totalidade; não havia acessibilidade para pessoas com deficiência; não existiam salas para atendimento individualizado, impossibilitando o atendimento em condições de privacidade e sigilo.

As informações sobre serviços ofertados, situações atendidas pelo CRAS e horário de funcionamento da unidade não estavam disponíveis em local visível a quem chegava. O

espaço destinado à recepção e às atividades administrativas, as instalações sanitárias, assim como a sala de atividades coletivas e comunitárias, eram precárias. O local era quente, sem ventilação, sem iluminação natural e em péssimas condições de conservação.

Recursos materiais e socioeducativos

O transporte utilizado pela equipe do CRAS Jaderlândia e pelos usuários é contínuo, mediante uma agenda única para todos os CRAS.

O CRAS Jaderlândia possuía banco de dados de usuários de benefícios e serviços socioassistenciais, assim como acesso ao Cadastro Único dos Programas Sociais e ao Cadastro de Beneficiários do BPC. O referido CRAS não possuía artigos pedagógicos, culturais e esportivos.

Gestão de pessoas

À época do Levantamento, o serviço era coordenado por profissional que possuía formação acadêmica em Serviço Social, trabalhava em regime de dedicação exclusiva e era efetivada por concurso público. Trabalhavam no local, concursados para o cargo, dois assistentes sociais, em regime de 30 horas de trabalho; 1 psicólogo contratado, em regime de 30 horas e 1 sociólogo contratado, em regime de 30 horas.

Como pessoal de nível médio constava dois agentes administrativos, sendo um em regime de contrato e um efetivado por concurso público; um orientador social, em regime de contrato de trabalho; um facilitador e um cadastrador, ambos também em regime de contrato de trabalho.

Pessoal com nível fundamental de escolaridade, constava dois auxiliares de serviços gerais e um zelador, todos efetivados por concurso público, em regime de 30 horas de trabalho. O CRAS contava, ainda, com dois estagiários do curso de Serviço Social.

Recursos materiais

O CRAS possui todo mobiliário necessário para seu funcionamento, entretanto há apenas dois computadores e uma impressora. Não há linha telefônica, aparelho de TV, de áudio e de vídeo.

Materiais socioeducativos

O CRAS dispõe, também, de banco de dados de usuários de benefícios e serviços socioassistenciais, Cadastro Único dos Programas Sociais, cadastro de beneficiários do BPC e artigos pedagógicos, culturais e esportivos.

Não há pessoas trabalhando voluntariamente no serviço.

Dificuldades encontradas

O CRAS Jaderlândia possui espaço destinado à recepção, sala para realização de atividades coletivas e comunitárias e sala para atividades administrativas, entretanto não há sala para atendimento individualizado e em condições de privacidade e sigilo.

As instalações sanitárias não possuem acessibilidade para pessoas com deficiência. A iluminação e a ventilação no prédio são precárias, pois não há janelas na sala de atendimento. Além disso, convivem na mesma sala dois técnicos atendendo ao mesmo tempo duas famílias.

O prédio é adaptado para servir ao CRAS, a sala de

recepção é exígua, contendo uma mesa para a auxiliar de administração e um banco de madeira com capacidade para três pessoas sentarem. As salas de atendimento não oferecem privacidade ao usuário, assim como não há janela para ventilação e renovação do ar.

4.4.7 CRAS PROPIRA – RAIMUNDO MARIANO NOGUEIRA

O CRAS Propira, denominado CRAS Raimundo Mariano Nogueira, fica localizado na Rua Pedro Ulisses, s/nº, (próximo ao Colégio Maria Konô), Bairro São José. Telefone (91)3721-2300 e endereço eletrônico cras.propira@castanhal.pa.gov.br.

É um Centro de Referência da Assistência Social urbano. O imóvel é alugado e tem capacidade de atendimento para até 1.000 famílias, com meta anual para atender 5.000 famílias.

Área de abrangência, condições e formas de acesso ao CRAS

O CRAS Propira abrange os bairros: São José (Imperial, Bairro Novo, Propira), Caiçara (Novo Caiçara), Estrela (Nova Estrela), Imperador (Pedreira e Pedreirinha), km 03 e km 07 e trabalha com as seguintes formas de acesso aos serviços: por procura espontânea, por busca ativa, por encaminhamento da rede socioassistencial e por encaminhamento das demais políticas públicas.

Ambiente Físico

O prédio destinado ao CRAS Propira é amplo, com área ajardinada na área frontal e nos fundos do prédio. Possui espaços ao ar-livre e abertos, com cobertura, para a realização de atividades externas. Há salas destinadas: a recepção dos usuários; para atendimento individualizado, para atividades coletivas e comunitárias, tanto para convivência com crianças quanto com adultos, e para atividades administrativas.



Fotografia 08 - CRAS Propira, Castanhal (PA), placa MDS.
Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

As salas para atendimento individual ou em pequenos grupos possuem condições de atendimento em privacidade e sigilo. As informações sobre serviços ofertados e horário de funcionamento da unidade não estavam disponíveis em local visível. As instalações não possuem acessibilidade a pessoas com deficiência, idosos, gestantes e crianças, assim como as instalações sanitárias não são adaptadas para atender às necessidades das pessoas com deficiência e idosos.

O prédio é bem iluminado, ventilado e apresenta-se em bom estado de conservação e de salubridade. A área onde está localizado é afastada do centro da cidade, em um bairro com maioria da população de baixa renda. Nesse aspecto, os servidores consideram bom o nível de segurança dos profissionais e do público atendido.

Recursos materiais e socioeducativos

Segundo informações, o CRAS possui todo mobiliário necessário ao seu funcionamento; no que se refere aos equipamentos eletroeletrônicos possui televisores, *datashow*, áudio, vídeo e impressoras; três computadores; dos quais apenas um estava em funcionamento e com acesso à rede internet por rádio e uma linha telefônica com funcionamento precário. O transporte para uso da equipe e dos usuários é contínuo, mediante uma agenda única para todos os CRAS.



Fotografia 09 - CRAS Propira, Castanhal (PA), vista da área coberta.
Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

O CRAS Propira possui banco de dados de usuários de benefícios e serviços socioassistenciais, assim como acesso ao Cadastro Único dos Programas Sociais e ao Cadastro de Beneficiários do BPC. O referido CRAS possui, ainda, artigos pedagógicos, culturais e esportivos.

Gestão de pessoas

À época do Levantamento o coordenador do CRAS Propira possuía formação acadêmica em Psicologia, trabalhava em regime de dedicação exclusiva e era servidor efetivo. Trabalhavam no local 2 assistentes sociais, em regime de 30 horas, sendo um servidor efetivo e um contratado; 1 psicóloga concursada, em regime de 30 horas semanais; 1 pedagogo contratado, em regime de 30 horas; 3 educadores sociais, 3 oficineiros; 1 servidor contratado para o Cadastro Único e 1 orientador social com formação acadêmica em Pedagogia, trabalhando no PROJovem.

Como pessoal de nível médio, constava dois agentes administrativos, sendo um em regime de contrato e um efetivado por concurso público. Pessoal com escolaridade de nível fundamental, constava um zelador, um guarda patrimonial e um vigilante. Havia, ainda, seis estagiários do curso de Serviço Social.

Dificuldades encontradas

Por ocasião da visita, o CRAS estava em recesso, pois havia sido programada a reforma do prédio para iniciar na semana vigente. O prédio estava em reboliço, os móveis retirados do lugar e espalhados pelas áreas abertas. Materiais de expediente e esportivo espalhados sobre mesas

no terraço.

No aspecto da segurança, o coordenador afirmou não haver problema. Contudo, os servidores relataram já ter sofrido ameaça por parte de usuários que tiveram seus benefícios cancelados.

4.4.8 CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - CREAS

O município de Castanhal possui um CREAS municipal, que fica localizado na Rua Gilberto de Menezes, s/nº, bairro do Cristo Redentor (fone [91] 37111855, email [CREAS.cema@castanhal.pa.gov.br](mailto:cema@castanhal.pa.gov.br)), foi implantado em 22/8/2009, está localizado na área urbana e funciona de segunda a sexta-feira, no horário das 8h00min às 18h00min.

Estrutura física.

O referido CREAS possui placa de identificação de acordo com as normas técnicas do Ministério do Desenvolvimento Social. A área de abrangência compreende todo o município de Castanhal, constituído por 25 bairros.

O imóvel onde está localizado o CREAS pertence à Prefeitura Municipal de Castanhal e é de uso exclusivo do centro. Nele há espaço para a recepção, com mesa, onde fica uma recepcionista, cadeira para pessoas aguardarem o atendimento, uma TV ligada à rede aberta de televisão, algumas revistas dispostas em um revisteiro. Possui, ainda, um bebedouro com água mineral disponível também aos usuários. A ambientação é clara, espaçosa e aconchegante.



Fotografia 10 - CREAS, Castanhal (PA), portão de entrada.
Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

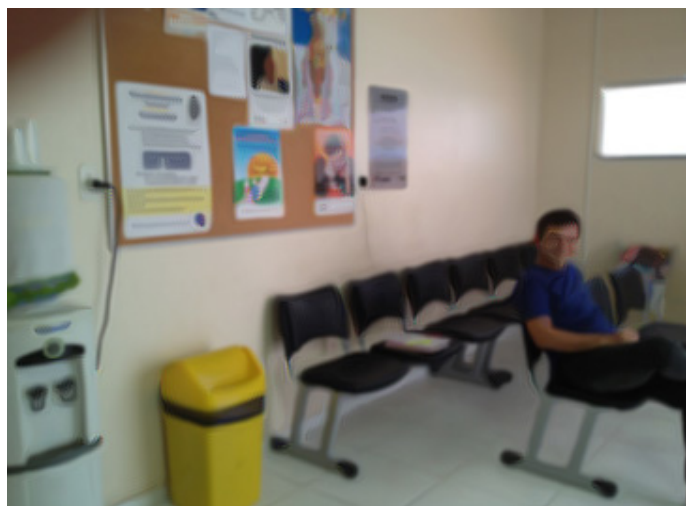
O prédio onde se encontra instalado o CREAS possui salas: para a coordenação e atividades administrativas, para atendimento individual (considerada insuficiente para as necessidades do local) e não possui espaço para as atividades externas de convívio para as diferentes faixas etárias, assim como não possui almoxarifado.

O CREAS possui, ainda, copa-cozinha e 4 banheiros, sendo um com acessibilidade. Neste quesito, o espaço físico do CREAS foi reformado para atender às normas vigentes relativas à acessibilidade. No que tange à acessibilidade aos serviços, o CREAS Castanhal possui um profissional com conhecimento em linguagem de Libras.

Equipamentos e materiais

O CREAS possui os seguintes equipamentos e materiais à disposição dos serviços: telefone, impressora, máquina copiadora, aparelho de TV, equipamento de som,

datashow, acervo bibliográfico, mobiliário infantil e materiais pedagógicos, três computadores em funcionamento e conectados à rede (internet). Possui, ainda, veículo para uso exclusivo.



Fotografia 11 - CREAM Castanhal (PA), sala de espera.
Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

Equipe de trabalho

A equipe de trabalho do CREAM Castanhal é formada por um coordenador com formação em serviço social, cinco assistentes sociais, seis psicólogos, um advogado, uma pedagoga, uma socióloga, quatro educadores sociais, três auxiliares de administração, um motorista, três auxiliares de serviços gerais. Todos exclusivos para os serviços do CREAM.

Processo de educação permanente

O último treinamento que houve sobre os serviços ofertados pelos CREAM ocorreu em agosto de 2012 e o próximo foi programado para ocorrer de 18 a 22 de novembro de 2013. Na época da entrevista, segundo a coordenação, a Secretaria Municipal da Assistência Social possuía agenda de capacitação programada até o ano de 2014.

Caracterização dos serviços

O CREAM oferece os serviços de fortalecimento dos vínculos familiares, inclusão de famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos, conforme necessidade. Ele contribui para restaurar e preservar a integridade e as condições de autonomia do usuário, bem como para reduzir os padrões de violação de direitos no interior das famílias. No PAEF estavam registrados 433 atendimentos, incluindo os atendimentos de crianças e seus familiares em pós-desabrigamento.



Fotografia 12 - CREAM Castanhal (PA), sala de atendimento.
Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

O CREAM de Castanhal também realiza o serviço de proteção social básica aos adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC). Na época do Levantamento, havia 15 adolescentes em Prestação de Serviços à Comunidade e 70 crianças e adolescentes em medidas protetivas, encaminhados pelo Conselho Tutelar e Juizado da Infância e Juventude.

O serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) está inscrito no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente. A equipe técnica responsável pelo serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) é exclusiva deste serviço.



Fotografia 13 - CREAM Castanhal (PA), sala de atendimento infantil.
Fonte: acervo do Ministério Público do Estado do Pará

Os adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) são atendidos semanalmente no CREAM, e prestam serviços à comunidade nas unidades básicas de saúde, escolas municipais e estaduais, centros comunitários e nos CRAS. Para elaboração do PIA, o CREAM utiliza o Prontuário SUAS no modelo disponibilizado pelo MDS.

4.4.9 CENTRO DE ACOLHIMENTO MUNICIPAL DE CRIANÇA E ADOLESCENTES (CEAMCA) ALZIRA CELY CARDOSO PINTO

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 foi construído, nas últimas décadas, com o intuito de regulamentar e qualificar o trabalho realizado pelos serviços de acolhimento institucional. Importante destacar que essas normas avançam para 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 à necessidade de oferecer respostas que atendam às 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, em que os problemas de saúde mental e das drogas estão cada vez mais presentes, exige 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.

O espaço de acolhimento institucional tem como finalidade propiciar a crianças e a adolescentes a reintegração às suas famílias de origem ou, na impossibilidade, a inserção em família substituta.

Caraterísticas gerais

O CEAMCA Alzira Cely Cardoso Pinto, em Castanhal, é um espaço institucional destinado ao acolhimento de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 18 anos, de ambos os sexos.

Localiza-se na Travessa Francisco Martins Barata, sem número, no bairro Nova Olinda. O número telefone é (91) 3721-3030 e o endereço eletrônico CEAMCAcastanhal@hotmail.com.

A casa de acolhimento possuía registro no CMDCA, sob número 003/92, cuja validade expirou no ano de 2012, tendo havido solicitação de renovação do pedido para o ano de 2014. Ela possuía, igualmente, registro no CMAS, sob nº 018/06, com validade até o ano de 2016.

O laudo do Corpo de Bombeiros foi registrado sob nº 6437/77, tem validade de um ano e já havia sido solicitada a renovação para o ano de 2014. Já o laudo da Vigilância Sanitária ainda não havia sido expedido de forma definitiva, mas foi informado o número do ofício que o solicitou (689/13).

População atendida

O CEAMCA de Castanhal possui capacidade de atendimento de 20 vagas para crianças e adolescentes na faixa etária compreendida entre 0 e 18 anos, de ambos os sexos.

No momento da visita à instituição, estavam preenchidas oito vagas, das quais sete eram atendimentos de meninos e apenas uma era menina.

A faixa etária dos atendimentos estava distribuída da seguinte forma: 1 criança do sexo masculino na faixa etária entre 6 e 11 anos e 5 crianças do sexo masculino na faixa etária entre 0 a 5 anos de idade. Havia também uma criança do sexo feminino na faixa entre 6 a 11 anos.

O espaço institucional se propõe ao atendimento integral, recepcionando grupos de irmãos ou que apresentem alterações de saúde. Ressalva-se, em relação aos adolescentes sob ameaça, que são encaminhados ao Programa de Proteção às Crianças e aos Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM).

Estatísticas de atendimento do CEAMCA revelam que, dos 25 acolhimentos realizados no ano anterior (2012), 23 retornaram à família de origem e 2 foram encaminhados para a adoção.

Finalizando o tópico sobre a população atendida, é importante que se diga que ocorrem situações em que os acolhimentos são realizados sem a respectiva guia mencionada pelo artigo 101, § 3º, da Lei nº 8.069/90, devido à extrema urgência da situação e também, muitas vezes, pela inexistência da certidão de nascimento dos usuários, porém com o devido conhecimento do Judiciário.

Estrutura física

O imóvel onde funciona o espaço de acolhimento é de propriedade da prefeitura e fica em um bairro onde há disponibilidade de vários equipamentos assistenciais das áreas de saúde, educacional e social.

Apesar de recentemente ter havido um incêndio no CEAMCA, em virtude do que o prédio foi reconstruído, o ambiente físico é amplo, bem iluminado, arejado e acolhedor.

Embora haja rampas para acesso aos cadeirantes, o espaço ainda não está estruturado de acordo com o que prescreve a legislação.

Projeto político pedagógico

O espaço institucional de acolhimento procura, antes de qualquer coisa, respeitar o não desmembramento da família e ainda fortalecer os vínculos afetivos de união familiar.

Os usuários têm prontuários de atendimento individualizados, nos quais constam seus documentos pessoais, além daqueles referentes à área escolar e de saúde. Constam, ainda, o Plano Individual de Atendimento (PIA), o plano educacional, fotos, relatórios e outros documentos que sirvam para o acompanhamento do desenvolvimento dos usuários.

O CEAMCA também dispensa atendimento individualizado e personalizado, quando proporciona aos adolescentes e crianças sob os seus cuidados vestuário, produtos de higiene, objetos pessoais e brinquedos de acordo com a escolha de cada um. Os usuários do espaço participam na elaboração, manutenção e mudança das regras e rotinas da casa.

Verificam-se, ainda, discussões em grupo quanto aos interesses dos adolescentes e das crianças, com observância dos valores familiares quando da tomada de decisão a respeito desses assuntos.

Equipe de trabalho

A equipe técnica de trabalho é composta por uma assistente social, um psicólogo e um pedagogo, além do coordenador. Destes, o assistente social e o psicólogo são concursados e o pedagogo é contratado, sendo que todos exercem regime de trabalho de seis horas diárias, ou trinta horas semanais.

O coordenador informa que há uma defasagem na equipe, pois, além do corpo técnico, conta apenas com dois guardas, cinco ou seis educadores, três serventes, um motorista e um auxiliar administrativo. A defasagem é atenuada com a presença de dois estagiários, que ficam somente no período da manhã, sendo um da área de serviço social e um de pedagogia.

Deve-se mencionar, ainda, que o corpo funcional trabalha exclusivamente no espaço de acolhimento.

Processo de educação permanente

Apesar do interesse manifestado pelos servidores em cursos de aperfeiçoamento e em capacitações, o serviço não dispõe, sistematicamente, de programações que propiciem o processo de educação permanente aos servidores.

Os funcionários não tiveram capacitação introdutória proporcionada pela Instituição, realizando-as por interesse próprio.

A equipe multidisciplinar realiza estudos de caso sistematicamente.

Para controle, a casa dispõe de um livro de ocorrência dos plantões onde são registradas as comunicações necessárias.

Outras observações

Percebe-se que, apesar de o espaço estar recém-construído e funcionando com regularidade, atendendo a população-alvo, à época do Levantamento, não foi possível identificar mecanismos ou instrumentos que façam uma avaliação formal e sistemática da prestação do serviço, especialmente no que se refere à qualidade do atendimento ao usuário.

O serviço não dispunha de diagnósticos sociais e econômicos da área física de abrangência do abrigo, que fosse de domínio da equipe do CEAMCA e que subsidiasse o atendimento aos seus usuários.

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

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

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

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

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

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

o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana.

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

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

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

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

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

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

Entre os CAPS podem ser constituídos os CAPSi, destinados ao atendimento à infância e à adolescência, abrangendo a população acima de 150.000 habitantes e

o CAPS AD para os usuários de álcool e outras drogas, em áreas populacionais acima de 70.000 habitantes (Portaria Nº 3088/2011-MS/GM, art. 7º, § 4º, VI e IV, respectivamente). Em regiões com segmentos populacionais acima de 200.000 habitantes pode-se constituir CAPS ADIII. (Portaria Nº 3088/2011-MS/GM, art. 7º, § 4º, V)

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

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

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, isto é, devem estar circunscritos ao espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) dos usuários que os frequentam, sendo um serviço que resgate a potencialidade dos recursos comunitários a sua volta, pois todos esses recursos precisam ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade. (BRASIL, 2004)

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

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

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

Alguns recursos terapêuticos são indicados para o atendimento institucional do CAPS: atendimentos individuais (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação); atendimentos grupais (oficinas terapêuticas, oficinas culturais, oficinas geradoras de renda, grupos

terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, etc.); atendimentos às famílias (atendimento nuclear, a grupo de familiares e visitas domiciliares), atividades de ensino; atividades de lazer, atividades comunitárias desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outros recursos da comunidade. Assembleias e reuniões de organização do serviço são instrumentos importantes para o funcionamento do CAPS como lugar de convivência em que se discute os problemas, as atividades e a organização do serviço. (BRASIL, 2004)

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

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

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.

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:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;

- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;

- 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;

- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde, (PACS);

- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;

- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;

- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

CAPS – Equipes profissionais mínimas

CAPS I

- 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental

- 1 enfermeiro

- 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

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

CAPS II

- 1 médico psiquiatra

- 1 enfermeiro com formação em saúde mental

- 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico

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

CAPS III

- 2 médicos psiquiatras

- 1 enfermeiro com formação em saúde mental

- 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior

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

CAPSi

- 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental

- 1 enfermeiro

- 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

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

CAPSAD

- 1 médico psiquiatra;

- 1 enfermeiro com formação em saúde mental;

- 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

- 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.

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:

- 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.

- A sala de arquivo deverá ser de fácil acesso à equipe.

- 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 estarão 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.

- Salas de atividades coletivas: espaço para atendimentos em grupo 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

peças 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.

- 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 agradável que permita encontros informais. É importante lembrar que o espaço de convivência não é equivalente a corredores.

- 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.

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

- 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.

- 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.

- Sala administrativa (um escritório): espaço com mesa, cadeiras e armários.

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

- Almoxarifado: espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários.

- 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.

- 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.

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

- 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.

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

- 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.

- 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)

- Área externa para embarque e desembarque de ambulância: espaço externo suficiente para entrada e saída de ambulâncias.

- 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.

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

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

Instaurar fluxo de encaminhamento em caso de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Disponer, pela Coordenação de Saúde Mental ou pela Secretaria Municipal de Saúde, de indicadores voltados para monitorar a efetividade das ações e para estabelecer metas de gestão e planejamento em saúde mental, tais como: a) taxa de habitantes - pacientes psiquiátricos em

uso de benefício “De Volta Para Casa”; b) municípios em atendimento regular em CAPS ou ambulatórios; c) taxa de abandono ou baixa aderência ao tratamento; d) redução da taxa de internação e de reinternação, com indicação do efetivo sucesso na substituição do asilamento estrito pelo atendimento psicossocial; número de pacientes.

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

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

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

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

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

4.5.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III - CAPS III

O município de Castanhal possui um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), que foi reclassificado como tal no ano de 2010. Ele fica localizado à Rua Comandante Francisco de Assis, nº 2.432, Bairro Nova Olinda, Castanhal, CNESS nº 007862, CNPJ 05121990001-184, telefone (91) 3712 1133, e-mail capsdecastanhal@hotmail.com.

O bairro é central, a rua é larga, com pavimentação asfáltica e transporte urbano acessível ao local. O espaço físico destinado ao centro é amplo, claro e arejado, possuindo bastante área verde, com arborização e ajardinamento tanto na frente, quanto nos fundos da casa. Funciona no prédio única e exclusivamente o serviço do Centro de Atenção Psicossocial III.

Por ocasião da visita, estavam ocorrendo diversas atividades, algumas em grupo, nas áreas verdes da instalação, embaixo das árvores e no quintal do prédio. Outras estavam acontecendo no ambiente interno do CAPS, ao redor de uma ampla mesa com capacidade para 12 pessoas. Havia também pessoas sendo atendidas individualmente pela assistente social. Na sala de espera usuários aguardavam para serem atendidos. O local deu a impressão de ser um espaço com bastante circulação de pessoas e em atividade intensa.

O gestor, à época da pesquisa, possuía formação em Serviço Social, com curso de especialização em Saúde Mental.

O serviço está registrado no CNESS, mas não está registrado no Conselho Regional de Medicina, conforme dispõe a Lei Federal nº 6.830/1980 e as Resoluções CFM nº 997/1980 e CFM nº 1.980/2011.

Estrutura física

No município de Castanhal, além do CAPS III, alvo deste relatório, presta atendimento em saúde mental o NASF, porém, em se tratando de internação psiquiátrica, ambos referenciam para o Hospital de Clínica Gaspar Vianna, localizado em Belém.

O referido serviço funciona 24 horas, de segunda a segunda. O quadro de servidores é composto por 4 médicos, sendo 2 psiquiatras e 2 clínico-gerais; 1 farmacêutico; 2 assistentes sociais; 5 enfermeiros; 5 psicólogos; 1 terapeuta ocupacional; 13 auxiliares de enfermagem; 4 auxiliares de administração; 1 professor de artes e 3 auxiliares de cozinha.

Os servidores não receberam novos treinamentos e capacitações; muito embora tenham sido solicitados à administração central, os pleitos, até o momento do Levantamento, não haviam sido atendidos. Os servidores sentiam necessidade de novos treinamentos, particularmente quanto ao abuso de substâncias e dependência química.

Os usuários do serviço chegam ao CAPS III por encaminhamento da atenção básica, do pronto-socorro, do hospital municipal, da Secretaria de Saúde e dos serviços ligados à proteção social. No entanto, muitas pessoas têm procurado o serviço por iniciativa própria. Segundo a coordenação, na época do Levantamento, o atendimento aos usuários era feito por acolhimento imediato às demandas destes.

Projeto terapêutico

O CAPS III estabelece um projeto terapêutico para cada um dos usuários, entretanto, esse projeto terapêutico individual não é discutido com o paciente nem com seus familiares. Por outro lado, é utilizada a estratégia de três profissionais de referência para acompanhamento dos casos, sendo um médico, um assistente social e um psicólogo.

Quanto às atividades terapêuticas, são oferecidas atividades, tais como atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para as famílias, oficinas terapêuticas, assembleias e ainda visitas domiciliares realizadas em veículos pessoais dos servidores, posto não haver veículos oficiais disponíveis ao CAPS III. As visitas domiciliares são realizadas tanto na residência de pacientes em crise quanto daqueles sob controle de crise.

São também realizadas atividades em ambiente externo com os usuários, tipo passeios, piqueniques, entre outros. Esses passeios são programados anualmente, sendo obedecido um cronograma previamente elaborado.

O controle social sobre o CAPS é feito por intermédio de assembleias, grupos de discussão sobre a organização do serviço, pelo conselho gestor da unidade, assim como mediante a participação no Conselho Municipal de Saúde. São também realizadas parcerias com associação de usuários e familiares.

O CAPS efetua dispensação de medicamento específico aos usuários, contando com um farmacêutico para tanto.

No período de janeiro a abril de 2013, seis

usuários foram internados em hospital psiquiátrico. O acompanhamento a essas internações pela equipe do CAPS é feito por meio de visitas domiciliares e orientação às famílias.

Como no município não há CAPS-i nem CAPS-AD, o CAPS III realiza também atendimento a crianças e adolescentes com abuso e dependência química de álcool e outras drogas, todavia, em caso de necessidade de internação, o usuário dessa categoria clínica é encaminhado para tratamento no Centro de Cuidados a Dependentes Químicos (CCDQ) em Belém.

Apoio matricial

O CAPS III não oferece apoio matricial em saúde mental às equipes da atenção básica na área de abrangência do centro. Quanto à articulação entre o referido serviço e os demais serviços de saúde do município, na época do Levantamento, o servidor entrevistado referiu haver articulação por via telefônica, não sabendo especificar com quais serviços essas articulações ocorreram.

A articulação com os demais serviços públicos prestados no território é mais frequente com a área da assistência social, particularmente com os CRAS e CREAS, pelo encaminhamento de casos e situações que necessitam de proteção social básica e de média complexidade.

Trabalho em rede

A comunicação entre o CAPS, o Ministério Público local, o Tribunal de Justiça e o Conselho Tutelar sobre os atendimentos prestados no CAPS é realizada por meio de ofícios.

Dificuldades vivenciadas pelo CAPS

A principal reclamação feita pelo servidor entrevistado, a respeito das dificuldades encontradas pelo serviço, referiu-se à insuficiência de quadro de pessoal, particularmente quanto ao serviço de vigilância, que considerava insuficiente.

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

Segundo o coordenador, o serviço não realiza o seguimento ambulatorial psiquiátrico aos pacientes, entretanto, monitora e faz o seguimento ambulatorial clínico dos usuários sistematicamente.

O CAPS não possui retaguarda sistemática para urgência clínica, ocorrendo ocasionalmente. Também não há retaguarda formal para internações psiquiátricas, nem para internações clínicas. Por outro lado, o órgão utiliza rotineiramente material impresso para referência e contra referência.

Apesar de não haver busca ativa de pacientes faltosos, a equipe do CAPS participa sistematicamente do atendimento aos pacientes que são encaminhados para outros serviços. A equipe não articula, entretanto, os recursos da comunidade visando à reintegração do paciente. Não há também integração com outros recursos comunitários, tipo associações comunitárias, comércio local, SESI, SENAI, entre outros.

Integralidade do cuidado

À época do levantamento, segundo o servidor entrevistado, na admissão ao paciente a avaliação médico-psiquiátrica é realizada ocasionalmente, não sabendo ele

referir a existência de algum protocolo de atendimento visando à integralidade do cuidado ao paciente.

O treinamento e capacitação do serviço de enfermagem para atenção integral ao usuário não são realizados rotineiramente, inclusive não havendo treinamento para contenção física dos pacientes em crise, não havendo também protocolo estabelecido pelo CAPS quanto à contenção física.

O CAPS também não possui local e equipamento para atendimento de urgência e emergência. Por outro lado, contrariando o dito anteriormente quanto ao plano de atendimento individualizado ao paciente, o servidor entrevistado referiu não haver prontuário único para cada um dos pacientes.

Intervenção psicofarmacológica

O CAPS prescreve e dispensa fármacos e as prescrições são sempre precedidas de avaliações clínicas dos pacientes, embora não haja controle ambulatorial específico de pacientes em uso de psicofármacos.

4.6 POLÍCIA CIVIL

À época do Levantamento, o município de Castanhal não possuía delegacia de atendimento a adolescentes a quem se atribui a prática de ato infracional nem unidade PROPAZ para atendimentos a crianças e adolescentes vítimas de violências diversas, embora houvesse previsão de instalação de uma unidade desde o ano de 2010.

Assim sendo, foi visitada a unidade policial para onde situações equivalentes são encaminhadas com maior frequência. Trata-se de uma Delegacia da Mulher que fica localizada na Rua 1º de Maio, nº 1.376, Bairro Centro, CEP 68740-000, fone (91) 3712-3928, email castanhal.deam@policiacivil.pa.gov.br.

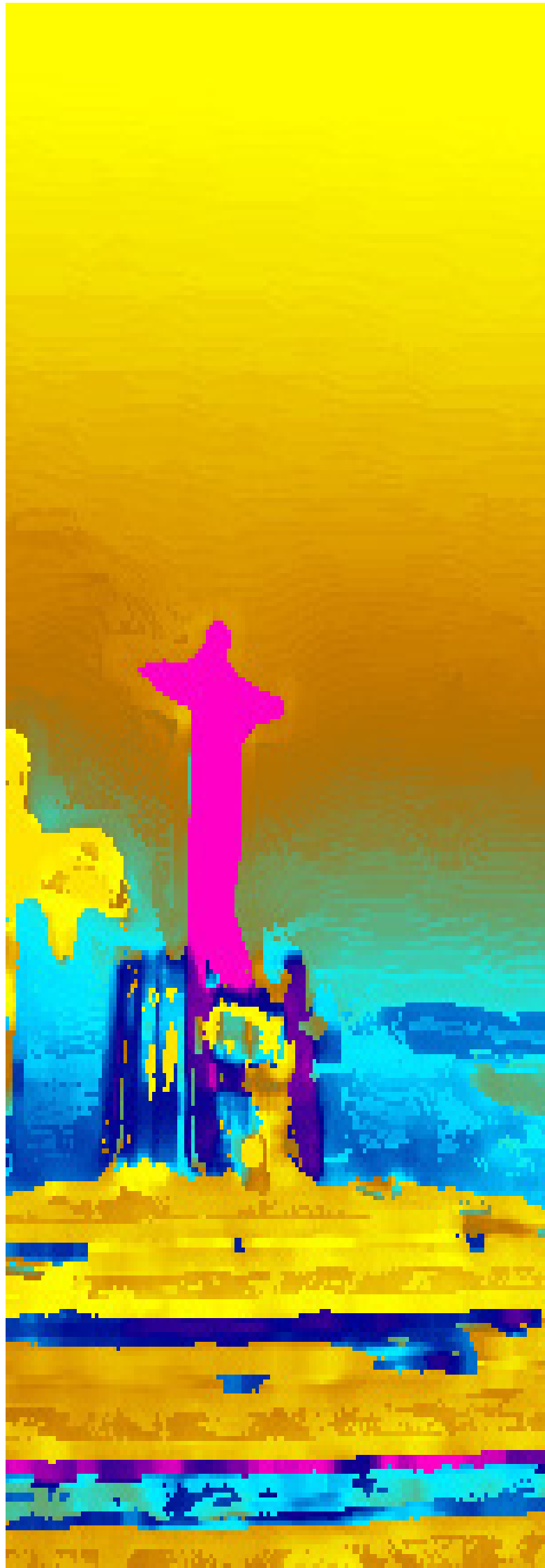
A unidade policial é ligada à Superintendência da Zona do Salgado. No município de Castanhal há quatro delegacias de polícia, sendo duas especializadas - uma em homicídios e a outra em crimes contra a mulher -, um núcleo avançado de inteligência e uma delegacia seccional. Há também uma unidade de perícia criminal, vinculada ao Centro de Perícias Científicas Renato Chaves.

Quanto à unidade policial visitada, trata-se de uma delegacia especializada em crimes contra a mulher, para onde são levados também os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes do sexo feminino e, eventualmente, crianças e adolescentes do sexo masculino.

Equipe de servidores

A delegacia conta com o seguinte efetivo: além da delegada de Polícia Civil, um escrivão de polícia e dois investigadores. No momento da entrevista, havia uma pessoa cumprindo pena de prestação de serviços à comunidade que ajudava nas funções administrativas.

A delegacia não possui equipe interdisciplinar e, em face de dificuldades surgidas muitas vezes com mulheres vitimadas e que se recusam a dar continuidade aos procedimentos necessários à apuração dos fatos relatados por elas, foi solicitado ao Executivo a cessão de pelo menos uma assistente social para trabalhar naquela unidade policial.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

como sujeitos de direito.

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

1. A existência de conflito quanto aos papéis de cada ente no modelo de gestão compartilhada da rede de proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente;

2. A fragilidade do suporte aos municípios, por parte dos governos federal e estadual, para a condução da política no nível local;

3. A ausência de autonomia e subordinação dos municípios nas decisões sobre as linhas de ação da política de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente;

4. A baixa participação da população na fiscalização das ações da rede de promoção e direito da criança e do adolescente.

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

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

Outra tendência observada no levantamento realizado é que os Conselhos Tutelares apresentam certas dificuldades para agir na defesa de direitos de crianças e adolescentes. Essa situação está relacionada, em grande medida, ao conjunto de condições simbólicas e materiais disponibilizados para a sua instalação e funcionamento, dentre elas:

A precariedade da infraestrutura disponibilizada para o seu funcionamento. Estão incluídos neste conjunto quesitos como espaço físico inadequado (salas para atendimento, para recepção da população, 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).

No que concerne ao nível de legitimidade dos Conselhos, destaca-se que há tanto o entendimento da legitimidade como prescritiva, ou seja, como conferida pela própria legislação, quanto a compreensão desta como resultante de um conjunto de fatores, entre eles o processo de escolha por parte da comunidade. Nesse sentido, estão presentes fatores que conduzem ao debate da legitimidade e, por conseguinte, afetam o desempenho dos conselhos, tais

como o desconhecimento da população e dos componentes da rede sobre o Conselho Tutelar; 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 por executivos municipais, para tornar o Conselho subordinado à prefeitura, esvaziando-o politicamente.

Associados aos fatores elencados acima, está 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 do Conselho Tutelar. São relevantes as questões colocadas e que interrogam sobre quem o Conselho Tutelar representa e quem lhe confere legitimidade.

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

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

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

Na unidade visitada, à época, constatou-se insuficiência de quadro 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 Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (CRM/PA), na condição de unidade de assistência em saúde que realiza procedimentos médicos, de acordo com a legislação em vigor.

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

Entre as inúmeras funções atribuídas aos CAPS pela Portaria nº 336/2002-MS/GM, de 19 de fevereiro de 2002

(Brasil, 2002), o matriciamento das equipes de atenção básica constitui um dos pilares do modelo. Cabe aos CAPS orientar as UBS sobre como proceder para com os pacientes de atenção primária em saúde mental e seria de se esperar que eles fossem vinculados mais sistematicamente aos serviços de assistência à saúde da família. Essa função, de caráter integrador, inclui seminários e, até mesmo, supervisão dos casos. O CAPS não consegue dar cobertura técnica para a rede de saúde de sua área de abrangência, conforme previsto pela Portaria referida acima, assim como não possui formalmente instituída a supervisão clínico-institucional para sua equipe.

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

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

Em relação à Assistência Social no município de Castanhal, grande parte do vínculo trabalhista dos servidores do SUAS é precário. 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 MDS é de 60% de trabalhadores do SUAS de nível superior e médio com vínculo de servidor estatutário ou empregado público. No que se refere ao coordenador, a NOB/RH/SUAS determine que o cargo seja ocupado por servidor de vínculo efetivo.

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

No que concerne à infraestrutura dos prédios, observou-se uma preocupação do município com a qualidade do serviço, já que a maioria apresentava boas condições de habitabilidade e outros estavam em fase de mudança para novos locais.

No que diz respeito à Unidade de Acolhimento, verifica-se uma necessidade de melhor suporte da saúde do município para atender ao novo perfil de jovens acolhidos: usuários de substância entorpecente ou com habilidades mentais.

O município se ressentia, à época, da ausência de um PROPAZ para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência e de uma delegacia especializada para o atendimento do adolescente a quem se atribui a prática de ato infracional.

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

dos serviços, a integralidade das ações, a matricialidade sociofamiliar e o território.

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

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



6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Projeto de Diretrizes das Nações Unidas sobre emprego e condições adequadas de cuidados alternativos com crianças**. Apresentado pelo Brasil ao Comitê dos Direitos da Criança da ONU em Brasília, em 31/05/2007. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/arquivos/.spdca/ivdiretrizes.pdf> 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.

CASTANHAL (PA). **Plano Diretor de Castanhal 2007-2016**. Castanhal: Prefeitura Municipal de Castanhal. Núcleo Gestor do Plano Diretor Participativo do Município de Castanhal, 2006. 149 p.

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

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

- COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, 2004.
- DIEGUES, Geraldo César. **O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais.** **Nau Social**, Bahia, v.1, n. 6, p 82-93; maio/out. 2013.
- FERREIRA (2011). Stela da Silva. **NOB-RH Anotada e Comentada.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional da Assistência Social. 2011.
- GONDIM, Grácia Maria da Silva; MONKEN, Maurício. **Territorialização em Saúde.** Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>>. Acesso em: 10/03/2015.
- HOFFMANN, C. de F. M.; BOURGUIGNON, J.; TOLEDO, S. e HOFFMANN, T. **Reflexões sobre rede de atendimento à criança e ao adolescente.** Núcleo de Estudos sobre a questão da criança e do adolescente. Ponta Grossa/ Pr: UEPG, 2000.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra.** Rio Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. 235 p.
- IDESP. **Produto Interno Bruto dos Municípios do estado do Pará.** 2012. Belém, Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Pará: 2014. v. 1.
- INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. v. 32, mar./abr. 1998.
- IPEA, **Relatório 1.2 – Caracterização e Análise comparativa da Governança Metropolitana no Brasil, Análise Comparativa das Funções públicas de Interesse Comum** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) Plataforma IPEA de Pesquisa em Rede. Assessoria de Planejamento e Articulação Institucional (Aspla). Brasília D. F., 2013.
- LAVORATTI; Cleide. **Tecendo a rede de proteção: desafios do enfrentamento intersetorial à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes no município de Curitiba/PR.** 2013. 318 f. Tese (Doutorado em Sociologia)–Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.
- PEREIRA, K.; TEIXEIRA, S. Contexto do surgimento da gestão em redes. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114-127, jan./jun. 2013.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001.
- PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde; um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 69.
- SOUZA, M. A. Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: Ana Maria Girotti Sperandio. (Org.). **O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis.** 1. ed. Campinas: IPES Editorial, 2004, v. 2, p. 57-7.



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