



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FERNANDA DE SOUZA MOREIRA

**A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:
UM OLHAR SOBRE A REDE DE SERVIÇOS A PARTIR DA
POLÍTICA DE SAÚDE EM CURITIBA-PR**

FERNANDA DE SOUZA MOREIRA

**A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:
UM OLHAR SOBRE A REDE DE SERVIÇOS A PARTIR DA
POLÍTICA DE SAÚDE EM CURITIBA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina como requisito para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dione Lolis.

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Moreira, Fernanda de Souza.

A construção da integralidade dos direitos da criança e do adolescente: um olhar sobre a rede de serviços a partir da política de saúde em Curitiba-PR / Fernanda de Souza Moreira. - Londrina, 2016.
150 f.: il.

Orientador: Dione Lolis.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Rede Intersetorial - Tese. 2. Integralidade - Tese. 3. Criança e Adolescente - Tese. 4. Saúde - Tese. I. Lolis, Dione. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

FERNANDA DE SOUZA MOREIRA

**A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DOS DIREITOS DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:
UM OLHAR SOBRE A REDE DE SERVIÇOS A PARTIR DA POLÍTICA
DE SAÚDE EM CURITIBA-PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina como requisito para obtenção do título de mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof^a. Dr^a. Dione Lolis
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia da Silva Lopes
Centro Universitário Filadélfia - UNIFIL

Prof^a. Dr^a. Líria Bettioli Lanza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 05 de setembro de 2016.

DEDICO

*Às adversidades,
à minha mãe,
às crianças e aos adolescentes.*

AGRADECIMENTOS

Oito anos atrás eu vivia os Cinquenta Tons de Cinza da *Frozen* Curitiba – Origens de Uma Garota Exemplar. Lá, meu Coração Valente, depois de dar O Melhor de Mim, fez eu entender que eu tinha Uma Longa Jornada a trilhar em Londrina. Coloquei minhas Lembranças debaixo do braço, deixei meu Orgulho e Preconceito e fui atrás do Fabuloso Destino de *Amelie Poulain*.

Mas, à Primeira Vista já percebi como seriam os Jogos Vorazes de uma vida universitária. Uma mistura de Noites de Tormenta, Missão Impossível e Faroeste Caboclo. Cheguei a pensar em um Plano B, mas os Cem Anos de Escravidão foram amenizados por que eu estava Bem Acompanhada. A Pele Que Habito, Para Sempre, tornou-se uma Bonequinha de Luxo, pois tive um Encontro Marcado com a amizade, o carinho, o companheirismo e as risadas de muitos.

Aqui eu vivi um De Repente 30, Guerra e Paz, a Outra, A Proposta. Aprendi, dentre tantas outras coisas, que A Menina Que Roubava Livros pode ser inocente, que O Juiz pode ser corrupto, que, Como Treinar o Seu Dragão requer que eu seja Valente, que, Quem Quer Ser um Milionário não sabe que Amar não tem Preço, aprendi a Comer, Rezar, Amar.

Não passei meus dias na Casa do Lago, muito menos no Hotel Ruanda. Mas, Divertidamente, além do eterno apartamento 50 tive outros espaços que foram minha casa, que vão ficar na Memória de uma Gueixa.

Agora, peço que a Cidade dos Anjos permita que O Leitor dessa Carta de Amor permaneça para sempre Meu Malvado Favorito. Que não sejam Miseráveis, que permaneçam Intocáveis e *Invictus*, que tenham um *Up* e que Um Dia voltemos a nos encontrar. Não sei se Vestida Para Casar, Para sempre Alice, Malévola ou Avatar. Mas, caso não tenhamos A Teoria de Tudo, meu desejo que seja como O Último Samurai.

Espero que minha Ida seja somente física. De minha parte, estarei sempre com todos em minha memória, no meu coração, no meu trabalho. Vocês ajudaram a construir a minha história nesses anos e, além disso, ajudaram com que eu me construísse como pessoa e como profissional. Conto com o Carteiro e o Poeta para nos aproximar e nos eternizar, já que minha vida vai continuar em outra estrada.

Amigos, família, colegas, professores, pessoas. Cada um do seu jeito, com o tato, o olhar, a escuta, o paladar e o cheiro, encantou, transformou e coloriu a minha vida. Sou muito grata por isso, por dividirem suas vidas, sonhos e dias comigo.

Em especial, agradeço a todos os atores que contribuíram de forma tão generosa e cordial com essa pesquisa. A participação de cada um foi de extrema importância para a materialização desse trabalho. É um agradecimento mais que especial à Jussara, à Simone, à Dione, à Lúcia, à Líria, e à instituição financiadora da pesquisa, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

MOREIRA, Fernanda de Souza. **A construção da integralidade dos direitos da criança e do adolescente**: um olhar sobre a rede de serviços a partir da Política de Saúde em Curitiba-PR. 2016. 150 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

O presente estudo traz uma reflexão sobre a rede de serviços voltada à garantia da integralidade de direitos da criança e do adolescente a partir da Política de Saúde, tendo como lócus o município de Curitiba, capital do Paraná. Com o objetivo de analisar o processo de constituição e implementação do trabalho em rede voltado à garantia da integralidade dos direitos de crianças e adolescentes a partir da Política de Saúde desenvolvida em Curitiba, com ênfase na estratégia de gestão Apoio Institucional, faz-se uma revisão bibliográfica e uma pesquisa documental. Na sequência, realiza-se entrevistas com treze trabalhadores do território e da gestão inseridos em serviços, órgãos e espaços que compõem o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente no Distrito Sanitário Bairro Novo, situado na região sul do município, a saber: Unidade de Saúde, Maternidade Municipal, Centro de Atenção Psicossocial, Gestão Central e Distrital, Conselho Tutelar, Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes, Instituição de Ensino e da Fundação de Ação Social. Como principais resultados, destaca que o trabalho desenvolvido pela Rede de Proteção é um avanço inegável, mas que a falta de transversalidade, visão de totalidade, dificuldade de comunicação e de corresponsabilização de todos os atores envolvidos no Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, assim como a falta de um ator que assuma e exerça o papel de articulador dos demais atores, faz com que esse trabalho não constitua plenamente como uma Rede Intersetorial. O Apoio Institucional, estratégia de gestão adotada pela Secretaria Municipal de Curitiba, teoricamente entendida como uma alternativa para tornar o trabalho dos atores desse sistema mais coeso, menos burocrático e focado na integralidade, embora tenha proporcionado uma aproximação entre os profissionais da saúde no início da gestão 2013-2016, não se demonstrou com esta capacidade, visto que a troca do gestor da pasta no ano de 2015 provocou uma reorganização dessa estratégia.

Palavras-chave: Direitos. Criança e Adolescente. Rede Intersetorial. Integralidade. Saúde.

MOREIRA, Fernanda de Souza. **A construção da integralidade dos direitos da criança e do adolescente**: um olhar sobre a rede de serviços a partir da política de saúde em Curitiba-PR. 2016. 150 p. Dissertation (Master's Degree In Social Work and Social Policy) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

The current study brings a reflection on the service network directed to the guarantee of the integrity of child and teenager's rights through health policy, having as locus Curitiba, capital of Paraná. In order to analyze the process of constitution and implementation of the service network directed to the guarantee of the integrity of child and teenager's rights through health policy developed in Curitiba, laying emphasis on the management strategy *Apoio Institucional* (Institutional Support), it was done a bibliographic review and a documentary survey. Subsequently, it were conducted interviews with thirteen workers from the territory and the management inserted in services, sectors and places which composes the *Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do adolescente* (The System of Guarantee of child and teenager's rights) in *Distrito Sanitário Bairro Novo* (Sanitary District New Neighborhood), situated in the South region of the city, namely: *Unidade de Saúde* (Health Unit), *Maternidade Municipal* (City Maternity), *Centro de atenção Psicossocial* (Psychosocial Attention Centre), *Gestão Central e Distrital* (District and Central Management), *Conselho Tutelar* (Guardianship Council), *Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes* (City Council of Children and Teenagers' rights), *Instituição de Ensino e da Fundação de Ação Social* (Teaching Institution and Social Service Foundation). As the main results, it stands out that the work developed by *Rede de Proteção* (Safety Net) is an undeniable advance, however, there is a lack of mainstreaming, totality view, difficulty of communication and co-responsability of the engaged people in *Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do adolescente* (The System of Guarantee of child and teenager's rights), and also the absence of an engaged person who takes over and executes the function of guiding the others, results in a work which doesn't entirely constitute a *Rede Intersetorial* (Cross-section Net). The Institutional support, the management strategy which was applied by *Secretaria Municipal de Curitiba* (Secretary of Curitiba's City), theoretically understood as an alternative to make the work of this system more cohesive, less bureaucratic and focused on the integrity, although it has provided a closer relationship among the health workers at the beginning of the management 2013 -2016, didn't demonstrate with such capacity, since the change of manager in 2015 provoked a reorganization of this strategy.

Keyword: Rights. Child and Teenager. Cross-section Net. Integrity. Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma da Rede de Proteção de Curitiba/PR	74
Figura 2 – Mapa das Regionais/Distritos de Curitiba/PR.....	88
Figura 3 – Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEI	Centro de Educação Infantil
CF	Constituição Federal de 1988
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMAE	Centro Municipal de Atendimento Especializado
CMDCA	Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COHAB	Companhia de Habitação
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
FAZ	Fundação de Ação Social
FCC	Fundação Cultural de Curitiba
FIA	Fundo da Infância e Adolescência
FICA	Ficha de Comunicação do Aluno Ausente
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar ao Menor
HIV/Aids	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome
IMAP	Instituto Municipal de Administração Pública
IPPUC	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MP/PR	Ministério Público do Paraná
NAAPS	Núcleo de Apoio em Atenção Primária em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

NR	Núcleo Regional
NREE	Núcleo Regional de Educação Estadual
NREM	Núcleo Regional de Educação Municipal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Estado
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNBEM	Política de Bem-Estar ao Menor
PSF	Programa Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAM	Serviço Nacional de Assistência aos Menores
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SIPIA	Sistema de Informações para Infância e Adolescência
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMSC	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJ/PR	Tribunal de Justiça do Paraná
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E POLÍTICAS DE INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E SAÚDE	21
2.1	ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO BRASILEIRO	21
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL.....	36
2.3	POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO BRASILEIRO	45
3	MODELOS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO: A INTEGRALIDADE COMO FOCO DO TRABALHO EM REDE EM CURITIBA	54
3.1	MODELOS DE GESTÃO	54
3.2	ESTRATÉGIAS DE GESTÃO: APOIO INSTITUCIONAL EM CURITIBA	59
3.2.1	Trabalho em Rede Desenvolvido em Curitiba a partir da Percepção dos Atores.....	67
3.3	A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO COTIDIANO: AVANÇOS DO TRABALHO EM REDE EM CURITIBA	75
4	SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: FRAGILIDADES DA REDE E DESAFIOS PARA CURITIBA	84
4.1	POLÍTICA DE SAÚDE DE CURITIBA	84
4.2	POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM CURITIBA	90
4.3	DESAFIOS E FRAGILIDADES DO TRABALHO EM REDE DE CURITIBA	96
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICES	130
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	131
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	133
	ANEXOS	135

ANEXO A – Autorização Secretaria Municipal de Educação de Curitiba	136
ANEXO B – Ficha de Notificação Individual	138
ANEXO C – Ficha de Notificação Individual: violência Interpessoal/autoprovocada	140
ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP/SMS Curitiba	142
ANEXO E – Parecer Consubstanciado do CEP/UEL	144
ANEXO F – Parecer Técnico Para Autorização de Pesquisa Em Unidades da Fundação de Ação Social de Curitiba	146

1 INTRODUÇÃO

Mais do que se possa imaginar, a aproximação ao tema proposto no presente estudo está carregada de elementos que antecedem à inserção em um Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. Desde o início da vida acadêmica no Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL) no ano de 2008, muitos caminhos foram percorridos.

A graduação permitiu o contato com diversos conteúdos, discussões e profissionais. Além disso, no decorrer do curso, vários campos de atuação do assistente social foram apresentados, inclusive o campo sociojurídico. Assessorar juízes e promotores, em momentos decisivos, delicados e complexos da vida de crianças e de adolescentes que chegam em Varas da Infância e Juventude, Varas de Família, Promotorias Especializadas, torna esse campo de trabalho atrativo. Mesmo porque, crianças e adolescentes, por suas condições peculiares de pessoas em desenvolvimento, que demandam proteção integral, necessitam mais do que o conhecimento jurídico em sua defesa.

Tal interesse foi motivador de uma maior aproximação à temática e aprofundamento de conhecimentos através de participação em pesquisa científica – intitulada “O Serviço Social no Poder Judiciário: estudo sobre as condições de elaboração de laudos e pareceres técnicos”. Para o desenvolvimento da pesquisa, foi possível o contato com o leque de temáticas que envolvem o Poder Judiciário – sua estrutura, sua função, sua composição, o direito, a justiça, etc., assim como com temáticas relacionadas ao Serviço Social no campo sociojurídico, mais especificamente, com as atribuições do assistente social no Poder Judiciário.

A base para o desenvolvimento do estudo sobre a elaboração de laudos e pareceres foi uma pesquisa realizada entre 2006 e 2008 sobre o número de assistentes sociais e psicólogos que atuavam no Poder Judiciário paranaense. Dentre os dados acessados chamou a atenção o pequeno número de profissionais de Serviço Social em atuação no Poder Judiciário do estado. A pesquisa indicava que à época existiam apenas 39 assistentes sociais atuando como servidores do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (ALAPANIAN; PIRES; ROCHA, 2005).

Esta situação difere bastante da realidade dos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul, por exemplo. Este contava com 90 assistentes sociais no quadro do Tribunal de Justiça (RIO GRANDE DO SUL, 2011), enquanto aquele possuía, no

ano de 2007, 841 no Poder Judiciário (CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE SÃO PAULO, 2011).

O acesso a essas informações fez surgir uma questão: por que o Serviço Social não se expande no Poder Judiciário do Paraná? Por que, mesmo sabendo que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê em seus artigos 150 e 151 a existência de equipe interprofissional que preste auxílio ao juízo (BRASIL, 1990a), apenas 17 Comarcas do Estado possuíam profissionais concursados, ainda segundo a mesma pesquisa realizada entre 2006 e 2008?

Em 2008, o Paraná possuía 155 Comarcas, nas quais eram julgados os processos relacionados direta ou indiretamente a crianças e adolescentes – medida socioeducativa, adoção e guarda, por exemplo. Entretanto, em muitas Comarcas, o juiz, ainda hoje, não conta com profissionais para subsidiar sua decisão nessa área, apesar de ser uma situação alvo de denúncias do Conselho Regional de Serviço Social e de ter ocorrido um concurso público para assistentes sociais em 2009 (GRESS).

Diante dessas informações, nortear o Trabalho de Conclusão de Curso de graduação pela seguinte questão pareceu ser a oportunidade de encontrar algumas respostas: quais os entraves para a efetivação da legislação pertinente à existência de equipes interdisciplinares no Poder Judiciário paranaense? De acordo com a percepção dos entrevistados para este trabalho, o cenário paranaense foi justificado por traços conservadores e problemas administrativos que implicam na precariedade dos serviços institucionais prestados pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJ/PR) e nas limitadas respostas à complexidade das demandas que a sociedade apresenta à instituição – uma delas é a de fazer cumprir o que preconiza o ECA, possibilitando melhores condições de aplicação da justiça.

Aliada a esse início de vida acadêmica, a vivência no decorrer da prática profissional proporcionada durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), pelo programa da UEL, trouxe conhecimentos diversos, mas que ainda poderiam contribuir para refletir os direitos de crianças e adolescentes. A dinâmica e a organização dos serviços de saúde do município de Londrina enriqueceram o cenário acadêmico.

Durante os anos de residência, 2012 a 2014, as atividades transcorreram em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Zona Sul da cidade. Esta experiência permitiu conhecer não só a realidade da Autarquia Municipal de Saúde

de Londrina, como de alguns serviços das políticas de Assistência Social e de Educação, das Redes de atendimento à mulher, ao idoso, às vítimas de violência, entre outros.

Este processo de conhecimento e inserção de um profissional de Serviço Social no dia a dia da UBS suscitou dúvidas, indagações e inquietações que envolviam os direitos fundamentais da criança. O cotidiano de trabalho mostrava que o usuário da Unidade de Saúde ainda era visto, em alguns momentos/atendimentos, de forma a considerar somente o seu caráter biológico. E com crianças e adolescentes não era diferente. O que não dizia respeito às vacinas, à coleta de sangue para exames, aos medicamentos, por exemplo, algumas vezes não era observado com o devido cuidado. Falta de vagas em Centros de Educação Infantil (CEI), dificuldade financeira para suprir as necessidades básicas da família, violência contra crianças e adolescentes, por exemplo, questões tão importantes para garantir a saúde dessa população, passavam despercebidas aos olhos de alguns trabalhadores ou em alguns atendimentos. E, quando notadas, tais situações de vulnerabilidade nem sempre eram acompanhadas. Eram encaminhadas para um serviço ou outro, e ponto.

Dessa forma, a necessidade de refletir sobre o papel da UBS na garantia de direitos fundamentais da criança marcou o fim do período de Residência. Os resultados de uma pesquisa, a partir de entrevistas realizadas com profissionais que desenvolvem atividades voltadas ao atendimento à criança de uma UBS de Londrina, foram que: o papel da unidade diante de violações de direitos da criança é acolher; orientar; notificar e acionar a Rede de Proteção. Aqui, acolhimento é entendido como uma forma de recepcionar o usuário e, principalmente, exercer uma escuta que permita o entendimento real de sua queixa, para além do biológico, em todo e qualquer atendimento.

Tais resultados vão ao encontro da leitura obtida durante o período de residência: ainda existe uma fragilidade no que diz respeito ao Trabalho em Rede no município de Londrina. Algo que não se restringe a esta cidade, pois através de uma breve aproximação com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMSC) identificou-se alguns aspectos da mesma realidade.

Este município, que é capital de uma das unidades federativas do Estado Democrático de Direito brasileiro – Paraná, na Região Sul, tem uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) distribuída em uma área territorial de 435.036 km² para

atender uma população estimada em 1.879.355 habitantes, dos quais 431.102 estão na faixa etária de 0 a 17 anos e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,823 (IBGE, 2015). Destes, 6.491, de acordo com o Censo 2010, estavam em situação de extrema pobreza¹. Quadro que se mostrava ainda mais grave pelo fato de o município apresentar 904 crianças de 0 a 3 anos fora do ensino infantil, 224 fora do ensino fundamental, e 196 adolescentes fora do ensino médio (CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2013b). Outro dado que chama atenção é a taxa de mortalidade infantil que em 2013 era de 8,82 a cada mil nascidos vivos² (BRASIL, 2015a) e caiu para 7,7 em 2014, conforme o *site* da prefeitura expõe (CURITIBA, 2015a). Embora tenha caído, continua alta.

Com base na mesma fonte, sabe-se que tal espaço geográfico está organizado pela SMSC em três Macrorregionais: Sul, Norte e Leste, e em 10 Distritos Sanitários de Saúde³: Bairro Novo, Boqueirão, Boa Vista, Cajuru, Matriz, Pinheirinho, Portão, Santa Felicidade, CIC e Tatuquara. Cada Distrito conta com uma diretoria e três coordenadorias, que são: atenção, gestão e vigilância em saúde.

Ciente disso, diante da necessidade de realizar um estágio como requisito do Programa de Residência e, principalmente, por ter conhecimento da existência de uma estratégia de gestão de Curitiba – Apoio Institucional; a experiência de 15 dias de estágio trouxe à cena um elemento que poderia ser o elo entre serviços, setores e profissionais para contribuir com o desenvolvimento do Trabalho em Rede. Tal suposição se sustenta por saber que o Apoio Institucional tem como características estar no “entre lugar” (BERTUSSI, 2010, p. 216), de percorrer a RAS e estabelecer uma comunicação entre todos em prol de uma articulação mais efetiva dos mesmos (CAMPOS, 2007).

Com tais elementos, e diante da oportunidade de estudo que a inserção em um Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social na UEL representa, a questão que surge é: “Como se constitui e se implementa a rede de serviços voltados para a garantia da integralidade de direitos da criança e do adolescente a partir da política de saúde desenvolvida no município de Curitiba-PR”? A busca da resposta para esta pergunta tem a intenção de proporcionar um

¹ Pessoas que vivem com menos de US\$ 1,25 por dia (BRASIL, 2015b).

² Sendo que em Porto Alegre a taxa de mortalidade em 2013 era de 9,27 a cada mil nascidos vivos e na Região Sul do Brasil era de 10,7 (BRASIL, 2015a).

³ Entendidos como um sistema local de saúde que visa a regionalização de serviços de saúde com o objetivo de possibilitar a universalização da cobertura e do acesso (SANTA CATARINA, 2014).

debate sobre os limites e possibilidades que envolvem o Trabalho em Rede, o que poderá apontar caminhos que possibilitem uma maior eficiência e efetividade dessa estratégia de gestão.

Embora a Constituição Federal promulgada em 1988 traga em seu texto o delineamento legal de direitos e deveres da população brasileira, numa perspectiva democrática de direitos e valorização plena da cidadania; apesar de a Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, norteadas pela equidade, integralidade e universalidade da saúde, instituir o Sistema Único de Saúde (SUS); mesmo que o Decreto Federal nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a LOS, traga a perspectiva de Trabalho em Rede para garantir acesso resolutivo, efetivação do processo de descentralização e redução das desigualdades regionais (BRASIL, 2011a); ainda existe um caminho a ser trilhado em prol da garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

Em busca da integralidade desses direitos, é necessário mais do que ações dentro do sistema de saúde. Ela deve ser garantida através do trabalho articulado entre políticas econômicas e sociais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). A perspectiva da integralidade – capacidade de enxergar o indivíduo como um ser biopsicossocial, organização das práticas de profissionais e serviços, políticas públicas voltadas ao enfrentamento dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) – no universo de crianças e adolescentes supõe, entre outras, articulações intersetoriais como o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) – sistema este formado pela articulação de diversos atores com o objetivo de garantir a promoção, defesa e controle dos direitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 2006).

Sendo assim, definiu-se como objetivo geral analisar o processo de constituição e implementação do Trabalho em Rede voltado para a garantia da integralidade dos direitos de crianças e adolescentes a partir da Política de Saúde no referido município. Como objetivos específicos, elencou-se: descrever como está organizada a Política de Saúde, em especial aquela voltada para criança e adolescente; conhecer as estratégias utilizadas pela Rede de Saúde de Curitiba para a articulação com os demais serviços e políticas em prol da garantia da integralidade dos direitos de crianças e adolescentes; e identificar a existência de limites e possibilidades para a articulação da Política de Saúde e os demais serviços

e políticas voltados para garantia da integralidade de direitos de crianças e adolescentes de Curitiba.

Para o alcance destes objetivos, como metodologia, optou-se por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa, de tipo exploratória, desenvolvida a partir de uma pesquisa de campo registrada em diário de campo (o qual será utilizado no segundo capítulo), conforme descreve Minayo (2013), e que terá seu completo desenvolvimento a partir uma análise do conteúdo das entrevistas conforme descreve Bardin (2004). Nesse caminho, realizou-se uma revisão bibliográfica para aprofundar os conhecimentos sobre Estado Democrático de Direito brasileiro, políticas públicas de infância e adolescência, Política de Saúde no Estado Democrático de Direito brasileiro e gestão pública. Na sequência, realizou-se uma pesquisa documental, tendo como fontes os *sites* oficiais, relatórios e protocolos clínicos e, por fim, uma pesquisa de campo em que adotou-se a técnica de entrevista, a partir de um roteiro semiestruturado (Apêndice B), com sujeitos significativos relacionados ao Distrito Sanitário Bairro Novo, a saber: apoiador central, apoiador de território, diretor do Distrito Sanitário, coordenador de uma Unidade de Saúde (US), representante do Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPS-i), representante da maternidade, um conselheiro tutelar, um representante da Política de Educação e um membro do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).

Na delimitação deste estudo, apesar de saber da existência de outros nove Distritos Sanitários, definiu-se o do Bairro Novo de Curitiba como campo de pesquisa, visto que existia um maior contato prévio com os seus trabalhadores (apoiador, diretor, enfermeiros, técnicos, entre outros) durante o período de estágio realizado na SMSC, citado anteriormente – foram discussões sobre a implantação e desenvolvimento do apoio institucional, reuniões dos colegiados central e distrital, atividade de campo do Apoio Institucional, reunião da Comissão do Núcleo de Saúde Coletiva, reunião do Conselho Municipal de Saúde, reunião de educação permanente da equipe de apoio institucional juntamente com o apoiador do Distrito Sanitário do Bairro Novo e no referido Distrito, na maior parte do tempo.

Quanto aos atores, estes foram intencionalmente elencados para esta pesquisa por fazerem parte dos serviços de saúde presentes no território escolhido para o estudo e por fazerem parte dos eixos que compõem o SGDCA – defesa de direitos (garantir acesso à justiça), promoção dos direitos (deliberar e formular a

política de Proteção Integral) e controle de efetividade dos direitos (defender o cumprimento dos preceitos constitucionais e do ECA). Desta forma, do eixo controle, foi escolhido o CMDCA; do eixo defesa, o Conselho Tutelar; e do eixo promoção dos direitos, a Política de Educação.

Todavia, no seu decorrer, a pesquisa estendeu-se a outros profissionais, por indicação dos atores da Política de Saúde (Gestão 3 e Atenção Primária 1) em suas entrevistas, e também por sugestão de docentes, na ocasião da apresentação do projeto de pesquisa no Seminário de Dissertação neste Programa de Pós-Graduação. Os novos atores da pesquisa são: um representante da coordenação executiva do CMDCA, um representante da coordenação executiva da Rede de Proteção à Criança e Adolescente em Situação de Risco para a Violência, um representante da Rede de Proteção local (Distrito do Bairro Novo), e um representante da Política de Assistência Social. Para a escolha deste último, levou-se em consideração que essa política compõe o tripé da seguridade social – entendido como o conjunto de ações promovidas pelo Poder Público que visa garantir os direitos à saúde, à previdência social e à assistência social, conceito que será abordado mais detalhadamente no primeiro capítulo.

Após a definição da metodologia e a obtenção de aprovação do Comitê de Ética (Anexo D e Anexo E) houve um contato com os sujeitos para informar os objetivos da pesquisa e o agendamento do dia e o horário para a execução das entrevistas, as quais ocorreram entre os dias 10 e 14 de agosto de 2015. Antes do início das entrevistas, houve uma orientação para os participantes sobre os termos da concessão da mesma e o fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), que foram devidamente assinados. Devido à dificuldade de estabelecer uma data compatível com um dos entrevistados, uma das entrevistas realizou-se por meio eletrônico, assim como o aceite da sua participação. De acordo com as condições previstas no TCLE, a identidade dos participantes será mantida em sigilo. Sendo assim, eles foram identificados da seguinte forma: Política de Saúde – Gestão 1; Política de Saúde – Gestão 2; Política de Saúde – Gestão 3; Política de Saúde – Gestão 4; Conselho Tutelar; CMDCA 1; CMDCA 2; Política de Educação; Política de Saúde – Atenção Especializada; Política de Saúde – Atenção Secundária; Política de Saúde – Atenção Primária 1; Política de Saúde – Atenção Primária 2; Política de Assistência Social.

A análise do conteúdo das entrevistas permitiu chegar a cinco categorias norteadoras deste estudo: a concepção de Rede; a forma como se dá o processo de Trabalho em Rede; os desafios e as fragilidades que o Trabalho em Rede apresenta; os avanços conquistados pelo Trabalho em Rede; e a construção da integralidade no cotidiano do Trabalho em Rede.

O texto que segue está organizado em três momentos distintos, porém complementares. O primeiro capítulo traz uma contextualização sobre Estado Democrático de Direito, introduzida por algumas concepções de teóricos de grande influência e expressão ao longo dos séculos sobre o conceito de Estado, assim como pontos relevantes sobre a legislação da infância e juventude na perspectiva, principalmente, que Vicente de Paula Faleiros e Edson Passeti trabalham, e sobre a Política de Saúde brasileira pós Constituição de 1988. Tais conceitos e apontamentos servirão de base para contextualizar a organização político-administrativa do Brasil e da Política de Saúde conquistada e (parcialmente) implementada durante o período de redemocratização para, então, refletirmos a integralidade dos direitos de crianças e adolescentes.

O segundo capítulo faz uma explanação sobre os modelos de gestão pública patrimonialista, burocrática e gerencial, e analisa as estratégias de gestão adotadas pela SMSC, Apoio Institucional e Trabalho em Rede, conforme a literatura sobre os temas e a contribuição dos atores deste estudo. E o terceiro e último capítulo trata da estrutura e do delineamento da Política de Saúde de Curitiba no decorrer dos anos, mas com um foco maior na Política de Saúde direcionada às crianças e adolescentes, principalmente com base nos protocolos clínicos adotados pelo município e nas contribuições dos atores deste estudo. A exposição dos avanços, desafios e fragilidades do Trabalho da Rede desenvolvido em Curitiba faz parte desta contribuição.

Por fim, as considerações finais expõem o avanço inegável que a implementação da Rede de Proteção significa, assim como algumas sínteses que trazem outros resultados deste estudo e possibilidades para uma melhor estruturação e fortalecimento desta Rede.

2 ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E POLÍTICAS DE INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E SAÚDE

2.1 ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO BRASILEIRO

No curso da história da humanidade e das diversas relações que os seres humanos estabelecem entre si e com o meio, assim como no processo de formação e transformação do que vem a ser entendido como organizações sociais e seus desdobramentos – cidades, países, nações – existiram diversos pensadores, teóricos e filósofos que observaram, vivenciaram e traduziram em palavras o que, materializadas em produções literárias de grande relevância para a humanidade, deram subsídios significativos para entender o passado, porém com vistas ao futuro.

Tais contribuições perpassam a cultura e o desenvolvimento econômico e político de uma cidade, um País ou um continente. Trazem reflexões sobre o desenrolar de revoluções, de conquistas científicas ou sociais. Como começou o fato histórico, quem esteve envolvido no seu processo, qual o resultado para a população. Estes e outros pontos tratados em produções literárias contam a história de um País, a exemplo do Brasil. Contam e servem de subsídio para elucidar os caminhos percorridos pelas políticas públicas e para se compreender a atualidade das políticas de infância e adolescência e da Política de Saúde no Brasil do século XXI, e do Estado Democrático de Direito brasileiro.

No que diz respeito ao processo de constituição do Estado e de entendimento de sua necessidade, introdução à proposta deste capítulo, alguns expoentes podem ser destacados como os contratualistas. Hobbes, ao expor, em sua afamada obra *Leviatã*, que mais do que um pacto social entre os homens, urgia a necessidade de uma concentração de poder na figura de um homem ou assembleia de homens, a fim de garantir a segurança, a paz e o respeito entre os demais, acaba por inferir sua concepção de Estado. Este passa a ser o representante do coletivo para o qual é transferido o poder de governar os homens e o uso da força para defender todos os indivíduos. Contudo, o autor defende que as leis não se aplicam às crianças por exemplo, devido à sua incapacidade de estabelecer, como os demais, um pacto que legitima as ações de um soberano e, conseqüentemente, compreender suas implicações (HOBBS, 1651).

Já para Locke (2015, p.97), a existência de uma sociedade civil se dá pela união de um número qualquer de homens que abdicam do poder de um julgamento particular e depositam nos seus representantes a responsabilidade de elaboração e aplicação das leis. Eles saem do estado de natureza e estabelecem uma sociedade política ou civil em prol da preservação de sua propriedade, da imparcialidade de julgamento do representante dessa sociedade e pela garantia de se ter a execução de julgamentos. Algo improvável no estado de natureza, visto que cada pessoa agia em benefício próprio. Portanto, “quando os homens se uniram em sociedade sob um governo civil, excluíram o uso da força e introduziram as leis para a preservação da propriedade, da paz e da unidade entre eles”.

Rousseau (2016), o terceiro teórico contratualista, em 1762 escrevia que a cooperação entre os homens se dá em busca de sua preservação. E, para a defesa de cada associado e de seus bens, a cláusula máxima do contrato social que eles estabelecem se resume a: “a alienação total de cada associado, com todos os seus bens, à comunidade inteira” (p. 33). A união que se obtém a partir da entrega de cada associado representa uma igual condição para todos, sem onerar qualquer um deles, o que garante a liberdade de cada um e a força para preservar o que se tem. Tal corpo coletivo que se constitui é conhecido como Estado.

Diferentemente, para Engels, em sua obra “A origem da família, da propriedade privada e do Estado”, publicada em 1884, a partir da classificação das três épocas da humanidade (estado selvagem, barbárie e civilização) que Lewis Henry Morgan estabelece, e da leitura de “O Capital” de Karl Marx, expõe sua concepção da gênese de Estado – a que, para este estudo, apresenta-se como a mais coerente. A análise das condições econômicas, as quais provocam mudanças na sociedade gentílica, explicam o início da civilização, assim como o processo de “construção” do Estado (ENGELS, 1984).

A fixação do homem à terra para seu cultivo, a domesticação de animais, o desenvolvimento do artesanato e o uso de metais fundidos, segundo Engels, repercutiram no estabelecimento do início de um comércio entre as tribos – além do surgimento dos comerciantes e da moeda –, na constituição da propriedade privada, na origem da divisão social do trabalho, assim como na primeira divisão da sociedade em classes: senhores e escravos.

Esse processo levou à concentração de bens (dinheiro, escravos, terras) nas mãos de um pequeno número de pessoas, a classe exploradora, em detrimento

de uma classe pobre de explorados. Algo que demonstra o antagonismo de classes, que necessitará ser regulado por um poder, aparentemente imparcial – o Estado. O que indica que este é um produto imprescindível, que surge da necessidade de regulação dos conflitos entre classes, mas que na prática representa os interesses da classe dominante e instrumentaliza a exploração sobre a classe dominada (ENGELS, 1984). Ideia que reforça a análise feita por Marx e Engels (1999) na obra “A Ideologia Alemã”, de 1846, de que a classe burguesa, que no decorrer dos anos adquire a propriedade privada, mantém-se dominante devido à regulação que o Estado exerce. O Estado, como parte da superestrutura⁴, é

[...] a forma através da qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer os seus interesses comuns e na qual se resume toda a sociedade civil de uma época, conclui-se que todas as instituições públicas têm o Estado como mediador e adquirem através dele uma força política (MARX; ENGELS, 1999, p. 124).

Como disse Marx (1996, p. 12), “não é o Estado, [...] que cria a sociedade civil: ao contrário, é a sociedade civil que cria o Estado”. Mesmo porque o desenvolvimento das forças e relações de produção (infraestrutura – base econômica) é para suprir as necessidades materiais dos homens que provocam as transformações sociais, não o contrário.

Embora cada pensador, dentre os citados ou inúmeros outros, tenha sua interpretação e compreensão sobre a gênese do Estado, de seu significado ou da forma como se sustenta, o fato é que para entender a questão do cuidado integral⁵ à saúde da criança e do adolescente é necessário situar a discussão em um espaço societário. A concentração de poder legitimada pela sociedade, o estabelecimento de um conjunto de normas e interesses diversos são elementos que permitem refletir sobre o Estado Democrático de Direito – uma noção que busca ampliar o simples Estado de Direito concebido pelo liberalismo –, atual organização do Estado brasileiro, assim como as legislações e a forma como as questões relacionadas ao cuidado integral de crianças e adolescentes é tratada. Mas, antes de adentrar no

⁴ O Estado, a legislação, a cultura, as ideologias – possuem “desenvolvimento autônomo relativo e influência retroativa sobre a estrutura econômica” (MARX, 1996, p. 21).

⁵ Ao considerar que o cuidado em saúde é o tratar, acolher um usuário de forma a respeitar sua singularidade e sofrimento em busca de resolutividade frente às suas demandas (PINHEIRO, 2008), entende-se que o cuidado, para ser integral, abrange o conceito mais amplo de saúde, utiliza de todas as tecnologias, profissionais e rede de serviços para atender às necessidades dos usuários (BADUY, 200?).

significado e características da forma de organização em vigor no Brasil, será necessário recuperar alguns aspectos sobre o Estado de Direito que igualmente contribuem com o enriquecimento sobre a reflexão do Estado Democrático de Direito brasileiro.

Para manter a ordem e a segurança de todos que participam da vida em sociedade e de tudo relacionado a ela, o Estado utiliza-se de normas ou leis para que direitos sejam garantidos. Tais normas formam um conjunto, o direito, que, ao mesmo tempo que garante a liberdade dos indivíduos, organiza, institui e limita o poder atribuído ao Estado (FERREIRA FILHO, 2004).

Submetido a um direito superior a ele, este Estado denominado de Estado de Direito, conceito liberal, tem como uma de suas características a liberdade do indivíduo para garantir suas necessidades. O Estado de Direito teria somente que definir e manter a ordem jurídica (FERREIRA FILHO, 2004). Ou, como define Silva (2008, p. 112), o Estado de Direito caracteriza-se pela “submissão ao império da lei”; pela divisão de poderes de forma que o legislar, o julgar e o administrar de uma sociedade seja exercido por pessoas diferentes – Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário⁶; e pela garantia e declaração dos direitos individuais.

Tais características são expostas nas constituições, visto que elas detalham a estrutura de uma sociedade politicamente organizada. Além disso, elas ratificam os direitos e materializam a limitação de poder do Estado. Na definição da estrutura da sociedade, elenca as instituições competentes para reger a vida em sociedade e proteger os direitos fundamentais do indivíduo. Mesmo porque a defesa desses direitos tem a finalidade de legitimar o Estado. Assim, a constituição, ao mesmo tempo que prevê direitos aos indivíduos, ou seja, está a favor dos cidadãos de direitos e contra o Estado, é a Lei Magna do Estado e institui sua organização fundamental (FERREIRA FILHO, 2004; CONSTITUCIONALISMO, 1998).

Pautado na Lei, a atuação do Estado de Direito baseia-se em três princípios, segundo classificação que Ferreira Filho (2004) traz: legalidade, igualdade e justicialidade. O primeiro tem em sua definição uma interligação com o conceito de liberdade, pois, como lembra Garaudy (apud SILVA, 2008, p. 232), liberdade tem um caráter histórico, visto que tem uma dependência atrelada ao “poder do homem sobre a natureza, a sociedade, e sobre si mesmo em cada

⁶ Sistema de freios e contrapesos ou tripartição do poder teorizado por Montesquieu (MEDEIROS, 2007).

momento histórico”. Isto ilumina a conceituação de liberdade de Montesquieu, que dizia que esta é “o direito de fazer tudo o que as leis permitem” (MONTESQUIEU, 1979), e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, que diz que “a liberdade consiste em poder fazer tudo o que não prejudique o próximo” (COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DA USP, 1789), porém esta liberdade deve ser usufruída por todos. Com isso, entende-se que o exercício da liberdade precisa ser limitado, papel este conferido às leis, principalmente em caso de alguma situação nociva à sociedade (SILVA, 2008, p. 233).

De acordo com tais definições, pensar em liberdade envolve a reflexão sobre a liberdade como direito – algo atrelado ao processo de desenvolvimento dos direitos humanos, sobre normas que estabelecem e regulam tal direito, além de uma autoridade que faça com que elas sejam cumpridas (LIBERDADE, 2000).

A legalidade, portanto, diz respeito ao que a lei, elaborada e editada pelo poder Legislativo, permite ou não aos cidadãos. Dessa forma, qualquer situação não prevista em lei não pode ser vista como obrigação ou dever. Isso representa a impossibilidade de exigir algo que a lei não determina, de ser imposta uma sanção sem lei preexistente, ou de determinar qualquer medida que não por meio de lei sancionada. Princípio este que corrobora com mencionada limitação do poder do Estado, visto que sua atuação depende de previsão legal, logo, da liberdade dele e dos demais atores de uma sociedade.

A igualdade, segundo princípio, diz respeito ao desenvolvimento e cumprimento do que a lei estabelece. Esta, elaborada pelo Poder Legislativo, expõe que todos os indivíduos são iguais perante a lei e, por isso, devem ser protegidos e punidos igualmente. Mais que isso, sendo a lei baseada na ideia de justiça, a igualdade seria, portanto, tratar todos os indivíduos igualmente, se em iguais condições – tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais. Assim, este princípio indica que existe no Estado de Direito uma igualdade de aplicação da lei a todos os indivíduos – a lei deve ser aplicada a todos os seres humanos e com uniformidade de tratamento. Não cabe brandura ou maior rigor a qualquer sujeito de acordo com sua posição social ou profissão, por exemplo. A lei deve ser seguida conforme estabelecida previamente e sem discriminações, conforme o autor. Entendimento este refutado por Silva (2008), pois essa visão clássica de igualdade no Estado de Direito é meramente formal e sem concretude.

Ao tratar sobre justicialidade, terceiro princípio, Ferreira Filho (2004) o considera como a garantia do Estado de Direito. Este princípio diz respeito à necessidade de haver um meio de contestar ou requerer decisões frente a litígios, seja entre situações particulares ou públicas. O Poder Judiciário, representado por um juiz, exerce a função de examinar a legalidade e aplicar a lei. Além disso, este princípio diz respeito ao exame, por parte desse Poder, do cumprimento da justiça de tratar os desiguais desigualmente e os iguais igualmente. Não obstante, de acordo com Silva (2008), o Estado submetido ao Poder Judiciário tem o papel de julgar qualquer ato consoante ao que delimitam a constituição e demais leis e, com isso, a tendência de vincular a ideia de justiça a esta submissão está equivocada.

O Estado Democrático passa a ter mais concretude a partir dos movimentos contra o absolutismo: Revolução Inglesa, que possibilitou a construção da *Bill of Rights* em 1689; a Revolução Americana, que culminou na Declaração de Independência das treze colônias americanas em 1776; e a Revolução Francesa, que promoveu uma universalidade de seus princípios contidos na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789 (DALLARI, 1998).

A primeira, segundo Dallari (1998), a Revolução Inglesa, tinha como norte a defesa dos direitos naturais dos indivíduos que nascem livres e iguais e o governo da maioria à frente do Poder Legislativo. Mesmo porque, como diz Locke (2015, p.70),

Já foi mostrado que quando os homens se unem pela primeira vez em sociedade, a maioria detém naturalmente todo o poder comunitário, que ela pode utilizar para de tempos em tempos fazer leis para a comunidade, e para providenciar o cumprimento destas leis por funcionários por ela nomeados: neste caso, a forma de governo é uma democracia perfeita [...].

As ideias que permearam a Revolução Inglesa fizeram eco na Revolução Americana no século XVIII. O posicionamento desta contra o absolutismo inglês foi ao encontro da ideia de que um absolutismo americano no comando não seria de grande valia. Ratificada na Declaração de 1776, os elementos da luta travada contra o poder inglês em solo americano dão o direcionamento para a organização das antigas colônias e, sequencialmente, dos Estados Unidos da América, porém com a associação da democracia com a não-intervenção do Estado (DALLARI, 1998).

Já a Revolução Francesa, cujo contexto político se diferenciava dos demais movimentos citados, visto que existia à época uma dificuldade em firmar uma unidade entre os franceses e uma rivalidade entre igreja e Estado, imprimiu um caráter mais universal à Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão.

Declara-se, então, que os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos. Como fim da sociedade política aponta-se a conservação dos direitos naturais e imprescindíveis do homem, que são a liberdade, a propriedade, a segurança e a resistência à opressão. Nenhuma limitação pode ser imposta ao indivíduo, a não ser por meio da lei, que é a expressão da vontade geral. E todos os cidadãos têm o direito de concorrer, pessoalmente ou por seus representantes, para a formação dessa vontade geral. Assim, pois, a base da organização do Estado deve ser a preservação dessa possibilidade de participação popular no governo, a fim de que sejam garantidos os direitos naturais (DALLARI, 1998, p. 150).

Trindade (2013, p. 16), contudo, entende que esta concretude se viabiliza a partir do momento em que o feudalismo e o escravismo tornaram-se “obstáculos à livre acumulação e circulação de capital, à livre contratação de força de trabalho e à livre transformação em mercadoria de todos os produtos do trabalho”, preceitos do modo de produção capitalista – pensamento que demonstra maior coerência teórica para este estudo.

Com o processo de desenvolvimento capitalista industrial e, como foi abordado, da Revolução Francesa, a conciliação entre liberdade e igualdade, operação defendida até aquele momento, perde sustentação. “Opressão e injustiças denunciam desigualdades concretas que a igualdade natural não previne nem apaga” (VIANNA, 2016, p. 4). Conciliação que, na visão de Rousseau (2016), tem a solução na “alienação total” dos associados, como mencionado anteriormente. Isto porque

O que o homem perde pelo contrato social é sua liberdade natural e um direito ilimitado a tudo que o tenta e que ele pode atingir; o que ele ganha é a liberdade civil e a propriedade de tudo o que possui. Para não nos enganarmos nessas compreensões, cumpre distinguir claramente a liberdade natural, que tem por limites apenas as forças do indivíduo, da liberdade civil que é limitada pela vontade geral; e a posse, que não é senão o efeito da força ou do direito do primeiro ocupante da propriedade que só pode estar fundada sobre um título positivo (ROUSSEAU, 2016, p. 38).

A obediência à lei significa liberdade no estado civil – o que requer uma “liberdade moral” do indivíduo, segundo Rousseau (2016, p. 38). Para obter uma perfeição na legislação não deve sobressair uma vontade particular ou individual, somente uma vontade geral ou soberana. O governo torna-se fraco ao passo que o número de magistrados aumenta, visto que a vontade dos membros confunde-se com a vontade do corpo de magistrados, e faz a vontade particular sobressair. Não por acaso, a Democracia, conforme o autor, não é possível existir. “É contra a ordem natural que a maioria governe e que a minoria seja governada” (p. 81), pois uma assembleia de todo o povo seria impossível e comissões para decidir assuntos públicos representaria outra forma de governo que não a Democracia. Para ele, a vontade geral, a partir da alienação total, torna-se indestrutível se um corpo de homens estiver guiado pelo bem-estar geral e proteção comum. Não há conflito ou contradição de interesses, e a paz, a união e a igualdade são os guias da sociedade.

Muito embora, apesar de entender que o processo de concretização do Estado Democrático é outro, como foi dito, Trindade (2013) ressalte que as já citadas *Bill of Rights*, Declaração de Independência Americana e Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, são marcos dos direitos civis e políticos. Além destas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), ilustra uma tendência mundial pós Segunda Guerra Mundial. Ela iniciou um movimento de conciliação entre os direitos civis e políticos da Declaração francesa de 1789 com os direitos econômicos, sociais e culturais previstos na Constituição mexicana em 1917, na Declaração russa de 1918 e na Declaração de Weimar de 1919, como defende o autor.

O cerne da Declaração de 1948 consiste no reconhecimento de que compõem o âmbito dos direitos humanos todas as dimensões que disserem respeito à vida com dignidade – portanto, em direito, deixam de fazer sentido qualquer contradição, ou hierarquia, ou “sucessão” cronológica ou supostamente lógica entre os valores da liberdade (direitos civis e políticos) e da igualdade (direitos econômicos, sociais e culturais). Sob o olhar jurídico, os direitos humanos passaram a configurar uma unidade *universal, indivisível, interdependente e inter-relacionada* (TRINDADE, 2011, p. 193).

Todavia, a eficácia jurídica necessária à Declaração foi estabelecida por dois pactos internacionais, mesmo porque não havia um consenso no que dizia respeito à aplicação prática dos direitos (civis e políticos vistos como “autoaplicáveis”

e os sociais, econômicos e culturais como “programáticos”), são eles: Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional dos Direitos Sociais, Econômicos e Culturais – ambos celebrados em 1966 (TRINDADE, 2013).

Tais instrumentos internacionais foram utilizados por diversos países ao longo do século XX na composição de suas Constituições, entretanto existe uma enorme diferença entre adotar os direitos humanos como objetivo positivado em leis nacionais e sua efetividade prática. Embora já se tenha juridicamente uma superação dessa questão, ainda há uma contradição entre liberdade e igualdade, visto que os direitos sociais, econômicos e culturais são considerados e tratados como programáticos, algo que indica o entendimento da realidade social. Pois, “mais do que direito posto, decisiva é a dinâmica das relações sociais que o engendra e lhe imprime eficácia ou o conserva inerte” (TRINDADE, 2011, p. 197). O surgimento do Estado pode ajudar a compreender esta questão. Por isso, este foi brevemente tratado no início deste capítulo.

Outro ponto importante a ser ressaltado no que diz respeito à conciliação entre liberdade e igualdade é o Estado de Bem-Estar Social. Apesar de causar perdas para ambos os lados, “um pouco menos de liberdade sob a ação interventora do Estado e um certo recuo do ideal de igualdade, expresso em menos desigualdades” (VIANNA, 2016, p. 5), as políticas sociais, meio de concretização de direitos, tornam-se alvo de críticas. Isto porque a igualdade correspondente às políticas sociais poderia, na visão de alguns, ameaçar a liberdade. Ela poderia ser igualdade como “resultados mais igualitários” (sistemas universais de saúde e de educação, investimento em moradia, saneamento, transporte, entre outros – tudo como papel do Estado); ou igualdade como “igualdade de oportunidades” (Estado regulador do mercado e garantidor de saúde e educação para quem se encontra em situação precária) (VIANNA, 2016, p. 6).

Logo, esta liberdade também passou a ser vista por duas lentes diferentes: liberdade como ausência de restrições, como analfabetismo que impede a pessoa de tomar suas decisões; e liberdade como “exercício positivo do livre arbítrio”, que requer a efetivação de meios para tal exercício – escolas e serviços de saúde à disposição da população (VIANNA, 2016, p. 5).

[...] a fórmula de compatibilização entre liberdade e igualdade expressa nos regimes de *welfare* disseminados pelo mundo no pós-guerra já embutia diferentes modalidades de cruzamento entre esses valores – liberdade e igualdade – e entre eles e a dupla forma de conceber a política social (para todos ou para os pobres). Tanto que sistemas variados de proteção social se constituíram pelos países do Ocidente, desde os mais liberais, tipo Estados Unidos, aos mais igualitários, tipo Escandinávia [...] (VIANNA, 2016, p. 7).

Contudo, no decorrer dos anos, a compatibilização entre liberdade e igualdade “mediante a noção ampliada e substantivada de cidadania, se dá por via de políticas sociais universais” focadas na redução da pobreza (VIANNA, 2016, p. 7).

Em meio a um processo de ditadura militar iniciado em 1964, com seu ápice no estabelecimento do Ato Institucional nº 5 – decreto considerado o golpe mais duro à democracia, visto que estendia os poderes presidenciais, proibia manifestações e impunha censuras diversas – o caminho rumo à democratização no Brasil foi almejado por muitos (SILVA, 2008) e inspirado pela conquista da cidadania (VIANNA, 2016). Os movimentos sociais⁷, segundo Monteiro, Coimbra e Mendonça Filho (2006), que surgiram e se fortaleceram nas décadas de 1970 e 1980 – estes ligados a três frentes: igreja, política partidária e sindicalismo – representavam a resistência, a busca por liberdade democrática, possibilidade de expressão e escolhas singulares diferentes da lógica dominante. A luta por especificidades que cada movimento defendia ganha espaço, no entanto a dimensão macro se sobressai, mesmo porque o objetivo era a conquista do Estado – representação de poder.

Neste período, algo muito marcante o qual demonstra a visão que se tinha a respeito da infância e juventude foi a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM). Esta, “propunha-se a ser a grande instituição de assistência à infância, cuja linha de ação tinha na internação, tanto dos abandonados e carentes como dos infratores, seu principal foco” (LORENZI, 2015).

Os anos de luta, as mortes e as discussões resultaram, dentre outras conquistas, na promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), a qual traz em seu preâmbulo o seguinte texto:

⁷ Reformas na saúde e na educação; movimentos feministas, negros e gays; movimentos grevistas.

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia (sic) Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (BRASIL, 1988).

Tanto nessa introdução, como nos artigos que compõem a CF, fica o registro da reconquista dos “direitos fundamentais, notadamente os de cidadania e os individuais, simbolizando a superação de um projeto autoritário, pretensioso e intolerante que se impusera no País” (BARROSO, 2003, p. 42). Algo que vai incidir, também, sobre a população infanto-juvenil, que por muito tempo não era considerada sujeito de direito. Entretanto, alguns interesses, da elite econômica e intelectual, por exemplo, marcaram não só a constituinte, como também a redação final do texto da CF (BARROSO, 2003).

Aprovada em assembleia em 1987, é a constituição mais liberal e democrática que o País já teve, merecendo o nome de Constituição Cidadã, conforme Carvalho (2002). Para Silva (2008), a denominação foi cunhada por Ulisses Guimarães, presidente da Assembleia Constituinte – recebe esse nome visto que sua construção se deu com ampla participação popular e porque se direciona à realização da Cidadania⁸.

Quando o termo “cidadania” for usado neste texto baseia-se, dentre outras, nas contribuições de Marshall (1967). Para este autor, cidadania é entendida como “um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos aqueles que possuem status são iguais no que diz respeito aos direitos e obrigações pertinentes aos status” (p. 76). Cidadania é composta pelos direitos, ou elementos, como ele denomina, civil, político e social.

[...] O elemento civil é composto dos direitos necessários à liberdade individual – liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça [...] as instituições mais intimamente associadas com os direitos civis são os **tribunais de justiça**. Por elemento político se deve entender o direito de participar no exercício do poder político,

⁸ Algo um tanto improvável, visto que se sabe que o Estado representa os interesses da classe dominante, conforme exposição anterior.

como um membro de um organismo investido de autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo. As instituições correspondentes são o **parlamento e os conselhos do Governo local**. O elemento social se refere a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade. As instituições mais importantes ligadas com ele são o **sistema educacional e os serviços sociais** (MARSHALL, 1967, p. 63-64 – grifo nosso).

Consequentemente, como cada direito está associado a uma instituição, o caminho no processo de positivação de cada um deles foi distinto. E, além disso, o caráter nacional e especializado das instituições representou uma dificuldade de acesso a esses direitos. Mas vale lembrar que essa concepção apresentada por Marshall diz respeito à sua análise feita na Inglaterra até o fim do século XIX. País marcado por uma trajetória histórica, econômica, política e social totalmente diversa (MARSHALL, 1967) do que o Brasil⁹ vivenciou, por exemplo.

[...] Aqui não se aplica o modelo inglês [...] houve no Brasil pelo menos duas diferenças importantes. A primeira refere-se à maior ênfase em um dos direitos, o social, em relação aos outros. A segunda refere-se à alteração na sequência em que os direitos foram adquiridos: entre nós o social precedeu aos outros (CARVALHO, 2002, p. 11-12).

O que dizer, então, da conquista de direitos no Brasil? A CF é um marco importante de otimismo no que diz respeito à cidadania. Moderno e de certa forma avançado, após mais de um ano de trabalho e consulta a especialistas e setores representantes da sociedade, após discussões realizadas em dois turnos, pela maioria absoluta dos membros da assembleia – deputados e senadores – seu texto foi aprovado. A importância do conteúdo da CF representa inovações não só para o constitucionalismo brasileiro, como o constitucionalismo em geral (CARVALHO, 2002; SILVA, 2008). Muito embora, lembra Barroso (2003, p. 42), “o assédio dos *lobbies*, dos grupos de pressão de toda ordem, geraram um texto [...] densamente

⁹ O Brasil passou por um processo de colonização, de escravidão, de coronelismo, de ditaduras, um processo lento e gradual de aprendizado democrático e de formação de identidade nacional, entre outros (CARVALHO, 2002).

corporativo [...]”¹⁰ e coloca em evidência um País “fragilizado pelas sucessivas rupturas institucionais e pela perversidade de suas relações sociais”.

Apesar de contemplar um caráter democrático, a CF apresenta resquícios de um País marcado pela “perversidade de suas relações sociais”, além de uma elite dominante que não tem como objetivo estabelecer e desenvolver um projeto de sociedade que integre a população marginalizada (BARROSO, 2003, p. 42). Até porque, como exposto anteriormente quando o conceito de Estado foi abordado, a “imparcialidade” do Estado não existe.

A tentativa tardia de implementação do Estado de Bem-Estar Social no País demonstra isso, visto que a lógica neoliberal encontrou nas bases conservadoras do País a oportunidade ideal para submeter os direitos constitucionalmente garantidos à lógica do ajuste fiscal. As políticas sociais foram descentralizadas (transferência de responsabilidades e financiamento a todos os entes da federação), privatizadas (transferência para instituições privadas) e, por fim, a seletividade e a focalização representam um direcionamento de ações ao pobre do mais pobre. O que significa uma reorganização e uma redução dos papéis do Estado (BEHRING; BOSQUETTI, 2008).

Tais inovações e deficiências puderam ser percebidas de formas variadas com a CF. Primeiramente, algo importante é sua estrutura e seu conteúdo que, diferente das constituições anteriores, é organizada em nove títulos: princípios fundamentais, direitos e garantias fundamentais (em uma perspectiva abrangente), organização do Estado, organização dos Poderes, defesa do Estado e das instituições democráticas, tributação e orçamento, ordem econômica e financeira, ordem social, e das disposições gerais. Além disso, existe, sequencialmente aos títulos, o Ato das Disposições Transitórias, o qual contempla dois dispositivos polêmicos: o plebiscito e a revisão constitucional. O primeiro, utilizado em 1993, confirmou que o País seria uma república com um sistema de governo presidencialista, e o segundo foi realizado cinco anos após a promulgação da Carta Magna, todavia sem êxito (SILVA, 2008).

Contudo, um ponto que pode gerar questionamentos é que, dentre as formas de exercício democrático existentes¹¹, o Brasil passou, então, a se constituir

¹⁰ Mais do que isso, os interesses das elites brasileiras são incorporados ao texto da CF paulatinamente por meio de Emendas Constitucionais (SILVA, 2008).

uma democracia representativa (CARVALHO, 2002). Na democracia representativa, "a participação popular é indireta, periódica e formal, por via das instituições eleitorais que visam a disciplinar as técnicas de escolha dos representantes do povo" [...] (SILVA, 2008, p. 137).

Ao mesmo tempo, conforme orientação da CF e, sequencialmente, por regulamentação de legislações específicas, são criadas as instâncias de participação na gestão da Política de Saúde, da Política de Assistência Social, da Política de Atendimento dos Direitos da Criança e do Adolescente, entre outras. Os conselhos municipais, estaduais e nacionais, órgãos permanentes "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" (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016), contribuem para que os fundos nacional, estadual e municipal sejam utilizados para a execução das políticas sociais. As conferências, realizadas periodicamente, são compostas por vários segmentos da sociedade que discutem e articulam propostas pertinentes às políticas (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990c).

As inovações e deficiências também estão atreladas aos direitos políticos. Estes foram expandidos de forma indubitável, porém a democracia política não surtiu efeito positivo no quesito desigualdade social, desemprego, problemas relacionados à educação, saúde e saneamento. O voto dos analfabetos torna-se facultativo; a idade obrigatória para o exercício do voto é fixada em 18 anos, mas facultativo a partir dos 16 anos; a organização e o funcionamento de partidos políticos deixam de sofrer o cerceamento de outrora; acaba a exigência de fidelidade partidária, além de uma distribuição de cadeiras na Câmara de Deputados incompatíveis ao número da população de cada estado – o que pode influenciar a postura do congresso nacional (CARVALHO, 2002).

O Estado Democrático de Direito brasileiro fundamenta-se no pluralismo político, conforme o artigo 1º inciso V da CF, e garante valores de uma sociedade pluralista. Entretanto,

Politicamente a realidade do pluralismo de fato conduz à poliarquia, ou seja, a um regime onde a dispersão do Poder numa multiplicidade de grupos é tal que o sistema político não pode funcionar senão por

¹¹ Democracia direta, democracia indireta ou representativa, e democracia semidireta ou participativa (SILVA, 2008).

uma negociação constante entre os líderes desses grupos. Nesse regime o Poder não é uma potência unitária; ele é o resultado de um equilíbrio incessantemente renovado entre uma pluralidade de forças que são, a um tempo, rivais e cúmplices. Rivais porque cada uma visa fazer prevalecer seus interesses e suas aspirações; cúmplices porque as relações que elas mantêm entre si não vão jamais à ruptura que causaria a paralisia do sistema (BURDEAU apud SILVA, 2008, p. 143-144)

Faz-se necessário, no entanto, como bem diz Silva (2008), saber se existe esta pluralidade na prática; a pluralidade prevista no texto constitucional. A efetivação dos princípios e valores que compõem o preâmbulo e artigos da CF é a luta subsequente dos brasileiros, assim como a busca pela concretização dos direitos fundamentais.

Além dos direitos políticos, a CF trouxe certa ampliação dos direitos sociais, todavia questionável. Foi fixado um valor mínimo para aposentadorias e pensões (salário mínimo), inclusive de trabalhadores rurais; foi estipulado que os deficientes físicos e idosos com 65 anos ou mais receberiam um salário mínimo de pensão, mesmo sem contribuição prévia; a mortalidade infantil caiu de 73 mil crianças nascidas vivas para 39,4 mil no período de 1980 a 1999; e a escolarização de crianças e adolescentes de sete a 14 anos subiu de 80% em 1980 para 97% em 2000, por exemplo. Entretanto, critérios antes utilizados para aposentadorias foram revogados – o que aconteceu com o critério de tempo de serviço que foi substituído pela combinação tempo de contribuição e idade mínima, e a supressão dos regimes especiais. E, ciente da ideologia dominante que defende a redução do papel do Estado no que diz respeito aos direitos, a tendência é que cada vez mais a estrutura pública seja reduzida (CARVALHO, 2002).

No que diz respeito aos direitos civis não é diferente. Avanços foram conquistados, como a recuperação das liberdades de expressão, imprensa e de organização, criação do *habeas data* e do mandato de injunção, definição de racismo como crime inafiançável e imprescritível, tortura como crime inafiançável e sem benefício de anistia, além da determinação da proteção do consumidor (regulamentada da Lei de Defesa do Consumidor), por exemplo. Contudo, o conhecimento sobre os direitos, assim como sua garantia, também está comprometido. A dificuldade de acesso à justiça, além de uma elitização desse acesso, a inadequação dos órgãos que realizam a segurança pública, assim como a descrença nos mesmos, os altos custos e a demora de um processo judicial,

reduzido número de defensores públicos, são alguns entraves para a efetivação da cidadania (CARVALHO, 2002). Percebe-se, dessa forma, que no Brasil,

Primeiro vieram os direitos sociais, implantados em período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis por um ditador que se tornou popular. Depois vieram os direitos políticos, de maneira também bizarra. A maior expansão do direito do voto deu-se em outro período ditatorial, em que os órgãos de representação política foram transformados em peça decorativa do regime [...] (CARVALHO, 2002, p. 219-220).

Com isso entende-se que, para além da questão de redução ou eliminação de direitos, conforme o referido autor, algo que faz parte do cenário do Estado brasileiro, mesmo nessa fase de redemocratização pós CF, é a continuidade de desigualdades sociais, como já foi dito. Ainda há uma concentração de renda nas mãos de uma pequena parcela da população, assim como a continuidade da pobreza e miséria.

Especificamente sobre esses e outros elementos presentes no processo histórico de desenvolvimento de políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes, o próximo tópico poderá ser útil.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

A compreensão sobre a forma de condução, formulação e a implementação de políticas públicas (ou sua ausência) no Brasil, segundo Faleiros (2011, p. 33), deve considerar a relação “Estado/sociedade como um processo de articulação e confronto do econômico e do político, do privado e do público, do poder clientelista/autoritário e do movimento pelos direitos de cidadania nas relações de hegemonia”. É a partir dessa relação que as propostas de ação e intervenção frente às questões relacionadas à infância e adolescência são vistas e conduzidas.

Assim, crianças e adolescentes foram inseridos no mercado de trabalho subalterno de forma precoce. Entidades privadas e o poder público tinham uma interação para atender demandas infanto-juvenis, visto que existia uma ausência de políticas públicas nessa área. Aliado a isso, demandas de crianças e adolescentes pobres eram tratadas com repressão, por meio de filantropia, envolta por moralismo e paternalismo (PASSETTI, 2002; FALEIROS, 2011).

No período republicano, por exemplo, a visão liberal e a disputa pela hegemonia do poder político e econômico determinaram a conjuntura brasileira. De um lado a oligarquia exportadora requisitava mão de obra estrangeira e acirrava o mercado de trabalho rural, de outro o processo de industrialização se iniciava e a urbanização crescia cada vez mais. Naquele contexto, a sobrevivência da população pobre dependia de ações filantrópicas, principalmente de igrejas ou da inserção de crianças e adolescentes no mercado de trabalho. Além de exercerem atividades laborativas, estas ocorriam em sua maioria em péssimas condições. Eram funções extremamente exaustivas, seja pela sua característica, como plantio e colheita, ou pela longa jornada de trabalho, de 10 ou 12 horas diárias. Mais que isso, o trabalho ocorria em condições insalubres, na maioria das vezes (FALEIROS, 2011; PASSETTI, 2002).

Além da inserção no mercado de trabalho exaustivo, insalubre e ilegal, outra situação à qual crianças, adolescentes e suas respectivas famílias se sujeitavam era esmolar nas ruas. Tal situação de miserabilidade e atividades extenuantes provocou vários óbitos de crianças com até cinco anos; o envolvimento de adolescentes com crimes graves, como assassinatos; além de um número ínfimo de crianças matriculadas na rede pública de ensino (FALEIROS, 2011). Fora o início precoce em atividades laborais, crianças e adolescentes pobres eram recolhidas em instituições ou abandonadas nas rodas dos expostos¹². Fato explicado, principalmente, pela precária situação financeira de suas famílias. Com essa atitude, os pais acreditavam que eles poderiam ter melhores condições de sobrevivência (PASSETTI, 2002).

Denúncias eram feitas sobre a exploração de mão de obra infantil, apesar de existir o Decreto nº 13.113, de 1891, que proibia a prática. O princípio de uma mudança frente a essa situação começou a ter mais visibilidade a partir das greves e reivindicações por direitos trabalhistas. Junto aos trabalhadores, alguns representantes da imprensa da época demonstravam apoio ao movimento e publicavam em seus jornais a realidade de exploração de crianças e adolescentes (PASSETTI, 2002).

¹² Cilindros de madeira instalados em muros e janelas de instituições de caridade, primeiramente, no Brasil, nas Santas Casas de Misericórdia, onde eram depositadas crianças a serem acolhidas e encaminhadas para adoção, sem que a identidade dos responsáveis fosse revelada. Ao girar a roda, a criança era conduzida para a parte interna da instituição (GALLINDO, 2016).

A crítica à ausência do Estado frente a legislação para a infância e juventude passou a fazer parte da agenda política de algumas pessoas públicas – ex-presidentes, candidatos à eleição presidencial e eleição para governador. Contudo, as mudanças provocadas na legislação não surtiram efeitos expressivos, palpáveis, visto que a caridade e a articulação entre público e privado permaneceram. As mudanças ocorreram no sentido de subsidiar a iniciativa privada, em vez de sanar questões de alto índice de mortalidade infantil, por exemplo (FALEIROS, 2011). Dessa forma,

Dentre os atores ou agentes que articulam as forças em torno das políticas para a infância considerada pobre, desvalida, abandonada, pervertida, perigosa, delinquente destacam-se os higienistas e juristas, encaminhando estratégias de controle de raça e da ordem, combinadas, não raro, com a interação do setor estatal e do setor privado [...] Médicos e advogados são articuladores de instituições e reformas que foram sendo implantadas na conjuntura de 1920 a 1926, principalmente no governo de Arthur Bernardes, que foi chamado de *Presidente da Criança* por Mello Mattos [...] (FALEIROS, 2011, p. 42-43).

A legislação que passa a vigorar naquele contexto, o Código de Menores de 1924, Decreto nº 17.343/A, tinha um caráter higienista e moralista. Aos “viciosos, vagabundos e ébrios habituais” existiam duas possibilidades: “integrar pelo trabalho ou dominar pela repressão”. Com a defesa de controle de doenças, inspeção de amas de leite e inspeção higiênica nas escolas, o pensamento higienistas não só influenciam mudanças em legislações, como na criação da Seção de Higiene Infantil do Departamento Nacional de Saúde Pública (FALEIROS, 2011, p. 43).

[...] a chamada medicina higienista, que, devido às altas taxas de mortalidade infantil, preocupa-se com a criança, sobretudo a criança filha da pobreza [...] Através do estabelecimento de uma concepção higienista e saneadora da sociedade, buscar-se-á atuar sobre os focos da doença e da desordem, portanto sobre o universo da pobreza, moralizando-o. A degradação das "classes inferiores" é interpretada como um problema de ordem moral e social (SOARES, 2016).

Contudo, a partir desse Decreto, pela primeira vez, o Estado passa a se responsabilizar por crianças e adolescentes abandonados e alguns direitos são conquistados, como a proibição do trabalho de menores de 12 anos, do trabalho noturno e perigoso aos menores de 18 anos, do trabalho de menores de 14 anos

sem ter concluído ensino primário. Tais mudanças causaram reações de oposição dos industriais, conforme o mesmo autor. Com isso,

Fecham-se os trinta primeiros anos da República com um investimento na criança pobre vista como criança potencialmente abandonada e perigosa, a ser atendida pelo Estado. Integrá-la ao mercado de trabalho significava tirá-la da vida delinquencial, ainda associada aos efeitos da politização anarquista e educá-la com o intuito de inculcar-lhe a obediência. Pretendendo domesticar as individualidades e garantindo com isso os preceitos de uma prevenção geral, os governos passaram a investir em educação, sob o controle do Estado, para criar cidadãos a reivindicar disciplinarmente segundo as expectativas de uma direção política cada vez mais centralizadora. Para tal, escola e internato passam a ser fundamentais (PASSETTI, 2002, p. 355).

Ser inserida no mercado de trabalho, como já foi dito, não significava melhores condições de vida para a criança. A exemplo do que Rizzini (2002) expõe, uma análise sobre a situação de uma fábrica têxtil de Pernambuco nos anos 1930 e 1950 demonstrou que crianças eram usadas para atingir o número de empregados suficiente por família para conseguir moradias melhores nas vilas operárias. Além disso, a alimentação não era de qualidade, as condições de trabalho eram insalubres, elas trabalhavam em longas jornadas, ficavam expostas a doenças como tuberculose e eram tratadas com atitudes autoritárias.

Com o primeiro governo de Getúlio Vargas algumas conquistas positivas foram alcançadas, apesar de ainda carregar marcas de conservadorismo. Em 1931, é criado o Conselho Nacional de Educação, o qual passa a inspecionar o ambiente e as práticas nas instituições de ensino. Em 1932 foi implantado o Ministério do Trabalho, apesar de ter um caráter corporativista. Em 1934 a Constituição Federal reforça as delimitações etárias com relação à inserção no mercado de trabalho que o Código de Menores já tinha determinado em 1927. Em 1943 há a promulgação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e um novo Código de Menores, Decreto nº 6.026, de 1943 é estabelecido. Entretanto, diante das divergências de interesses, alguns serviços são criados, como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), em 1942, e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), em 1946, os quais preparavam mão de obra para o trabalho (FALEIROS, 2011).

Nesse mesmo período foram criados o Departamento Nacional da Criança (1940), o qual era responsável pelo atendimento de questões relacionadas a

medicamentos, asilos e orfanatos, além de promover orientações de higiene e educação para o trabalho doméstico; e o Serviço Nacional de Assistência aos Menores (SAM), de 1941, o qual, vinculado ao juizado de menores, orientava, fiscalizava educandários particulares, investigava menores e realizava seu abrigo, entre outros (FALEIROS, 2011). Essa fiscalização do SAM, conforme Rizzini (2002, p.380), era justificável, visto que os patronatos agrícolas faziam uso de mão de obra de internos em lavouras de forma extremamente inadequada durante um período e, após a internação, eles eram devolvidos às ruas “maltrapilhos, subnutridos e analfabetos”.

Após o período da ditadura varguista¹³, o Brasil passa uma fase democrática, porém populista, que se inicia com Eurico Gaspar Dutra, em 1946, e vai até João Goulart, em 1964. Embora atrelada ao jogo político travado pelos diferentes partidos da época, alguns avanços foram legalmente estabelecidos. Com a constituição de 1946, houve a inclusão de alguns direitos trabalhistas, como o salário mínimo familiar, a proibição do trabalho para menores de 14 anos de idade, a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante e a previdência social. Outro ponto foi a abertura para a participação da comunidade, possibilitado pelo Departamento Nacional da Criança, pela Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO) em questões de prevenção da saúde da criança (FALEIROS, 2011).

[...] na prática política combinam-se, assim, critérios higienistas, assistencialistas com outros voltados para um caráter mais participativo/comunitário/desenvolvimentista, expressando a própria divergência e configuração de forças que se formam no interior do governo (FALEIROS, 2011, p. 59-60).

As diversas irregularidades e corrupção que envolviam as entidades que atendiam crianças e adolescentes ainda presentes, contudo, provocaram novas críticas da sociedade, de pessoas ligadas ao governo e da imprensa. Com isso, este contexto provoca a criação da Política de Bem-Estar ao Menor (PNBEM) em 1964,

¹³ Período da história do Brasil em que Getúlio Vargas impõe nova constituição (1937) de cunho autoritário, suspende o Poder Legislativo e cria conselhos nacionais para implementar políticas econômicas (FALEIROS, 2011).

mesmo ano de criação da FUNABEM, cuja linha de ação já foi citada (PASSETTI, 2002; FALEIROS, 2011).

Era o sinal de outros tempos. A Política Nacional de Bem-Estar ao Menor (PNBEM), sintonizada com a Lei de Segurança Nacional, orientou o novo tratamento. Afirmava que o tratamento “biopsicossocial” reverteria a “cultura da violência” que se propagava pelos subúrbios com os conflitos entre gangues e com isso contribuiria para acabar com a marginalidade formando jovens responsáveis para a vida em sociedade. Não conseguiu nem uma coisa nem outra, a não ser estigmatizar crianças e jovens da periferia como menores perigosos. Os reformadores falharam novamente [...] (PASSETTI, 2002, p. 358).

Como lembra Faleiros (2011), a FUNABEM, na prática, funcionava como uma penitenciária para adolescentes, o que provocou denúncias e reformulação da legislação e a criação do novo Código de Menores – Lei nº 6.607 de 1979. Esta adota a “doutrina da situação irregular”, a qual determinava que “os menores são sujeitos de direito quando se encontrarem em estado de patologia social, definida legalmente” (FALEIROS, 2011, p. 70). Com isso, observa-se que a culpabilização da família, de crianças e adolescentes é também o entendimento do poder público (e da sociedade) logo, crianças e adolescentes e seus responsáveis, de violentados¹⁴, são vistos como os únicos culpados.

Uma parte crítica da sociedade passa a reagir contra os ditames dessa legislação e da política – PNBEM, em meados dos anos 1980, devido ao entendimento de que estas já não eram apropriadas ao contexto brasileiro. “A democratização da sociedade reclamava libertar a criança e o adolescente dessa minorização a que foram confinados desde o século XIX, situação que se consolida ao longo da maior parte de vigência do regime republicano” (ADORNO, 1993, p. 108).

A “inépcia do Código de Menores e da PNBEM para lidar com o fenômeno” (VOGEL, 2011, p. 308) e a busca por uma nova abordagem no Brasil nos anos de 1980 (período de efervescência da democratização) provoca uma busca, por parte de setores públicos e da sociedade civil, por alternativas frente à questão

¹⁴O termo violentado é utilizado com base no que Edson Passetti (1999) aborda em seu livro “Violentados: crianças, adolescentes e justiça”. Nesta obra o autor expõe que a violência que a criança ou o adolescente sofre hoje é um efeito da sucessão de uso e abuso da violência do passado – para exercer uma autoridade, seja legal ou não. Esta criança ou adolescente que sofreu violência poderá se tornar um provável violentador quando estiver em uma posição de autoridade – pai ou mãe – e, por isso, não podem ser considerados vítimas, e sim violentados.

da infância e adolescência. Tal busca se dá por meio de trocas de experiências com quem tinha êxito em atendimento a meninos e meninas, trocas que tomam corpo e desencadeiam momentos ampliados de discussão como o I Seminário Latino Americano de Alternativas Comunitárias de Atendimento a Meninos e Meninas de Rua realizado em Brasília em 1984, por exemplo (VOGEL, 2011).

Os anos de 1984/86 representavam, de acordo com essa perspectiva, um momento de acumulação de forças. Esta levaria, em 1985, à concretização de uma nova identidade política, que enfeixava os grupos que, em diversas esferas, haviam se distinguido pela militância em favor de crianças e adolescentes. Tal identidade, consubstanciada na Coordenação Nacional do Movimento de Meninas e Meninos de Rua, constituiu-se em oposição à “doutrina da situação irregular”, consagrada pelo Código de 1979, corporificada na agenda das políticas públicas de atendimento ao menor, cujo ponto de partida foi o I Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua, também ele realizado em Brasília, durante o mês de maio (VOGEL, 2011, p. 309).

A história das legislações relacionadas a crianças e adolescentes pode ser divididas em três períodos: a primeira, marcada por normas repressivas e discriminatórias (1927-1973); a segunda, de proteção e amparo paternalista (1973-1989); e a terceira, que considera crianças e adolescentes como cidadãos, a ser inaugurada a partir do processo da constituinte (ADORNO, 1993).

Em 1986, a constituinte mobiliza representantes da parcela conservadora da sociedade, de grandes empresas e de organizações populares que discutem, dentre outras, a questão da infância e juventude. O Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, a Pastoral do Menor, entidades de direitos humanos, Organizações Não Governamentais (ONG), tratam desta pauta com base, por exemplo, na Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Criança (FALEIROS, 2011).

Quatro emendas populares reafirmam o tema dos direitos de crianças e do adolescente não só no Plenário, mas nas ruas, com a cata de assinaturas em sua defesa onde se destaca o papel da Igreja Católica (FALEIROS, 2011, p. 75).

Mudanças significativas são vislumbradas com a promulgação da CF, visto que em seus artigos 227, 228 e 229 trata dos direitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 1988). Estes artigos representam um marco no que diz

respeito à legislação referente a todas as crianças e todos os adolescentes no País, pois direciona a formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e torna obsoletos os códigos de menores¹⁵ direcionados somente à população infanto-juvenil de classes menos favorecidas (LORENZI, 2015). Conjuntura que representa a incorporação de normativas internacionais pelo Brasil, visto que o País ratifica, neste mesmo ano, a Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia das Nações Unidas em 1989 – algo que reafirma a Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959 e a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (TRINDADE, 2011).

Os artigos 1º e 4º do ECA expõem claramente essa aproximação com as referidas normativas internacionais, em especial a Declaração dos Direitos Humanos de 1948, visto que eles trazem:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a **proteção integral** à criança e ao adolescente; Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, **com absoluta prioridade**, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990a, p. 13-14 – grifo nosso).

Tal proteção integral diz respeito ao direito de sobrevivência: direito à vida, à saúde e à alimentação; direito de desenvolvimento pessoal e social: direito à educação, à cultura, ao lazer e à profissionalização; e o direito ao respeito e integridade física, psicológica e moral: direito à liberdade, dignidade, convivência familiar e comunitária e ao respeito (PARANÁ, 2016a). Já, para Faleiros (2011), ela representa o reconhecimento de que crianças e adolescentes são cidadãos e

[...] garante a efetivação dos direitos da criança e do adolescente; estabelece uma articulação do Estado com a sociedade na operacionalização da política para a infância com a criação dos Conselhos de Direitos, dos Conselhos Tutelares e dos Fundos geridos por esses conselhos; descentraliza a política através da criação desses conselhos em níveis estadual e municipal, estabelecendo que cada município haverá no mínimo, um conselho tutelar, composto de cinco membros, escolhidos pela comunidade local, de acordo com a lei municipal; garante à criança a mais absoluta prioridade no acesso às políticas sociais; estabelece medidas de prevenção, uma política especial de atendimento, um

¹⁵ Código de Menores de 1927 – também conhecido como Código de Mello Mattos; Código de Código de Menores de 1979 (LORENZI, 2015).

acesso digno à Justiça com a obrigatoriedade do contraditório [...] (FALEIROS, 2011, p. 81).

Sequencialmente, é promulgada a Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991, que cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), com o objetivo de “impulsionar a implantação do ECA, que traz uma mudança fundamental nas políticas anteriores relativas à infância” (FALEIROS, 2011, p. 83). Este é o cenário que se constitui, basicamente, após promulgação da CF e do ECA.

A correlação de forças dentro dos conselhos, o clientelismo, a utilização dos conselhos pelos políticos e o autoritarismo não deixaram o cenário brasileiro. A consequência disso se vê em crianças e adolescentes fora da escola, alto índice de evasão escolar e repetência, escolas com baixa qualidade, crianças e adolescentes que ingressam no mercado de trabalho precocemente. Ao mesmo tempo, parte da sociedade e do Estado, a partir do ECA, lutam para a efetivação do direito à profissionalização, à aprendizagem profissional, à proteção ao trabalho de crianças e adolescentes (FALEIROS, 2011).

Outro grande desafio apontado por Moreira (2011), por exemplo, é a efetivação dos artigos 150 e 151 do ECA, os quais explicitam a necessidade de equipes interprofissionais efetivas dos Tribunais de Justiça (TJ) para atuar em auxílio ao juízo¹⁶. Tal preocupação é defendida pela autora por entender que a não existência ou o número reduzido de equipes técnicas representa falta de subsídios para que juízes decidam sobre situações que envolvem crianças e adolescentes, visto que tais profissionais, prioritariamente, deveriam compor o quadro de Varas da Infância e Juventude e Varas de Família. Esta situação, no Paraná, por exemplo, é justificada pela carência de recursos orçamentários. Entretanto, em auto circunstanciado de inspeção do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de 2010, informações demonstram irregularidades no pagamento de gratificações.

¹⁶ Dados obtidos junto ao Conselho Regional de Serviço Social do Paraná, durante trabalho de campo em agosto de 2015, no qual foi possível ter conhecimento de que, apesar de ter ocorrido concurso público nos anos de 2009 e 2013, o quadro de profissionais efetivos do TJ-PR ainda era deficitário, principalmente no que diz respeito ao número de assistentes sociais, visto que existiam 17 profissionais que atuam em segundo grau, 25 em diversas comarcas e 40 profissionais efetivos em cargos denominados “técnicos especializados da infância e juventude”, mas exercidos por assistentes sociais. Em um cenário de 399 municípios e 159 comarcas, esta era a realidade no Paraná à época.

[...] a composição de verbas salariais do TJ-PR é verdadeira “colcha de retalhos”, com a concessão de vantagens circunstanciais por meio de decisões administrativas, vantagens que deveriam ser provisórias e acabaram se perpetuando e vantagens cuja constitucionalidade é questionável [...] (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010).

Seria, então, carência de recursos ou má administração dos mesmos? Pelo que demonstra o CNJ através desta inspeção, as duas opções se mostram contundentes. E, mais que isso, como apresenta Moreira (2011), o conservadorismo¹⁷, além de estar presente no TJ-PR, é visto pelos participantes da sua pesquisa como um dos entraves para o cumprimento da legislação que prevê a existência de equipes interprofissionais. Algo que pode ser pensado a partir do que Coelho (1990, p 36) trata:

não será o simples fato da edição de lei nova que opera a transformação de uma realidade [...] sua mera existência não resolve os problemas [...] valem muito mais a vontade, a decisão política. Uma boa lei pode ficar na prateleira se inexistir a decisão política de implementar as medidas efetivas.

A Lei é considerada essencial para definir direitos e deixar claras as normas relacionadas às crianças e aos adolescentes, segundo Coelho (1990). Mas para efetivá-la, a decisão política se faz necessária.

Como foi possível perceber, o Estado Democrático de Direito brasileiro traz, no âmbito das políticas para infância e adolescência, uma nova roupagem, bem diferente do que o Código de Menores de 1979 determinava, por exemplo. Na sequência, inicia-se uma breve exposição de alguns pontos importantes para entender a Política de Saúde em seu período democrático, pós CF.

2.3 POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO BRASILEIRO

Ao retomar os avanços que a CF traz, outro ponto a ser destacado é a criação do sistema de Seguridade Social, visto que ele representa uma ampliação da intervenção social do Estado e, assim, a possibilidade de meios de efetivação de direitos civis, políticos e sociais (YAZBEK, 2014). Nas próprias palavras do texto da Carta Magna, artigo 194, o sistema é entendido como um “conjunto integrado de

¹⁷ Aversão a mudança que favoreceu a manutenção de famílias de grandes fortunas com suas ambições e interesses em cargos de poder no Paraná, conforme apontou Oliveira (2007).

ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Nesse sentido, a noção da Seguridade Social brasileira permite a compreensão de que os cidadãos passam a ter a garantia de direitos para que riscos e situações de vulnerabilidades sociais não os afetem, ou que sejam amenizadas. Dentre os direitos que compõem o tripé da seguridade, o que se faz importante para a presente discussão é o direito à saúde.

O texto que hoje temos explícito no artigo 196 da CF é fruto de um processo histórico longo e intenso, no qual merece destaque o Movimento da Reforma Sanitária, a Conferência de Alma Ata e a 8ª Conferência de Saúde brasileira.

O primeiro é um movimento social que surge no início dos anos 1970, durante o período da ditadura militar, com o envolvimento de universidades, movimento sindical, trabalhadores da saúde, com o objetivo de mudar o modelo de saúde do País, em prol da melhoria de condições de vida da população. No início das aproximações, “o movimento pela reforma sanitária não tinha denominação [...]. Em uma reunião da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Brasília foi chamado de partido sanitário” (AROUCA, 2015).

A organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, denominada posteriormente de movimento sanitário, inicia-se em meados da década de 70, quando ocorre no Brasil um crescimento considerável de encontros e produção teórica na área da saúde coletiva, incorporando instrumental das ciências sociais. Os estudos enfatizaram a análise das transformações ocorridas no setor saúde, relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e higidez da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros danos à saúde. O debate colocou a relação da prática em saúde com a estrutura de classes, sofrendo a determinação estrutural e conjuntural da sociedade (BRAVO, 1996, p. 46).

No contexto do movimento sanitário há uma mudança no significado de saúde, princípios e diretrizes foram pensados para direcionar a atuação do Estado no que diz respeito à Política de Saúde. Esse movimento “também formulou os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, sendo estes

os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS” (MATTOS, 2009a, p. 771)¹⁸.

O segundo momento a ser destacado é a Conferência de Alma Ata sobre Cuidados Primários em Saúde, que foi organizada pela OMS e pela UNICEF em 1978, no Cazaquistão, com o objetivo de promover a saúde de todos os povos do mundo. O evento teve a participação de mais de 700 representantes de 134 países e 67 organizações não governamentais (UNICEF, 2008). Um dos resultados que se teve com a conferência foi a Declaração de Alma Ata, que ratifica a saúde como “direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais” (MENDES, 2004, p. 1). Mais do que isso, a autora ressalta que durante a conferência foi consenso que, para haver o desenvolvimento social e econômico, a promoção e a proteção da saúde devem ser uma busca constante, com vistas, inclusive, à qualidade de vida e à paz mundial. Os cuidados primários de saúde

[...] foram definidos no documento como serviços que oferecem "cuidados essenciais de saúde", baseados em intervenções aprovadas cientificamente. Esses serviços deveriam ser universalmente acessíveis para os indivíduos e as famílias a um custo viável para as comunidades e os países. Cuidados primários de saúde englobam no mínimo oito elementos: educação em saúde, nutrição adequada, cuidados de saúde para a mãe e a criança, saneamento básico e água limpa, controle das principais doenças infecciosas por meio de imunização, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, e provimento de medicamentos essenciais (UNICEF, 2008).

Tais metas e compreensões não conseguiram objetividade prática, mas se tornaram referência para diversos países, inclusive o Brasil, que incorporou a concepção de Atenção Primária ao ideário do Movimento da Reforma Sanitária (MATTA; MOROSINI, 2008).

O terceiro fato histórico a ser destacado é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, a qual contou com a participação de representantes da maioria das instituições que atuam no setor, da sociedade civil, de grupos profissionais e partidos políticos, e totalizou a participação de mais de 4.000 pessoas – era um momento de importantes manifestações pelo aumento do controle social no Brasil (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

¹⁸E, como o palco do movimento sanitário e da Assembleia Constituinte foram permeados por intensas disputas e interesses diversos, a CF e a LOS não são expressões de todos os princípios e diretrizes formulados à época (MATTOS, 2009a).

Com uma comissão organizadora presidida pela Professor Antônio Sérgio da Silva Arouca, as discussões duraram três dias, em 135 grupos de trabalho, e perpassaram temas como: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento. Uma das grandes conclusões da VIII Conferência é de que as mudanças necessárias não diziam respeito somente à reforma administrativa ou financeira. Um entendimento que passa a ser defendido e que vai ao encontro do que a OMS estabelece é de que

[...] a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 4).

A partir do relatório final da 8ª Conferência, subsídio para a elaboração do texto da CF, obtém-se que: o direito à saúde é tido como um direito universal e de dever do Estado; as ações e serviços de saúde devem ser vistos como de relevância pública; os serviços de saúde se constituem no Sistema Único de Saúde (SUS); o setor privado pode, de forma complementar, participar do sistema de saúde; e não é permitida a comercialização de sangue e derivados – tais avanços representam conquistas de intenso processo de discussão travado pelo movimento sanitário (BRAVO, 1996).

Outra influência positiva desse movimento é a promulgação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Leis Orgânicas da Saúde que regulamentam o SUS e dispõem sobre a participação da comunidade na sua gestão – sistema que passa a regular a prestação de serviços relacionados à saúde (BRASIL, 1990b). Tal legislação, apesar de promulgada em 1990, só teve sua regulamentação efetivada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Este, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, também trata da articulação interfederativa, a qual se dá por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) – acordo de colaboração interfederativo que organiza ações na Rede de Atenção à Saúde

(RAS)¹⁹ regionalizada e hierarquizada, em busca da garantia da integralidade da assistência ao usuário (BRASIL, 2011a).

Mais do que organizar serviços, a LOS traz que

A saúde tem como **fatores determinantes e condicionantes**, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade **condições de bem-estar físico, mental e social** (BRASIL, 1990b – grifo nosso).

Entende-se, nesse sentido, que as características de cada indivíduo – idade, sexo, fatores genéticos, contribuem para determinar as suas condições de saúde, porém não são as únicas. Além disso, as condições de vida e trabalho, e condições socioeconômicas, culturais e ambientais estão interligadas no processo saúde-doença. Fatores intrínsecos, as opções pessoais e as características do meio onde a pessoa está inserida são determinantes da saúde, sejam eles individuais ou de uma esfera mais ampliada. As iniquidades em saúde são consequências das desigualdades sociais que permeiam as relações sociais (PELLEGRINI FILHO; BUSS, 2007).

Como é possível perceber, os avanços científicos (desenvolvimento de novos medicamentos e técnicas cirúrgicas, criação de novos equipamentos laboratoriais, por exemplo) estão muito presentes no que diz respeito à saúde. Entretanto, de acordo com o que a OMS e as legislações brasileiras preconizam, outras dimensões são tão importantes quanto a ciência, a medicina e o aspecto biológico. Fatores como moradia, saneamento, lazer, educação, alimentação, renda, trabalho, entre outros, contribuem para o adoecimento ou para uma vida saudável, portanto, também precisam estar na pauta de tudo o que esteja relacionado à saúde.

Trabalhar com essa nova perspectiva de saúde, portanto, representa tarefa árdua, mesmo porque, segundo Feuerwerker (2005, p. 490-491),

¹⁹ Definidas como uma “malha” que articula os estabelecimentos e serviços de saúde para que estes, mesmo que em diferentes níveis, atendam as demandas e necessidades dos usuários (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2011, p. 81).

[...] o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária. Mais grave, as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e às maneiras de construí-la.

A concepção de saúde, o entendimento de saúde como direito, assim como as maneiras de construir saúde são aspectos que envolvem e determinam o modelo de atenção à saúde adotado no País, a forma como será organizada a gestão, e como será conduzida a política de saúde. Tais definições vão contribuir ou dificultar a mobilização de atores na legitimação política e social do SUS (FEUERWERKER, 2005). O que a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMSC) propõe com a gestão participativa (colegiados) favorece articulações, trocas, comunicação entre trabalhadores e serviços, algo essencial para o desenvolvimento do Trabalho em Rede voltado para crianças e adolescentes.

Algo que faz eco ao pensamento de Merhy (2000, p. 1 – grifo nosso), pois ele defende que

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não a programas, **mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social**, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos ou grupos.

Marcos importantes como a 8ª Conferência, a CF e a Lei nº 8.080 representam conquistas relevantes na reorganização do modelo assistencial, na universalização da saúde, na implementação do SUS, entre outros pontos. E, no decorrer do processo de implantação do sistema, várias alternativas foram apresentadas e utilizadas neste sentido. Dentre essas, os modelos Vigilância em Saúde, Cidades Saudáveis e o Defesa da Vida (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

O primeiro modelo tem como objetivo recuperar a saúde dos doentes, prevenir agravos e riscos, e promover a saúde das pessoas e coletivos. Para tanto, tem como diretriz a reorganização de serviços e ações de acordo com as

características e problemas de saúde da população de um dado território²⁰, além de considerar como saber central a epidemiologia²¹. O segundo modelo tem sua ênfase no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes sustentáveis, na promoção de saúde. Sua estratégia gira em torno do reforço da participação da comunidade no cuidado com a saúde em prol da qualidade de vida, a interdisciplinaridade, na reorganização dos serviços de saúde na perspectiva da promoção à saúde e nas ações intersetoriais. Já o terceiro e último modelo tem seu enfoque na mudança do cotidiano, na produção do cuidado. Dessa forma, a proposta é intervir na realidade local, o que exige criatividade para uma construção cotidiana dos processos de trabalho, participação de todos os atores (gestores, usuários, trabalhadores) e na combinação de saberes e tecnologias – leve, leve-dura e dura (BADUY, 2013).

O modelo Defesa da Vida pressupõe que é importante acolher a demanda espontânea, que são necessários espaços coletivos de gestão para promover pactuações, que é necessário analisar os processos de trabalho e promover educação permanente, assim como fazer o planejamento e realizar a avaliação do trabalho (BADUY, 2013). Contudo,

Durante todo o processo de construção do SUS, tem existido uma disputa permanente entre as propostas do campo público e as propostas privatizantes oriundas do setor privado de saúde e das diretrizes internacionais para as políticas sociais (Estado Mínimo, Cesta Básica, etc.) (FEUERWERKER, 2005, p. 492).

Essa disputa no campo da saúde tem implicado longas discussões e difíceis acordos sobre financiamento, organização do financiamento, responsabilidade de cada esfera da gestão do SUS, por exemplo. Mesmo diante da dificuldade de se obter consensos, alguns avanços foram alcançados, como: autonomia de cada esfera de gestão, mecanismos de financiamento, entre outros. Em sentido contrário, o reconhecimento da necessidade da mudança das práticas

²⁰ A noção de território em saúde extrapola o físico ou geográfico. O território é a inscrição de sentidos no trabalho, por meio dele e para ele. Para fazer parte de um território é necessário explorá-lo e estar aberto às suas questões, perceber as relações entre tudo o que o compõe racional, política, afetiva e interativamente (CECCIM, 2005). A territorialização em saúde, no processo de consolidação do SUS, é adotada como uma estratégia para reorganizar os processos de trabalho e reconfigurar o modelo de atenção (GONDIM; MONKEN, 2008).

²¹ Simplificadamente, epidemiologia é uma ciência que se dedica ao estudo do processo saúde-doença da coletividade e seus determinantes para estabelecer formas de prevenção e controle ou erradicação de doenças (ROUQUAYROL, 2006).

de saúde e a reorientação do modelo tecnoassistencial, ainda hoje, não tiveram avanços significativos – modelo biomédico ainda presente no dia a dia de serviços de saúde (FEUERWERKER, 2005).

Na década de 1990, após muitos entraves, com o objetivo de reorganizar as práticas de saúde e dar continuidade às mudanças provocadas com o Movimento da Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde implanta o Programa Saúde da Família (PSF) na atenção básica²² (BRASIL, 1997). Este programa, a partir do que traz a Norma Operacional Básica (NOB)²³ de 1996, é caracterizado como uma “estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica” (BRASIL, 2012, p 54).

O trabalho das equipes de Saúde da Família é desenvolvido no território e, para tanto, necessita de planejamento com base em indicadores epidemiológicos e socioeconômicos. A interlocução e o vínculo entre a US e a população, estabelecidos pelo agente comunitário de saúde, contribui para a realização do cadastramento da população adstrita e levantar tais indicadores (BRASIL, 1997). Contudo, a uniformização da organização de atenção à saúde, a fragmentação das práticas, a prática intersetorial reduzida a poucas ações, a dificuldade de praticar o conceito ampliado de saúde, são pontos que demonstram os limites do PSF (BADUY, 2013).

Os elementos que caracterizam a sociedade brasileira repercutem na elaboração das legislações do País, assim como na elaboração e implementação de modelos de atenção à saúde e na condução de políticas infanto-juvenis. A CF e as legislações voltadas à saúde apresentam princípios e valores próprios desta organização societária. Um Estado Democrático de Direito confere direitos e defende a proteção integral a todas as crianças e adolescentes, estabelece como princípios do SUS a universalidade, integralidade e equidade. Ao passo que em um Estado ditatorial, por exemplo, a população infanto-juvenil é tratada com arbitrariedade e de forma repressiva, além de ter um número reduzido de serviços

²² Nível de atenção à saúde este que, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) promulgada em 2012, caracteriza-se pelo trabalho frente à promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, entre outros, para desenvolver a atenção integral direcionada a enfrentar os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2012).

²³ Instrumento de financiamento do SUS que regula o repasse fixo e variável de recurso federal aos municípios (TEIXEIRA, 2004).

de saúde pública. Isso ressalta a importância de trazer para a presente discussão os fatores que contribuíram com o processo para se chegar à atual organização do Estado brasileiro.

Os modelos de atenção à saúde carregam tais elementos, princípios e valores. A disputa entre trabalhadores, usuários e gestores é um processo técnico e político; é a “forma como são combinados e organizados diversos recursos (materiais, financeiros e força de trabalho), saberes, técnicas para responder às necessidades de saúde de uma população em um determinado momento histórico” (BADUY, 2013).

Mais que isso, tais características provocam efeitos na execução dessas legislações e no direcionamento do governo. Mas, como lembra Barroso (2003), os interesses da elite dominante se sobressaem, mesmo em uma democracia defendida pela CF, e a população marginalizada, por vezes, ainda tem alguns direitos negados. A garantia dos princípios e valores, assim como dos direitos previstos na LOS, no ECA e na CF deve ser a luta diária da população brasileira, principalmente em prol dos direitos de crianças e adolescentes.

Posto isso, o próximo capítulo trará elementos para a reflexão sobre os modelos de gestão pública que o Estado brasileiro assumiu no decorrer de sua história, assim como as estratégias de gestão adotadas pela SMSC – Apoio Institucional e Trabalho em Rede em Curitiba. Ao defender que este, em parceria com aquele, pode representar o fortalecimento da luta pela efetivação do SUS e de seus princípios, equidade, universalidade e integralidade, o texto a seguir torna-se necessário e importante.

3 MODELOS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO: A INTEGRALIDADE COMO FOCO DO TRABALHO EM REDE EM CURITIBA

3.1 MODELOS DE GESTÃO

Após a reflexão que o primeiro capítulo deste estudo propõe, um breve panorama principalmente do Brasil pós CF e de suas políticas relacionadas à infância e juventude e saúde, cabe recuperar alguns elementos relacionados aos modelos de gestão pública. Discussão adequada para tratar da rede de serviços voltados à garantia da integralidade de direitos da criança e do adolescente, visto que o Trabalho em Rede é uma estratégia de gestão de grande evidência, utilizada, inclusive, pela SMSC.

Conforme nos mostra a história, a administração pública pode ser caracterizada pelos modelos de gestão adotados pelos governantes da *res publica* (coisa do povo) os quais demonstram, inclusive, o nível de participação do cidadão no governar da máquina pública (REK, 2014) – participação que, com o processo de redemocratização que se iniciou no Brasil na década de 1980, “foi concebida na perspectiva do ‘controle social’ no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as suas formulações [...] até a definição da alocação de recursos (CORREIA, 2008).

Embora o foco do estudo esteja direcionado para este período da história do País, pós CF, três modelos de gestão serão destacados por motivos a serem explícitos no decorrer deste tópico. De acordo com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) de 1995,

[...] partindo-se de uma perspectiva histórica verificamos que a administração pública - cujos princípios e características não devem ser confundidos com os da administração das empresas privadas - evoluiu através de três modelos básicos: a administração pública **patrimonialista, a burocrática e a gerencial**. Estas três formas se sucedem no tempo, sem que, no entanto, qualquer uma delas seja inteiramente abandonada (BRASIL, 1995, p. 14-15 – grifo nosso).

No modelo de gestão patrimonialista, com base no PDRAE, existe uma apropriação da *res publica*, a coisa pública como algo particular, o que denota um *status* de nobreza aos servidores e auxiliares da pessoa que detém o poder do

aparelho do Estado. Tais características agregam um alto índice de corrupção e nepotismo à gestão patrimonialista (BRASIL, 1995).

O coronelismo, o clientelismo, o compadrio, e empreguismo, esse emaranhado extremamente confuso de relacionamentos e obrigações personalistas, ao nível municipal, que se associam à estrutura patrimonial do país, consistem essencialmente no aproveitamento privado da coisa pública. O “coronelismo” representa a forma local de domínio personalista. O patrimônio privado é ao mesmo tempo o patrimônio público (PENNA, 1988).

O interesse público, a impessoalidade, a isonomia, a legalidade e publicidade não fazem parte do dia a dia do governante do referido modelo de gestão pública (REK, 2014).

O modelo burocrático, por sua vez, é visto pelos defensores do Estado Liberal como uma forma de combater a corrupção e o nepotismo patrimonialista. Nesse sentido, tal modelo é orientado pelo desenvolvimento da “profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional-legal” (BRASIL, 1995, p. 15). O controle administrativo se faz presente na contratação de funcionários, no atendimento, nas compras. Algo que traz sua maior qualidade (o controle de abusos) e seu maior defeito (incapacidade de voltar o serviço para os cidadãos), conforme traz o plano diretor (BRASIL, 1995).

A burocracia, lógica gerencial que dá forma à dominação racional-legal, apoia-se em competências oficiais, ordenadas por lei ou regulamentos administrativos que são instituídos por autoridades ou organizações burocráticas. Observa-se, nesse contexto: uma distribuição de atividades e poderes que visa à execução regular e contínua de certos fins, uma hierarquia de cargos que ordena sistemas de mando e subordinação, registros sob a forma de documentos, o emprego pleno da força de trabalho dos funcionários de escritório em atividades antes consideradas assessórias e, por fim, a administração do corpo funcional segundo regras que podem ser transmitidas e, assim, colocadas sob controle de parte desse próprio grupo (SABINO; SANTOS; DAVID, 2013, p 22).

O modelo burocrático tem sua base teórica em Weber (2004). O funcionalismo, segundo ele, “rege o princípio das *competências* oficiais fixas, ordenadas, de forma geral, mediante regras: leis ou regulamentos administrativos” (p. 198). O que significa que alguém que exerce atividades oficiais fixas para fazer a máquina pública funcionar; alguém determinado por regras que tem poder de mando

para conduzir o trabalho de subalternos, mesmo que por meio da coação em alguns momentos; e alguém com qualificação suficiente para controlar tudo – o cumprimento dos direitos e deveres. “Rege o princípio da *hierarquia dos cargos* e da sequência de instâncias, isto é, um sistema fixamente regulamentado de mando e subordinação das autoridades, com fiscalização das inferiores pelas superiores” (p. 199).

Para Souza Filho (2013), ao analisar o surgimento e desenvolvimento da administração pública brasileira, contudo, percebe-se que não há um início e um fim do patrimonialismo para, então, dar lugar ao modelo burocrático. Há, sim, uma combinação entre patrimonialismo e burocracia numa espécie de unidade. A administração pública organiza-se de forma patrimonialista em nível local e privado, porém expande sua dominação²⁴ em âmbito nacional e implanta uma economia por meio da ordem burocrática.

[...] a gênese da ordem administrativa brasileira se funda no patrimonialismo e na burocracia não porque se forja uma dicotomia entre o “velho” e o “novo” entre o “atraso” e o “moderno”, mas sim devido à necessidade de objetivar a dominação das classes dominantes (proprietários rurais e burguesia comercial) em nível local e nacional simultaneamente, a partir do momento em que ocorre a passagem da sociedade colonial para uma sociedade nacional, que implicou a existência de um sistema tradicional escravista e de um sistema capitalista emergente articulados intensivamente (SOUZA FILHO, 2013, p. 90).

O modelo burocrático, dessa forma, surge diretamente ligado à ordem senhorial, o que lhe imprime uma nuance conservadora e o afasta da dimensão da impessoalidade que uma estrutura burocrática geralmente representaria (SOUZA FILHO, 2013). Tais miscelâneas e traços conservadores estão expressos não apenas nos seus primórdios, como demonstra o fragmento abaixo.

No contexto do desenvolvimento e consolidação da fase monopólica do capitalismo brasileiro (1950-1979), a materialidade da configuração da administração pública brasileira pode ser vista, resumidamente, da seguinte forma: a) para as questões de segurança, relações internacionais e questões fiscais – BUROCRÁTICA valorizada e reconhecida; b) para a questão social – Mix de BUROCRÁTICA centralizadora, autoritária e sucateada,

²⁴ Conforme Weber (2004), toda administração requer uma forma de dominação, precisa do poder de mando concentrado nas mãos de alguém. Tal dominação, para o autor, pode ser de três tipos ideais: tradicional, carismática e racional-legal.

fundada no corporativismo estatal (Estado controlando as instituições da sociedade civil, principalmente as vinculadas ao trabalho, para viabilizar a incorporação seletiva e regulada) e PATRIMONIALISMO, fundado na estrutura clientelista (para garantir a lealdade política de setores tradicionais, através da relação entre Poder central-Poder local e Poder local-população/clientela); c) para a intervenção nas questões diretamente econômicas (política monetária, fiscal, industrial) – BUROCRÁTICA INSULADA, baseada no corporativismo estatal (Estado privatizado por interesses do capital – a expressão material dessa estrutura burocrática são as administrações indiretas criadas no regime militar e, conseqüentemente, a formação dos “anéis burocráticos”) (SOUZA FILHO, 2013, p. 140).

Por fim, o terceiro e último modelo, que é o gerencial, passa a ganhar corpo na segunda metade do século XX, diante da expansão das funções sociais e econômicas do Estado e do desenvolvimento tecnológico e da globalização mundial. “A eficiência da administração pública – a necessidade de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como beneficiário – torna-se então essencial”. O que implica uma reforma com base na eficiência e qualidade de serviços públicos e na cultura gerencial (BRASIL, 1995, p. 16).

Embora preserve alguns princípios do modelo burocrático (sistema estruturado de remuneração e carreira, avaliação de desempenho, entre outros), o modelo gerencial exerce seu controle por meio dos processos e resultados, ao contrário do modelo burocrático que o exerce focado na rigorosa profissionalização da administração pública. No modelo gerencial se tem a definição exata dos objetivos do administrador. Além disso, sua autonomia, no que diz respeito à gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros para poder exercer o controle e a cobrança dos resultados, é evidente, conforme o PDRAE. No modo gerencial, “a administração pública deve ser mais permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil e deslocar a ênfase dos procedimentos (meios) para os resultados (fins)” (BRASIL, 1995, p. 16). Com isso,

[...] a reestruturação do Estado [brasileiro] pareceu indispensável e a descentralização surgiu como uma possibilidade para que se redefinissem os diversos níveis de intervenção governamental [...] assim, na discussão sobre a descentralização no Brasil e em outros países latino-americanos [...] a perspectiva neoliberal também esteve presente, trazida pelos organismos internacionais de financiamento, que preconizavam, e ainda preconizam, a redução do Estado para dar maior eficácia ao aparato estatal e reduzir gasto público [...] (JUNQUEIRA, 1997).

A discussão que envolve a descentralização não tem apenas um caráter econômico (alternativa à crise), ela também trouxe uma pauta política à cena: um novo contrato social entre sociedade civil e Estado, conforme Junqueira (1997). Tal pacto requisita um perfil diferenciado do Estado (democrático), que este fosse reduzido e que muitas de suas atribuições fossem designadas à sociedade civil.

Não se tratava de reduzir o Estado com vistas à constituição de um Estado mínimo neoliberal, mas de reconfigurar o Estado; de torná-lo democrático e mais ágil, de redirecioná-lo para atender às demandas sociais e não aos interesses corporativos e burocráticos característicos do Estado autoritário. Assim, integrada ao processo de superação de uma crise essencialmente política, a discussão da descentralização passou, principalmente, pela discussão de democratização e da participação (JUNQUEIRA, 1997, p. 181).

No Brasil, a partir da promulgação da CF em 1988, a criação dos conselhos e conferências municipais, estaduais e nacionais, espaços que contam com a inserção da sociedade civil no processo de gestão das políticas de saúde, assistência social, infância e adolescência, entre outras, permite ao Estado Democrático de Direito um meio de contar com a participação popular, conforme mencionado no capítulo anterior.

Cabe ressaltar que a descentralização pode ser entendida por dois vieses, segundo a análise de Jovchelovitch (1998): intragovernamental, transferência de poder central para estados e municípios; e ligado à democratização – transferência de poder do Estado para os cidadãos – participação da sociedade nas decisões. Isso representa uma nova estrutura do poder governamental em que outros atores se inserem na cena decisória, tais como municípios, estados e cidadãos. É o “redimensionamento da relação povo-governo, dentro da qual a autonomia das organizações locais proporciona o exercício do controle social e a possibilidade de influir nas decisões de várias instâncias (p. 37).

Em termos de Brasil, a descentralização ganha espaço no cenário contemporâneo com a CF, na qual a “descentralização político-administrativa demarca uma nova ordem política na sociedade brasileira” (JOVCHELOVITCH, 1998, p. 38) e os cidadãos passam a ter o direito de exercer o controle de políticas – algo que o próprio SGDCA incorpora, visto que um de seus eixos, conforme mencionado anteriormente, é o eixo de controle de efetividade dos direitos. A descentralização de poder para municípios, a instalação de conselhos e

conferências são os principais dispositivos de democratização do SUS, por exemplo, como cita Campos (1998). Contudo, não surtiram o efeito esperado. “Inventar um modelo de gestão que respondesse a uma série de exigências do próprio modelo de atenção gerido pelo SUS é, portanto, um desafio em aberto” (CAMPOS, 1998, p. 864).

Diante do desafio posto, diversas estratégias de gestão da política de saúde são pensadas e implementadas, como, por exemplo: Estratégia Saúde da Família; Trabalho em Rede; e Apoio Institucional, entre outras. Considerando os objetivos propostos para este estudo, o foco dos próximos tópicos incidirá na estratégia Apoio Institucional em Curitiba e, sequencialmente, no Trabalho em Rede.

3.2 ESTRATÉGIAS DE GESTÃO: APOIO INSTITUCIONAL EM CURITIBA

Para reinventar a gestão de políticas públicas como a Política de Saúde, por exemplo, algumas estratégias de gestão são pensadas e implementadas, inclusive pela SMSC. Embora se saiba que o termo “estratégia” tenha em suas origens uma conotação militar, e, por isso é entendido como “a programação a longo prazo do uso de instrumentos políticos e militares na condução dos conflitos internacionais” (ESTRATÉGIA..., 1998, p. 431), para este estudo “estratégia” é entendida como a “seleção dos meios para realizar objetivos”, segundo Maximiano (2006, p. 329), como passamos a tratar.

O já mencionado Decreto nº 7.508 traz para o contexto da política de saúde brasileira a necessidade de articulação entre os entes da federação e das secretarias do Ministério da Saúde, a necessidade de diminuir a fragmentação “da agenda estratégica do SUS e as singularidades dos contextos locais – que se insere a discussão da estratégia Apoio” (BRASIL, 2011b, p. 15). O intuito era o de promover a horizontalidade e a cooperação para construir a regionalização e as RAS, “contratualizando o desenvolvimento de práticas de atenção e de gestão que produzam acolhimento com ampliação do acesso e da qualidade do SUS” (BRASIL, 2011b, p. 15).

O apoio, antes de mais nada, conforme o dicionário léxico, está relacionado ao amparo, sustentação, auxílio, ajuda, suporte (APOIO, 2016). Tal apoio pode ser direcionado ou realizado em diversos âmbitos, inclusive para organizar as práticas de saúde e de gestão. O que não significa que exista somente

um tipo de apoio no âmbito da saúde. O apoio pode ser um Apoio-Intervenção, em que o trabalhador (apoiador) se configura como um interlocutor entre equipes de unidades de saúde e gestão para executar uma supervisão, “uma sistematização de normas e procedimentos técnicos preconizados, fundamentada no planejamento, organização e avaliação de serviços, que tem sua lógica centrada no controle dos processos e resultados [...]” (BERTUSSI, 2010, p. 107). Vertente essa com resquícios da Teoria Geral da Administração que, a partir de 1998, reformulada, adquire a denominação “função apoio institucional” (BRASIL, 2011b).

A análise institucional, defensora da função Apoio Institucional, entende que este é disparado pelo trabalhador que

Produz o encontro com as equipes das unidades de saúde e coloca em análise seus problemas e suas questões no campo da gestão e na condução dos processos decisórios, num arranjo para diminuir a fragmentação do processo de trabalho e a distância da gestão entre áreas e setores de uma organização (BERTUSSI, 2010, p. 112).

No âmbito da atenção à saúde, por exemplo, o apoio institucional colabora com a interlocução entre trabalhadores em prol da diminuição da fragmentação entre os saberes que convivem em um serviço (ou vários), no intuito de aumentar a resolubilidade das ações a partir do diálogo, da cooperação e incorporação do papel/responsabilidade de cada serviço no processo do cuidado (BERTUSSI, 2010).

Neste estudo, conforme a análise institucional, o apoio é entendido como “um arranjo para organização das práticas de saúde e de gestão” (BERTUSSI, 2010, p. 106). O Apoio Institucional é, nesse sentido, uma estratégia de gestão que visa a articulação, o estabelecimento de um elo entre as unidades de produção, as equipes e a organização. O Apoiador Institucional atua como um mediador no intuito de agilizar processos, estabelecer uma comunicação eficaz e uma melhor sistematização dos processos de trabalho. O Apoio Institucional, a partir de contratos de trabalho com as equipes e unidades de produção, compartilha as diretrizes da organização com estas, assim como articula seu papel sem desconsiderar o contexto externo – diretrizes políticas, indicadores de avaliação (CAMPOS, 2007). O Apoio Institucional é um

Modo inovador de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, com o objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, ressignificando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. **Ofertar suporte aos movimentos de mudança deflagrados por coletivos**, buscando fortalecê-los no próprio exercício de produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. As diretrizes do apoio institucional integrado são **a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos**, aproveitando as lacunas para ativar movimentos que produzam diferença/ruptura com o que está instituído, ou seja, que busque novos modos de produção da atenção e da gestão na saúde e maior implicação e satisfação dos trabalhadores com seu próprio trabalho [...] o trabalho do apoiador institucional integrado envolve **uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos** para a produção de objetivos comuns, ampliando a capacidade de tecer uma rede de compromissos, de contratualização de sujeitos (BRASIL, 2011b, p. 16 – grifo nosso).

Dessa forma, o Apoio Institucional se localiza no que se denomina de “entre lugar”, o que significa estar entre os atores envolvidos e a instituição com o objetivo de trabalhar a micropolítica²⁵ que envolve os processos de trabalho e a produção do cuidado (BERTUSSI, 2010, p. 216). O Apoio Institucional percorre pela RAS e, para que esse movimento seja singular, deve considerar a conjuntura e características de cada espaço coletivo para promover a articulação de todos, o que “pode ser entendido como um dispositivo de funcionamento em rede”²⁶. Esta é a grande potência do Apoio Institucional (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009, p. 734).

Para o desenvolvimento da estratégia de gestão, Apoio Institucional, é necessária a viabilização de espaços de conversa. É o que Campos (2013) propõe com o Método Paideia ou da Roda. Este se constitui em uma metodologia para reformular mecanismos de gestão tradicionais, com a característica de trabalhar com as pessoas envolvidas na produção de saúde, e não sobre elas. Seu intuito é realizar a coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe de uma maneira interativa sem desconsiderar as diferenças de papéis, poder e conhecimento. O método possibilita a articulação entre os interesses de usuários e de trabalhadores e pode ter como efeito o conhecimento de si, dos outros e do

²⁵ Conceito que diz respeito poder envolvido nos espaços vivos onde se dão as relações e o processo de subjetivação (BERTUSSI, 2010).

²⁶ Algo coerente com a importância do Trabalho em Rede destacada pelo Decreto nº 7.508, como mencionado anteriormente.

contexto que envolve a todos – alternativa criada e proposta por Campos (1998) para superar o “desafio em aberto” para o SUS, conforme mencionado anteriormente.

A mudança no modelo de gestão de uma política, no contexto da saúde pública brasileira, contudo, não é tarefa simples. Na opinião de gestores e pessoas envolvidas na produção de saúde em Curitiba, dos quais destaca-se uma, ela

Tem que estar no gestor da unidade de saúde, no gestor do distrito, o gestor do nível central. Acho que tem que ter essa escuta ativa para a gente pode mudar os espaços. A gente tem muitos espaços colegiados legais, mas o espaço em si precisa ser melhorado no sentido de uma gestão participativa [...]. Não que ele vá resolver, por que não adianta nada eu ser apoiadora em um distrito onde o próprio gestor do distrito atua em uma gestão de um modelo tradicional, um modelo verticalizado, que não escuta (Política de Saúde – gestão 2).

Existe uma convivência de profissões variadas, com interesses diversos em serviços singulares, situados em um contexto que propõe mudanças de modelos de atenção e de gestão, ao mesmo tempo que convive com o modelo médico hegemônico. A confluência desses fatores pode ser pensada a partir da opinião do participante da política de saúde – gestão 2. Para este, são necessários o envolvimento e a participação de todos para que a cogestão aconteça²⁷, pois

[...] muitas coisas que a gente não pensa aqui [gestão central] e que sai de lá. Ou às vezes também instituir isso aqui [serviço no território], não necessariamente institui isso a nível macro, também; vai ser realizado na ponta. Então, eu acho que os movimentos são similares; simultâneos, na verdade. Parte do movimento de lá [serviço no território] e daqui também [gestão central] (Política de Saúde – Gestão 2).

Entende-se que o gestor central, o gestor local e os demais trabalhadores são todos atores da construção do trabalho em saúde e tanto podem atuar de forma favorável ou contrária a qualquer tipo de proposta de gestão de modelo de atenção. São as relações da micropolítica, “o agir cotidiano dos sujeitos, na reação entre si e no cenário em que ele se encontra” (FRANCO, 2006, p.1).

No intuito de aproximar a gestão central da gestão local, articular o trabalho dos diversos serviços que fazem parte da RAS, a SMSC criou a assessoria de gestão para implantar o Apoio Institucional no início da gestão 2013-2017. Este

²⁷ Racionalidade gerencial em que a autonomia do trabalhador e dos usuários é valorizada, em que a discussão sobre a clínica ampliada, a busca da integralidade e novas formas de cuidado em saúde sejam práticas constantes (CAMPOS, 2007).

era composto por cinco apoiadores: três que atuavam diretamente nos territórios e dois em nível central de gestão. Cada apoiador de território ficava responsável por uma área que compreendia, em média, 625 mil habitantes (Política de Saúde – Gestão 3). Contudo, no ano de 2015, o Apoio Institucional

[...] está se constituindo, hoje, mais como uma assessoria de gabinete do que um apoiador específico [...] O Apoio está em uma fase de rediscussão da sua área de atuação. A gente está fazendo alguns movimentos. Tem movimentos de mudança do próprio organograma da Secretaria [Municipal] de Saúde; onde o apoio está colocado tanto no espaço do Distrito Sanitário como no espaço ligado ao gabinete, também. Mas a gente tem que sentar e pactuar tudo com [...] o novo secretário, para ver se a linha de trabalho vai ser essa mesmo ou não (Política de Saúde – Gestão 3).

Esta opinião traz um elemento importante para pensar os rumos da gestão da SMSC. Durante o trabalho de campo, foi possível ter conhecimento da mudança do Secretário Municipal de Saúde, algo que pode representar movimentos e efeitos variados na Política de Saúde. Por exemplo, a estratégia Apoio Institucional, agora entendida ou “transformada” em uma assessoria de gabinete, como o ator Política de Saúde – Gestão 3 relatou. Embora se saiba, como já foi exposto, que Apoio Institucional e assessoria de gabinete tenham funções distintas, os rumos que a atual gestão vai seguir com relação ao Apoio Institucional ainda são incertos.

Outra estratégia que pode ser utilizada para atender necessidades diversas é o Trabalho em Rede. Este pode ser visto, pensado e praticado de várias formas. A SMSC, por exemplo, adotou em 1998, há 17 anos, uma estratégia de enfrentamento de situações de violação de direitos de crianças e adolescentes. Ao ampliar o olhar para uma melhor compreensão do que é o Trabalho em Rede e até mesmo refletir sobre o que a SMSC propõe, alguns pontos e conceitos precisam ser esclarecidos, para se chegar ao entendimento de que forma o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) se aproxima dessa discussão. E, além disso, identificar limites e potencialidades que envolvem o trabalho intersetorial, um dos objetivos deste estudo. Isto posto, entende-se a necessidade de, primeiramente, trazer o conceito de Rede.

Teóricos de várias áreas do conhecimento, no decorrer dos anos, pensaram, pesquisaram e fizeram suas contribuições, as quais algumas foram

levantadas pelo subgrupo de pesquisa vinculada ao Núcleo de Estudos sobre Movimentos Sociais do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, que estuda Redes. Um dos conceitos de Rede está relacionado ao terceiro campo de parentesco, no qual laços de afinidade constroem uma “teia” – amigos e classe social – e baseia-se nas opções pessoais de cada indivíduo. Outra forma de entender Rede é que esta representa um sistema ou corrente entre pessoas, grupos e unidades sociais, mas somente alguns indivíduos estabelecem conexões e relações sociais uns com os outros (WANDERLEY, et. al., 200?).

Para Sanicola (2008, p. 13), Redes são malhas, muito ou pouco densas, compostas de pontos que se cruzam e promovem “trocas sinérgicas”. Elas são permeadas por conflitos, alianças, polarizações e tensões. Podem assumir alguns tipos de orientações metodológicas (orientação terapêutica, prática coletiva que visa a cura clínica; organização em Rede, reúne recursos naturais e serviços; *communitycare*, utiliza de recursos comunitários com destaque para o terceiro setor; e intervenção em rede, valoriza as redes naturais do indivíduo), assim como podem desenvolver dois movimentos: do individual para a partilha e da dependência para a autonomia. Naquele, o indivíduo, ao partilhar alguma necessidade, cria um sentimento de pertencimento à Rede e de uma “identidade individual e comunitária”, cria laços. Ao passo que no segundo movimento há o desenvolvimento da liberdade a partir do amadurecimento do sentimento de pertencimento à Rede, que desperta a capacidade de assumir responsabilidades. As Redes não são permeadas por um ou outro movimento exclusivamente. Um ou outro prevalece de acordo com as circunstâncias conjunturais, segundo a autora.

Quando extrapola a capacidade resolutive das redes primárias – familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho – a partilha se dá por meio das redes secundárias – serviços institucionais. O trabalhador destes serviços, envolto por regras e normas, enxerga e reforça a individualização da demanda.

[...] essa forma de oferta de serviços não apenas cristaliza a demanda na forma como ela é assumida (individual), mas a condiciona a manter uma dependência, uma vez que o usuário terá de aceitar o que o serviço lhe oferece e não o que ele considera necessário para si mesmo. Por conseguinte, ocorre uma adaptação gradual ao serviço oferecido, e o usuário perde sua capacidade de iniciativa diante do desafio da necessidade, até se tornar um usuário-padrão. Ao mesmo tempo, o operador se cristaliza em seu papel de

prestador de serviços padronizados, perdendo progressivamente seu potencial de criatividade (SANICOLA, 2008, p. 83).

De forma complementar, na compreensão de Guará (1998) existem dois conceitos de Rede: o tradicional e o moderno. O conceito tradicional de Rede está relacionado a um conjunto de serviços similares, organizados de forma hierarquizada e, portanto, atrelado a uma gestão centralizada. Já as Redes modernas “mantêm-se num processo contínuo de busca de legitimação através de fluxos ativos de informação e interação” (p.13). O mesmo pode-se dizer de Carvalho (2010), pois esta apresenta que

A rede é um meio, um modo de representação das interrelações e conexões, de como se expressa a complexidade. Não vivemos mais em uma sociedade simples. Não enfrentamos mais variáveis simples. **Os fatos são multicausais e multidependentes** [...] A própria sociedade civil se comporta como uma “sociedade-rede” (CARVALHO, 2010, p. 8 – grifo nosso).

As ditas Redes podem ser classificadas de diversas formas, conforme Guará (1998): redes sociais espontâneas, as quais se dão a partir das relações primárias entres familiares, de vizinhança ou comunidade que se ligam por afinidade, afeto solidariedade e cooperação; redes de serviços público-institucionais, cuja estrutura governamental é direcionada ao atendimento dos direitos positivados através de programas e serviços desenvolvidos pelas políticas públicas; redes sociocomunitárias, organizadas no espaço da comunidade quando as políticas sociais não são efetivadas para atender demandas coletivas; rede de serviços privados, composta por serviços privados; redes sociais movimentalistas, que se constituem de movimentos sociais, os quais se organizam de forma horizontal e promovem a articulação entre seus membros.

Complementar às primeiras definições, no âmbito das políticas públicas, as Redes podem ser setoriais ou intersetoriais. Estas, foco do presente estudo, constituem-se em uma estratégia operacional, que articula políticas públicas no sentido de enfrentar demandas complexas para superar a fragmentação das ações governamentais, e aquelas com uma organização centralizada e hierarquizada de serviços e programas das políticas de saúde, educação, assistência social, entre outras (LAVORATTI, 2013). Ou, conforme Bourguignon (2001, p. 2), Redes

Intersetoriais tem como objetivo prestar “o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente”.

A intersectorialidade, como indica Pereira (2014), pode ser entendida “como uma nova lógica de gestão, que transcende um único ‘setor’ da política social [...], estratégia política de articulação entre setores sociais diversos e especializados”. A intersectorialidade é “um instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada” (p. 23). Ela pode ser utilizada frente à necessidade de atuação de forma integrada e articulada para atender as demandas multicausais dos usuários dos diversos serviços (YAZBEK, 2014).

A intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas [...] supõe também a articulação entre sujeitos de áreas que tem suas especificidades e diversidades e, portanto, experiências particulares, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de gestão de políticas públicas que está necessariamente relacionada ao enfrentamento de situações concretas. Supõe vontade, decisão, que tem como ponto de partida o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve, portanto estruturação de elementos de gestão que materializem princípios e diretrizes, a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência, às ações (YAZBEK, 2014, p. 98).

Historicamente não é isso que acontece. As políticas sociais, como educação, saúde e assistência social, apresentam-se setorializadas e desarticuladas. Isto é resultado da forma de gestão centralizadora e hierarquizada a que responde. Cada política, com seu leque de serviços e objetivos, atende o mesmo usuário. Todavia, muitas vezes, de forma desconexa das demais políticas (YAZBEK, 2014). Algo que precisa ser modificado em busca da garantia dos direitos universais, da democracia, da integralidade dos direitos de crianças e adolescentes. A tentativa de mudança em Curitiba começou há 17 anos, quando se iniciou o trabalho da denominada Rede de Proteção a crianças e adolescentes. Com base no que os atores deste estudo apresentaram, a seguinte reflexão traz elementos do processo de constituição e implementação do trabalho desta “Rede”.

3.2.1 Trabalho em Rede Desenvolvido em Curitiba a partir da Percepção dos Atores

Trabalhar com a singularidade de crianças e adolescentes sem deixar de refletir sobre as questões econômicas e políticas que permeiam o cenário nacional não é tarefa simples. Ainda mais com uma estrutura de serviços públicos disposta de forma verticalizada e dividida em setores e com interesses de mercado que se sobressaem, em detrimento dos direitos infanto-juvenis, conforme o ECA preconiza. Desenvolver um trabalho de forma cooperativa com diversos atores, um Trabalho em Rede, portanto, produz novos conhecimentos e possibilidades de garantir a proteção integral desse público. Mais do que isso, “o que agrega valor à proposta de uma rede de proteção social é a boa definição de seu foco de atuação. A existência de um objetivo bem definido pode ser decisiva para o sucesso dessa rede [...]” (GONÇALVES; GUARÁ, 2010, p. 17).

A gestão compartilhada entre os atores da Rede, a partir de um planejamento conjunto e a busca por resultados coletivos – com plena participação do Estado, que o Trabalho em Rede representa – possibilita agilidade, melhor utilização de recursos e maior garantia de unidade e continuidade de programas das Redes de Proteção (GUARÁ, 2010).

Nesse sentido, as Secretarias de Saúde e de Educação, juntamente com a Fundação de Ação Social (FAS) e o Instituto Municipal de Administração Pública (IMAP) de Curitiba elaboraram o Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, para nortear o trabalho de diversos profissionais que compõem a denominada Rede de Proteção desde 2000²⁸ (CURITIBA, 2008). O que cabe ressaltar é que a terminologia adotada por Curitiba, “Rede de Proteção”, e que será apresentado sequencialmente, não significa que este estudo ratifica a denominada “Rede de Proteção” como um Trabalho em Rede Intersetorial.

Entende-se que desenvolver programas de proteção e prevenção por meio de uma ação integrada e intersetorial de setores e serviços de todas as políticas, assim como instituições governamentais e não-governamentais, constitui-se uma estratégia para atuar frente as necessidades de crianças e adolescentes

²⁸ Em todo o município, porém a Rede de Proteção teve início em uma experiência piloto em 1998 (Política de Saúde – Gestão 1).

com o objetivo de prevenir e inibir a violência, conforme diz o Protocolo (CURITIBA, 2008).

No Protocolo da Rede de Proteção, ao considerar a doutrina da proteção integral de crianças e adolescentes de que trata o ECA, a necessidade de trabalhar a questão da violência no referido município mediante a sistematização da Rede de Proteção, mostrou-se uma metodologia adequada frente a essa problemática (CURITIBA, 2008).

A “Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência” surge então do encontro de vários agentes inseridos em instituições de referência tanto para o planejamento urbano como para as áreas de saúde e educação, com vistas a pensar uma questão que vinha se configurando como problema social (LAVORATTI, 2013, p. 145).

Dessa forma, a Rede de Proteção se faz de um “conjunto de ações integradas e intersetoriais [...] para prevenir violência, principalmente doméstica/intrafamiliar e sexual, e proteger a criança e o adolescente” (CURITIBA, 2008, p. 17). É necessário compartilhar objetivos e procedimentos entre todos os atores envolvidos com a Rede de Proteção, estabelecer uma articulação e relações horizontais, para que se construa vínculos de interdependência e complementaridade, o que irá possibilitar a corresponsabilidade entre os pares e, acima de tudo, trabalhar em prol da garantia da atenção integral de crianças e adolescentes, expõe o Protocolo. Com isso em mente,

[...] quando nasceu essa ideia de se construir um olhar integrado de proteção às crianças e adolescentes; nasce de uma pesquisa do Instituto Municipal de Pesquisas – que é o IPPUC – uma pesquisa encomendada do Governo Federal, para o atendimento da vítima de violência [...]. Nessa lógica dessa pesquisa que se pensou: por que não [...] montar uma proposta articulada de enfrentamento à violência? (Política de Saúde – Gestão 1).

Desta forma, em 1998, iniciam-se os trabalhos da Rede de Proteção em uma Regional²⁹ piloto de Curitiba (Regional Portão), a qual começa a registrar dados que geravam “relatórios mensais em registros manuais” (Política de Saúde – Gestão 1). Disto surge a necessidade de “criar um instrumento onde se registrasse os

²⁹ Espécie de subprefeituras, localizadas em 10 Regiões da cidade, mais especificamente nas Ruas da Cidadania, que disponibilizam serviços e regionais administrativas da administração pública direta e indireta (CURITIBA, 2015a).

dados. Por isso que ela [Rede] hoje fica amparada na epidemiologia, apesar de toda interface deste trabalho ser com a assistência [nas unidades de saúde]” (Política de Saúde – Gestão 1). Tal instrumento foi utilizado para a organização dos dados sobre a violência registrados manualmente no município até 2004. Como bem lembra um dos atores desta pesquisa.

[...] nós temos um banco oficial como a gente diz, a partir de 2004 [...] de 2004 em diante passa a ser digitado em um sistema EPI, também metodologia do Ministério [da Saúde]. Mas esses dados não eram dados nacionais, eram dados que ficavam aqui. Quando consultados a gente encaminhava. Mas eram dados que ficavam na cidade. A partir de 2011, o Ministério [da Saúde] organiza todos os sistemas de inclusão de dados, que é a base do sistema, que é o SINAN – Sistema Nacional de Agravos e Notificação – e que passa a obrigar todas as cidades, os municípios a notificar as suas situações de violência³⁰ [...] (Política de Saúde – Gestão 1).

Assim, passa a existir duas fichas de notificação e dois bancos de dados: municipal (Anexo C) e nacional (Anexo B).

Nós tínhamos um banco histórico desse dado e, a partir disso nós começamos a ter que digitar em dois sistemas, para que a gente não perdesse a nossa série histórica de informação. Porque a gente faz busca de reincidência e também para atender a algo maior, ao grande direcionador que era o Ministério [da Saúde]. Nós tivemos que nos adaptar [...] a nossa ficha criada aqui em Curitiba, para a ideia dessa ficha nacional. Então, Curitiba adota uma ficha municipal e traz os campos construídos para uma ficha única³¹. Então, a nossa ficha, ela tem letra e número; as letras são os nossos campos, que são a nossa história de construção desde [19]98 [...] (Política de Saúde – Gestão 1).

Embora o trabalho da Rede de Proteção tenha iniciado com foco nas situações que envolvem crianças e adolescentes,

[...] não temos como separar um grupo que só trabalha com criança, um grupo que só trabalha com mulher, [...] então, a gente sempre trabalha com a visão que as pessoas têm de olhar a família. Muitas vezes as notícias vêm pelas crianças e pelos adolescentes, porque

³⁰ Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde prevê em seu artigo 7º que é compulsória a notificação de situações de suspeita ou confirmação de violência (ou agressão, conforme a nomenclatura da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde) por parte de profissionais da saúde e da educação (BRASIL, 2011d).

³¹ Sendo utilizada por todos os serviços, são 800 notificadores no município, segundo relato de um dos atores da pesquisa (Política de Saúde – Gestão 1).

elas estão cotidianamente inseridas no espaço da escola e ali eles trazem. **Humanamente, só se você for muito cego para não perceber e ouvir o que eles te contam para que você trabalhe integrado** (Política de Saúde – Gestão 1 – grifo nosso).

Desta forma, o trabalho da Rede de Proteção é direcionado às situações de violência que envolvem idosos, mulheres, pessoas com deficiência ou crianças e adolescentes, cada qual com protocolo específico, mas, como lembra um dos atores deste estudo, o trabalho é direcionado ao enfrentamento de situações que envolvem violência, seja contra quem for – idoso, mulher, criança, adolescente, deficiente. Não há como olhar somente para as crianças ou ter profissionais que só atendam crianças, sendo que a mãe dela, uma mulher, também sofre violência doméstica, por exemplo. “Na prática eu [serviço] tenho que estar integrado” (Política de Saúde – Gestão 1). Os serviços devem atender demandas relacionadas às crianças e adolescentes, às mulheres, ao idoso e ao deficiente.

A partir das informações geradas pelos dados obtidos com as fichas de notificação, no que diz respeito a crianças e adolescentes, por exemplo, ficou estabelecido que o objetivo geral da Rede de Proteção de Curitiba seria tornar visível essa problemática, promover a capacitação de profissionais envolvidos com o atendimento dessa parcela da população, atender as vítimas e os autores de violências em busca da superação e reversão da situação de violência, diminuir a reincidência e realizar ações preventivas (CURITIBA, 2008).

A Rede de Proteção no município, conforme um dos atores da pesquisa, está organizada no âmbito local, distrital e central. Em nível central, há uma Coordenadoria Executiva da Rede de Proteção composta por um representante da SMSC,

[...] representantes do ensino fundamental; representantes da educação infantil; a gente tem um “namoro” muito próximo, mas muda – ele é um pouco frágil – com a representante da escola estadual, que representa o setor Curitiba das escolas estaduais³²; nós temos um conselheiro tutelar; na FAS nós temos um representante da proteção básica, um representante da proteção especial [...] (Política de Saúde – Gestão 1).

³² No presente ano, o município firmou um convênio com o ensino privado para atuar, juntamente com demais serviços públicos, frente a questões de violência contra crianças e adolescentes (Política de Saúde – Gestão 1).

Os atores da Coordenadoria promovem capacitações para os distritos e “[...] todas as pessoas que estão envolvidas com a Rede de Proteção, de todas as unidades, de todos os setores, da educação, do Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) e da FAS, são convidadas a participar [...]” (Política de Saúde – Atenção Primária 2). Durante tais capacitações são trabalhados diversos temas, como:

[...] identificação de sinais, depois da identificação de sinais para cada público de direito violado [...] vítima de violência sexual, tentativa de suicídio [...] sinais de alerta, o acolhimento, [...] a abordagem aos pais, aos responsáveis; daí a gente tem que trabalhar na questão do acompanhamento para trabalhar resiliência e prevenção [...]. As pessoas não estão acostumadas a procurar o apoio no outro [...]. Então, essa articulação a gente tem trabalhado continuamente. Como que as pessoas se articulam dentro das suas bases locais [...], quais são os tipos de violência, o que eu entendo por violência física [...] (Política de Saúde – Gestão 1).

No âmbito distrital, o trabalho tem como proposta compartilhamento das experiências de trabalho entre todas as redes locais do Distrito. Mesmo porque “[...] os trabalhos são iguais, só que cada unidade tem o seu perfil de trabalho, sua maneira de trabalhar” (Política de Saúde – Atenção Primária 2). O objetivo do trabalho da Rede de Proteção como um todo é o mesmo, mas cada rede local tem sua forma de conduzir o trabalho no dia a dia. O encontro para troca de experiências é considerada pela SMSC como uma forma de auxiliar outros profissionais em outros espaços.

Por fim, mas não menos importante, [...] “no espaço local, o coordenador da Rede, os trabalhadores articulam os componentes da rede local: creche [Centro de Educação Infantil], escola, CREAS, os CRAS [Centro de Referência de Assistência Social]” [...] (Política de Saúde – Gestão 3). Ou

Na verdade, a Rede de Proteção acaba sendo intersetorial. Tem representantes da saúde, da educação, FAS, que articula. As demandas que chegam para a Rede de Proteção saem das unidades de saúde, da escola, enfim, dos territórios, na ponta. Então, a partir do momento que o profissional identifica uma criança em risco, um adolescente em risco, seja por questões de violência dentro de casa ou por questões de vulnerabilidade social mesmo, leva a demanda para a Rede de Proteção. Aí é debatido e os encaminhamentos são feitos por lá [...] (Política de Saúde – Gestão 2).

Nesse sentido, a Rede de Proteção é considerada como:

Um colegiado onde são debatidas pautas referentes às crianças e aos adolescentes que se encontram em algum risco e que tem que ser demandada alguma ação do Estado, alguma intervenção do Estado nesses casos. Então, na verdade, é levado para esse espaço instituído onde é debatido e os encaminhamentos são feitos (Política de Saúde – Gestão 2).

O número de Redes de Proteção local é compatível com o número de Unidades de Saúde. Com isso, no Distrito do Bairro Novo, são 12 Unidades de Saúde e 12 Redes de Proteção local. Cada serviço que compõe as redes locais tem uma pessoa de referência para participar das capacitações oferecidas pela coordenadoria central, das reuniões da rede distrital, e para desenvolver o trabalho junto à rede local.

O que desperta o início do trabalho da rede local é o recebimento da notificação. Quando a US a recebe, por exemplo, o trabalhador de referência da Rede de Proteção local vai até o endereço da pessoa que sofreu violência acompanhado do coordenador da unidade “ou com o enfermeiro da área dela ou com o auxiliar, e o agente comunitário” para levantar mais informações e realizar os devidos encaminhamentos. Depois dessa primeira intervenção, as notificações são levadas para discussão com todos os componentes da rede local (Política de Saúde – Atenção Primária 1). Tais reuniões, no caso da Rede de Proteção de uma das unidades do Distrito Bairro Novo, por exemplo, acontecem mensalmente. Nesses encontros são discutidas todas as notificações de violência que a Rede recebeu, como relatou o ator Política de Saúde – Gestão 2, anteriormente.

Em casos mais graves de violência, esta mesma rede local, não necessariamente mensalmente, pode organizar um fórum para discutir uma situação pontual, de algum usuário específico.

Normalmente, quando é um caso complexo, [...] pode ser um caso que já vem com o tempo, mas pode ser um caso que [...] aconteceu há pouco tempo, mas que não está tendo uma solução. **Principalmente a família que não adere às ofertas de serviços que são feitas.** Então, pode ser um caso antigo, como pode ser um caso recente (Política de Saúde – Atenção Primária 2 – grifo nosso).

No intuito de envolver os demais trabalhadores da US, o conteúdo

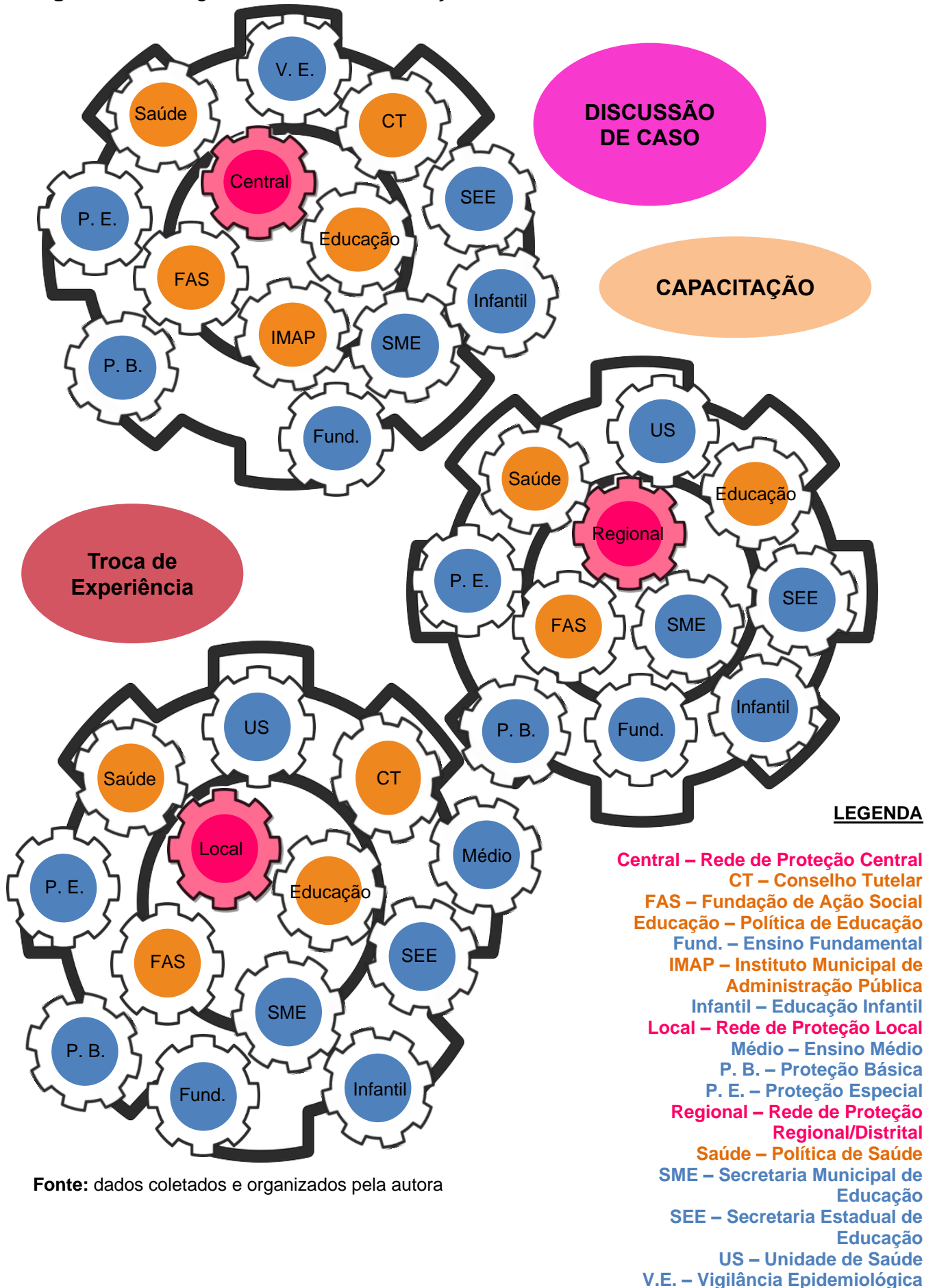
abordado nas capacitações, assim como as discussões nas reuniões da rede local são levadas para as reuniões gerais da unidade. Entretanto, como pode ser constatado na opinião de dois atores da pesquisa, o envolvimento com as questões da Rede de Proteção não é algo simples de despertar.

[...] a ideia é ela trazer para a participação da equipe, mas desde que eu estou aqui, quando ela participou, não trouxe. [...] cada um tem o seu afazer, e a impressão que dá é que cada um se preocupa com aquilo que está fazendo. Tipo assim: Rede de Proteção não é minha área. Conheço, mas não tenho que saber no fundo, no fundinho, de cor e salteado. Saber realmente como funciona, como que acontece (Política de Saúde – Atenção Primária 1).

O não envolvimento de todos os trabalhadores dificulta o trabalho diário nos diversos serviços e, mais que isso, pode impedir a garantia de direitos, em alguns casos, algo que contraria tudo o que as normativas legais e protocolos anteriormente apresentados preconizam.

O fluxograma a seguir (Figura 1) ilustra como funcionava e estava organizada a Rede de Proteção de Curitiba no momento de realização desta pesquisa (a intenção aqui não é dizer que seja um modelo ideal, recomendado ou inadequado; somente esquematizar a forma como o município trabalha para uma melhor compreensão deste estudo). Como uma espécie de engrenagem, cada rede local tem autonomia para trabalhar no seu território e movimentar “sua máquina”. Contudo, uma ligação com a distrital/regional e a central para troca de experiências e capacitações movimenta todas as “máquinas”, todas as “engrenagens” em busca da proteção de crianças e adolescentes.

Figura 1 – Fluxograma da Rede de Proteção atual de Curitiba



Fonte: dados coletados e organizados pela autora

Ao refletir sobre uma pesquisa solicitada pelo Ministério da Saúde, a SMSC se propõe a utilizar uma estratégia de gestão para enfrentar a complexidade e multicausalidade que a violência doméstica representa. Algo que merece ser destacado, visto que o Trabalho em Rede, estratégia que tem como proposta a articulação de serviços, traz para o debate, dentre outros elementos, a integralidade. Ponto este a ser explorado na sequência.

3.3 A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE NO COTIDIANO: AVANÇOS DO TRABALHO EM REDE EM CURITIBA

De acordo com a CF, a atenção integral é uma das diretrizes do SUS (BRASIL, 1988). Todavia, a LOS expõe que um dos princípios orientadores do SUS é o da integralidade da assistência – esta “entendida como 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, 1990b).

A diferença conceitual que a CF e a referida lei trazem é sutil, mas importante. Com a ajuda de um dicionário léxico, obtém-se que “diretriz” significa “linha segundo a qual se traça um plano de qualquer caminho, conjunto de instruções ou indicações para se levar a termo um negócio ou uma empresa” (DIRETRIZ, 2015). Ao passo que “princípio” pode representar “ponto de partida, causa primária, fonte primária ou básica de matéria ou energia, aquilo do qual alguma coisa procede na ordem do conhecimento ou da existência” [...] (PRINCÍPIO, 2015). Especificamente, “as diretrizes de saúde estabelecidas pelos conselhos de Saúde expressam as linhas de ação a serem seguidas e orientam a formulação de política que se concretizam nos objetivos” (BRASIL, 2013, p. 15).

Seja uma diretriz ou um princípio, o fato é que a integralidade tem sua importância por estar presente nas normativas legais que regulam o sistema de saúde brasileiro e, principalmente, por estar carregada de significados relevantes para a permanente construção de SUS.

Para Mattos (2009b, p. 45), por exemplo, integralidade “é uma ‘bandeira de luta’, parte de uma ‘imagem-objetivo’ [...] ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam com um ideal de sociedade mais justa e solidária”. A integralidade é tratada por este autor a partir dos três sentidos que ela

apresenta: integralidade como um traço da boa medicina, integralidade como modo de organizar práticas, e integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

O primeiro sentido está ligado à postura médica no atendimento aos usuários. Ao deixar de fragmentar o indivíduo a partir de especialidades médicas, ao considerar que as necessidades de saúde de uma pessoa envolvem mais que a dimensão biológica, ao enxergar além do sofrimento e da doença, o médico se aproxima das necessidades dos usuários e consegue desenvolver uma prática que preza pela integralidade, porém ainda é algo difícil de se observar nos mais variados serviços de saúde (MATTOS, 2009b).

E, ciente do conceito ampliado de saúde, tais necessidades podem estar relacionadas a aspectos diversos. Por isso, para realizar o cuidado de crianças e adolescentes, não basta um serviço ou uma política. Como lembra um dos atores, “a gente tem situações de casos de crianças que estão numa condição social muito complicada, não tem suporte da família, estão fora da escola. Então não é uma situação só de saúde” (Política de Saúde – Atenção Especializada). Neste sentido, o que um dos atores traz torna-se relevante:

[...] às vezes é a mãe. A gente também faz a notificação da mãe. A mãe precisa de um atendimento psicológico, o filho precisa. Ou às vezes o filho está bem e aquela família que precisa. Não tem um colchão em casa, não tem como dormir bem, não tem o que comer. A gente precisa ter uma boa articulação ali com o CRAS, com o FAS para eles acompanharem. Com o CAPS. A gente também tem crianças que tem bastante dificuldade ou são crianças de inclusão e fazem atendimento lá [CAPS], que é um direito dela. A gente precisa ter forte essa articulação. Ela tem que ser, tem que acontecer. Como eu falei do elo. Não pode faltar nenhum elo porque senão essa corrente se quebra e a gente não vai para frente [...] (Política de Educação).

No caso da postura dos médicos, por um certo tempo, foi atribuída aos currículos das escolas médicas a forma de desenvolver um trabalho fragmentado e reducionista. Ao focar o ensino em espaços de aprendizagem como laboratórios e hospitais, os médicos aprendiam a fragmentar os pacientes e a considerar dimensões biológicas em detrimento de aspetos emocionais ou sociais. Formação que recebeu críticas do movimento da medicina integral³³, pois este entendia que

³³ Movimento surgido nos Estados Unidos (MATTOS, 2009b).

era necessária uma reformulação curricular para contemplar o desenvolvimento do aprendizado em ambulatórios e comunidades, por exemplo (MATTOS, 2009b). Tal entendimento vai ao encontro do que um dos atores desta pesquisa diz, pois este relatou que percebe que “é uma questão muito cultural das pessoas [...]. Acho que é uma coisa muito cultural da especialidade, da especificidade de cada abordagem. E aí a gente tenta segmentar o sujeito também [...]” (Política de Saúde – Atenção Especializada).

Com a proximidade da medicina integral à medicina preventiva e, sequencialmente, à saúde coletiva, houve uma compreensão de que não eram somente as escolas que provocavam atitudes reducionistas e fragmentárias na postura dos médicos. Mudanças nas relações de trabalho, a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos também passaram a ser vistas como influenciadoras na construção e reprodução de tal postura (MATTOS, 2009b).

Outro ponto que o autor tratou, ainda com relação ao primeiro sentido de integralidade, como um traço da boa medicina, é a importância de desenvolver práticas de prevenção prudentes para não cair no erro do excesso de medicalização, ou consumo exagerado de tecnologias de diagnósticos e serviços de saúde. O conhecimento adquirido ao longo dos anos sobre diversas doenças é de extrema importância para a prevenção de doenças e agravos, mas nunca se deve esquecer que “integralidade e prudência andam, pois, juntas”. O fio condutor da boa medicina deve ser as necessidades de saúde dos indivíduos, o qual deve fazer parte do cotidiano de todos os profissionais de saúde, não exclusivamente dos médicos (MATTOS, 2009b. p. 54).

[...] E eu entendo que, quando a gente fala de integralidade, intersetorialidade, todos os princípios do SUS que nós temos; todos os profissionais têm que estar disponíveis naquele momento. Principalmente a equipe de referência daquele usuário. Seja na saúde da família, por exemplo. E que eu vou ter uma escuta, vou ter a minha demanda atendida naquele momento que eu cheguei na unidade. Que pode ser só aquele momento que eu procurei. Se eu não tive atendimento, eu volto embora para minha casa e não volto mais [no serviço]. Seja na escola, enfim; eu acho que nesse sentido os direitos da criança e do adolescente têm que estar na política pública como um todo e em todos os profissionais. Para ser atendido como um todo. Eu acho que isso ainda é um desafio (Política de Saúde – Gestão 2).

E, como lembra Cecílio (2001, p. 3),

Nesse encontro do usuário com a equipe, haveriam de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou "travestidas" em alguma(s) demanda(s) específica(s). Poderíamos trabalhar com a seguinte imagem: quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma "cesta de necessidades de saúde" e caberia à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender as necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente.

Isso posto, parte-se para pensar a organização dos serviços de saúde, o modo de organizar as práticas – segundo sentido da integralidade –, conforme Mattos (2009b). A forma como foi organizada e praticada a saúde por muitos anos foi a saúde pública (imunização, programas de tuberculose e hanseníase, por exemplo) independente da assistência médica (consultas médicas). Com isso, centros de saúde ofereciam atendimento em saúde pública de acordo com programas do Ministério da Saúde – o que significava que a população tinha que se deslocar em vários centros de saúde, de acordo com suas necessidades – ou assistência médica. Com vista a “produzir impacto positivo sobre a saúde da população”, e para organizar os serviços de saúde, surge a proposta de utilização da epidemiologia em busca de tal propósito (MATTOS, 2009b, p. 59).

[...] A equipe no serviço de saúde definia para segmentos da população (geralmente divididos em faixas etárias) quais seriam as atividades programadas, priorizando algumas doenças e agravos frequentes na população e passíveis de ações preventivas e/ou de controle. As diretrizes programáticas deveriam guiar o trabalho dos diversos profissionais e incidiam sobre a recepção da unidade, o agendamento de atividades realizadas e o protocolo de realização das atividades (MATTOS, 2009b, p. 60).

Contudo, não são todas as necessidades de saúde que podem ser apreendidas pela epidemiologia. Esta compreensão provocou algumas mudanças no modo de pensar e organizar o trabalho em saúde, conforme Mattos (2009b). Ter isso em mente e reconhecer que a demanda espontânea não pode ser ignorada quando se discute organização dos serviços de saúde é um meio de garantir a integralidade. Os serviços precisam, sim, responder às doenças que a população apresenta, mas sem desconsiderar suas necessidades de saúde. É preciso estar aberto ao diálogo,

às constantes mudanças e à contínua reformulação dos processos de trabalho de acordo com as necessidades que a população apresenta. Dessa forma, de fato, a integralidade é tida como o princípio que norteia a organização dos serviços (MATTOS, 2009b).

A epidemiologia dimensiona e permite conhecer as prioridades dos problemas em saúde, mas com o seu foco na doença e a sua operacionalização a partir da concepção biológica da saúde, restringe o trabalho. Nesse sentido, a epidemiologia acaba por limitar o leque de ações dos trabalhadores, visto que desconsidera as singularidades e não oferece tecnologias para realizar o cuidado e lidar com a subjetividade do processo saúde-doença. E, “sem novas tecnologias, o cuidado clínico ou fica restrito ou reproduz o hegemônico” (FEUERWERKER, 2005, p. 496). Para lidar com a subjetividade, deve-se ir além dos processos de trabalho dos serviços de saúde. Um dos atores traz um exemplo.

[...] na reescrita da FICA³⁴ [...] foi preciso tudo. A questão do direito à saúde como ele está acontecendo hoje; fazer toda essa análise. O direito à educação, que não é só direito à vaga, mas permanência na escola, uma vez por isso a FICA. Fazer esse acompanhamento e ter essa análise. Por que vem? Por que falta? Como que está essa família? A questão das crianças que recebem o Bolsa Família, que também é uma ação que acaba contemplando um direito da criança (Política de Educação).

Entende-se a partir deste fragmento que a integralidade está diretamente ligada ao desenvolvimento de uma clínica ampliada³⁵, de uma efetiva articulação entre os pontos da RAS e um sistema com múltiplas entradas e fluxos, uma integralidade ampliada, pois, faz-se necessário

³⁴ Ficha de Comunicação do Aluno Ausente (FICA) – Programa criado pelo Ministério Público Federal adotado pelo Estado do Paraná em 2005. O objetivo é o enfrentamento da evasão escolar nas instituições de ensino. A cada cinco faltas consecutivas ou sete alternadas o Conselho Tutelar recebe a FICA do aluno para, então entrar em contato com a família e verificar o motivo da ausência e, mais que isso, encontrar meios para que o aluno retorne à sala de aula. (PARANÁ, 2016b; Conselho Tutelar).

³⁵ A clínica ampliada faz uso do conhecimento de vários profissionais para uma melhor atuação frente às necessidades de saúde de uma pessoa ou população. Ao considerar a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, a clínica ampliada coloca em discussão a fragmentação do processo de trabalho em saúde e considera que o tensionamento entre conhecimentos de diversas áreas é importante para direcionar o trabalho em saúde para a pessoa, a população, em vez de focar na doença. Para tanto, a adequação da gestão em busca de privilegiar a comunicação transversal entres os trabalhadores se faz necessária (BRASIL, 2009a).

[...] radicalizar a ideia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do "sistema" de saúde. A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Uma não é possível sem a outra. O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importa sua "complexidade", está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não (CECÍLIO, 2001, p. 5).

E, conforme a opinião de um dos atores desta pesquisa

A potência é no sentido de garantir mesmo o cuidado integral em todos os aspectos que as crianças e os adolescentes precisam. Garantir mesmo os direitos do ECA – saúde, educação, lazer, cultura, de garantir proteção, dar suporte para a família conseguir cuidar, conseguir educar. Seria como a gente ter uma política pública que garanta o ideal que é ter uma criança protegida e com um ambiente saudável de estímulo, de tratamento, de acompanhamento. Então, se a gente conseguir que as políticas se articulem de uma maneira a fazer um cuidado compartilhado, mais integral, a gente consegue cuidar mesmo, de fato, do todo da criança (Política de Saúde – Atenção Especializada).

Por fim, o terceiro sentido que Mattos (2009b) traz é o da integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde por meio de políticas especiais. Frente a problemas específicos de algum usuário ou grupo de usuários, as políticas levam em consideração o contexto cultural, e não somente o biológico. Além disso, as políticas devem incorporar meios de prestar serviços assistenciais e de prevenção, técnicas de diagnóstico precoce, de tratamento e acompanhamento.

A importância da saúde coletiva na reformulação de currículos, como indica Mattos (2009), baseia-se no fato de que a saúde coletiva “é um campo de produção de conhecimentos e de intervenção profissional especializada, mas também interdisciplinar, onde não há limites precisos e rígidos” [...]. São várias formas, olhares, escutas e modos de pensar a saúde. A saúde coletiva ressalta a importância de vários conceitos, dentre eles, ênfase na integralidade e equidade na lógica do SUS, superação do modelo médico hegemônico, valorização do cuidado e utilização deste no direcionamento da atenção à saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, preocupam-se com a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, instigando uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, da saúde, do sofrimento e da morte, na dimensão do coletivo e do social (CARVALHO; CECCIM, 2006, p 139).

Feuerwerker (2005) alerta que, para que a saúde se constitua de fato como um direito, para que o trabalho em saúde seja orientado pelo conceito ampliado de saúde e, conseqüentemente, outras políticas sejam incorporadas no enfrentamento dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), e para que as necessidades de saúde dos usuários direcionem as práticas dos trabalhadores, é necessário e urgente o debate político para promover uma reorganização do processo de trabalho e a instituição de uma gestão democrática.

Como lembra esta autora, orientada pelo conceito ampliado de saúde, não há como garantir o enfrentamento dos DSS sem o envolvimento de outras políticas e atores. Na mesma lógica encontra-se a proteção integral de crianças e adolescentes prevista no ECA. Família, sociedade e Estado precisam trabalhar de forma conjunta para que todos os direitos infanto-juvenis sejam efetivados. O trabalho conjunto, norteado pela integralidade, pauta de debate da saúde, não é diferente do que o SGDCA e a Rede de Proteção trazem.

E como os próprios atores desta pesquisa indicam, existem várias potencialidades de um trabalho articulado de forma a compor um sistema: “a possibilidade de enxergar os sujeitos ‘criança’ e ‘adolescente’ como um todo, tendo como resultado a efetividade das ações” (Política de Assistência Social). Além disso,

[...] com certeza, a maior riqueza de um trabalho articulado é essa troca que há entre os profissionais. Vamos supor um pedagogo. Eu ouvi um profissional da saúde, um profissional da Psicologia, um profissional do Serviço Social; isso é muito rico. Essa troca de experiências e a questão de discussão de casos conjuntamente. Cada um com a sua visão de mundo, com o seu conhecimento interpretando tal situação. [...] eu tenho a minha maneira de analisar aquela situação, aquela realidade, que é enriquecida com a visão do psicólogo, por exemplo, que é enriquecida mais ainda com o profissional do direito, por exemplo. Então a questão dessa articulação é isso. Essa riqueza, essa troca de informações que há entre esses profissionais que compõem essa Rede [...]. E também essa possibilidade de acionar esse conhecimento entre eles [...] (CMDCA 1).

A troca de saberes e informações, ampliação do olhar sobre a questão da infância e adolescência, a definição de papéis, o fortalecimento de ações conjuntas, a regulação de atribuições específicas [...] (CMDCA 2).

Como resultado de um trabalho conjunto, fortalecido, pautado na integralidade, a proteção integral de crianças e adolescentes pode ser o resultado final. Ou como diz um dos atores, um trabalho baseado em todos os sentidos da integralidade apontados anteriormente

Vai resultar no bem-estar daquela, melhor bem-estar daquela pessoa que você está dando o atendimento. Esse que é o objetivo. Os equipamentos trabalharão articulados para que a gente possa dar um conforto melhor, vamos supor, na saúde. Melhor questão de educação; que a gente possa estar trabalhando mais perto dessa pessoa para que os direitos dela estejam garantidos; os valores como educação e a saúde. Para que ela possa ter um bem-estar em todos os âmbitos (Política de Saúde – Atenção Primária 2).

A “atuação desconexa em relação aos demais, fatalmente a todos prejudicará, impedindo que o objeto comum seja alcançado” (DIGIÁCOMO, 2014, p.4). A “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2009b, p. 65).

Reconhecer seu papel e sua responsabilidade, desenvolver uma ação coletiva, articulada, conjunta, viabilizada por espaços de construção conjunta e instrumentos que tragam dados que subsidiem o trabalho, são pontos tratados pelos autores anteriormente expostos e aqui são reforçados pelos atores deste estudo. A percepção de que o princípio da integralidade, que a proteção integral deve ser o norteador do Trabalho em Rede é um avanço que merece destaque no trabalho que a SMSC vem desenvolvendo nos últimos anos.

Por si só este Trabalho em Rede, depois de anos de descaso pela sociedade e pelo poder público, cujo marco histórico remonta à promulgação da CF e do ECA, como tratado anteriormente, tem seu valor e pode ser considerado, juntamente com a implementação dos colegiados, avanços importantes no trabalho desenvolvido pela SMSC. Atrelado a isso, está a adoção do princípio da integralidade como referência para o atendimento das necessidades de crianças e adolescentes. As opiniões dos atores e a produção teórico-metodológica

apresentadas até o momento demonstram isso. No próximo capítulo a reflexão ganhará corpo com a exposição sobre a política de saúde de Curitiba, em especial aquela voltada a crianças e adolescentes para, então, finalizar este estudo com a reflexão sobre as fragilidades e desafios que o Trabalho em Rede de Curitiba apresenta, mesmo diante dos avanços significativos já destacados.

4 SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: FRAGILIDADES DA REDE E DESAFIOS PARA CURITIBA

4.1 POLÍTICA DE SAÚDE DE CURITIBA

De acordo com as informações disponibilizadas no portal da SMSC, a história da saúde pública no município de Curitiba se inicia no ano de 1963, com a criação de Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde. A partir disso, sequencialmente, unidades sanitárias são inauguradas, assim como consultórios odontológicos. No decorrer do processo de desenvolvimento e urbanização da cidade, ocorre uma grande mudança no modelo de atendimento à saúde. Em 1979 o município organiza a Atenção Básica à Saúde (ABS), e US distribuídas por áreas de abrangência são implantadas para realizar atendimento programado, educação em saúde, imunização, tudo com a participação da comunidade (CURITIBA, 2015b).

A partir de 1986, a municipalização, regionalização e hierarquização do sistema de saúde dispara um crescimento na rede de serviços da cidade. Nesse sentido, em 1992, no contexto de redemocratização do País, são criados sete Núcleos Regionais de Saúde, assim como os Departamentos de Saúde Ambiental, Planejamento em Saúde, Assistência à Saúde e Epidemiologia – momento em que se inicia a implantação da Estratégia Saúde da Família e se institucionaliza o conceito de Vigilância à Saúde. Ainda em 1992, alguns serviços são municipalizados, como as Unidades de Saúde, e outros são criados como, por exemplo, o Laboratório Municipal de Análises Clínicas. Já em 1995, com uma gestão semiplena do SUS, inicia-se a organização da atenção em saúde mental e uma reorganização da ABS a partir do Programa Saúde da Família Nacional, segundo informações do *síte* da secretaria (CURITIBA, 2015b).

Em 1999, já com gestão plena do SUS, é implantado o Programa Mãe Curitibana, com o objetivo de organizar “uma rede integrada de atenção materno-infantil, implementando a qualidade das ações de forma continuada e humanizada à (sic) gestantes e bebês [...] desde o pré-natal em Unidade de Saúde até o puerpério”, conforme os dados da SMSC (CURITIBA, 2015b). Nos anos subsequentes, programas como os de promoção de saúde são implantados, como os de promoção da saúde: estratégia de Promoção da Saúde, Núcleos de Apoio em

Atenção Primária em Saúde (NAAPS)³⁶, Ações Educativas, Saúde na Escola – a rede de serviços foi ampliada e diversificada, segundo o histórico da SMSC.

Atualmente a SMSC, ainda conforme seu *site*, tem um organograma que compreende uma superintendência executiva, uma superintendência de gestão e atenção à saúde e 11 diretorias (administrativa; atenção primária à saúde; centro de controle, avaliação e auditoria; centro de epidemiologia; centro de saúde ambiental; planejamento; política sobre drogas; departamento e gestão do trabalho em saúde; Redes de Atenção à Saúde; saúde mental e urgência e emergência), assessoria de gestão e assessoria de imprensa.

Entre as diretrizes estratégicas da gestão da SMSC, estão: a atenção à saúde, com vistas ao acesso, à integralidade, à humanização e à resolubilidade; promoção e prevenção, que preza a ação intersectorial, “com enfoque na violência emergências em saúde pública, doenças respiratórias, DST-Aids”; gestão participativa, entre outras (CURITIBA, 2015b).

Nesse sentido, são organizados os colegiados em âmbito central (entre diretores de distrito, secretário de saúde, representantes das diretorias e assessor de gestão), colegiados distritais (entre o diretor e coordenadores do distrito, coordenadores das Unidades de Saúde e apoiador) e o colegiado das Unidades de Saúde (entre coordenador da unidade e um profissional de cada área). Conforme um dos atores do presente estudo,

[...] no colegiado a gente discute situações, decisões importantes, como que a gente vai agir. Então eu sempre trago eles para participação, uma coparticipação deles. Eles me ajudam a resolver situações que, no caso, se eu tomar uma decisão sozinha eu posso ter uma resposta negativa de alguma das partes. Então, assim, a gente entra num consenso [...] (Política de Saúde – Atenção Primária 1).

Isso é possível a partir de uma gestão participativa – sistema que pode ser adotado para um reordenamento gerencial. A gestão participativa/cogestão implica o compartilhamento de poder entre gestores, trabalhadores e usuários. Para essa gestão participativa é necessário o desenvolvimento da capacidade de compreensão e de decisão de todos os envolvidos. Dessa forma, as ações devem

³⁶ A partir da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a SMSC implanta o NAAPS em todas as US voltado para atuar com promoção de saúde e prevenção de agravos através de ações de profissionais da Nutrição, Farmácia, Psicologia, Educação Física e Fisioterapia (CURITIBA, 2015b).

ser baseadas em uma análise a partir do olhar coletivo com o intuito de encontrar um equilíbrio na polaridade entre necessidades da população e interesses da organização e dos trabalhadores que a compõe (CAMPOS, 2007).

A cogestão se consolida a partir da potencialização de espaços coletivos, o que significa viabilizar tempo e lugar para deliberações entre os atores envolvidos na gestão em saúde e proporcionar uma melhor compreensão dos processos de trabalho, além de uma valorização dos trabalhadores (CAMPOS, 2007). A gestão participativa

É uma gestão que a gente consegue acompanhar a ideia da equipe e mostrar, também, que talvez aquela ideia não seja adequada para tal situação, naquele momento. Então, fazer eles entender como que é o processo de trabalho. Eu acredito assim, eu vejo que hoje a gente tem uma participação melhor, valorização deles, também. Então, eu sinto que eles se sentem valorizados [...] (Política de Saúde – Atenção Primária 1).

Seja na modalidade de conselhos, colegiados ou assembleias, por exemplo, tais espaços coletivos podem se constituir como “Coletivos Organizados para Produção” (CAMPOS, 2007, p. 72). Estes são assim denominados quando estabelecem um compromisso entre os membros do coletivo e destes com a sociedade. Suas características são a possibilidade de comunicação, a análise das informações e tomada de decisão (CAMPOS, 2007). Esta comunicação precisa ser melhor trabalhada na SMSC. Um dos atores destaca esta preocupação.

[...] a gente tem que adequar nossa linguagem também. Não adianta eu ir lá, apresentar um relatório quadrimestral de gestão com uma linguagem técnica se eu não adentrar o mundo dos trabalhadores, adentrar o mundo dos usuários e adequar a linguagem para eles também [...] (Política de Saúde – Gestão 2).

Para tanto, algumas considerações apontadas pelo Ministério da Saúde podem contribuir no sentido de otimizar a gestão participativa.

[...] o contato com a diferença vai exigir que as instituições passem a lidar e não a evitar os conflitos; aliás, as organizações e seu processo de gestão ampliado passam a produzir perturbações, pois o encontro entre as diferenças propicia a emergência de tensões advindas da relação entre sujeitos que portam diferentes desejos, interesses e necessidades. **Isto requer, além de método, a introdução de estratégias de suporte para as equipes como, por**

exemplo, a oferta de apoio institucional (BRASIL, 2010b, p. 31 – grifo nosso).

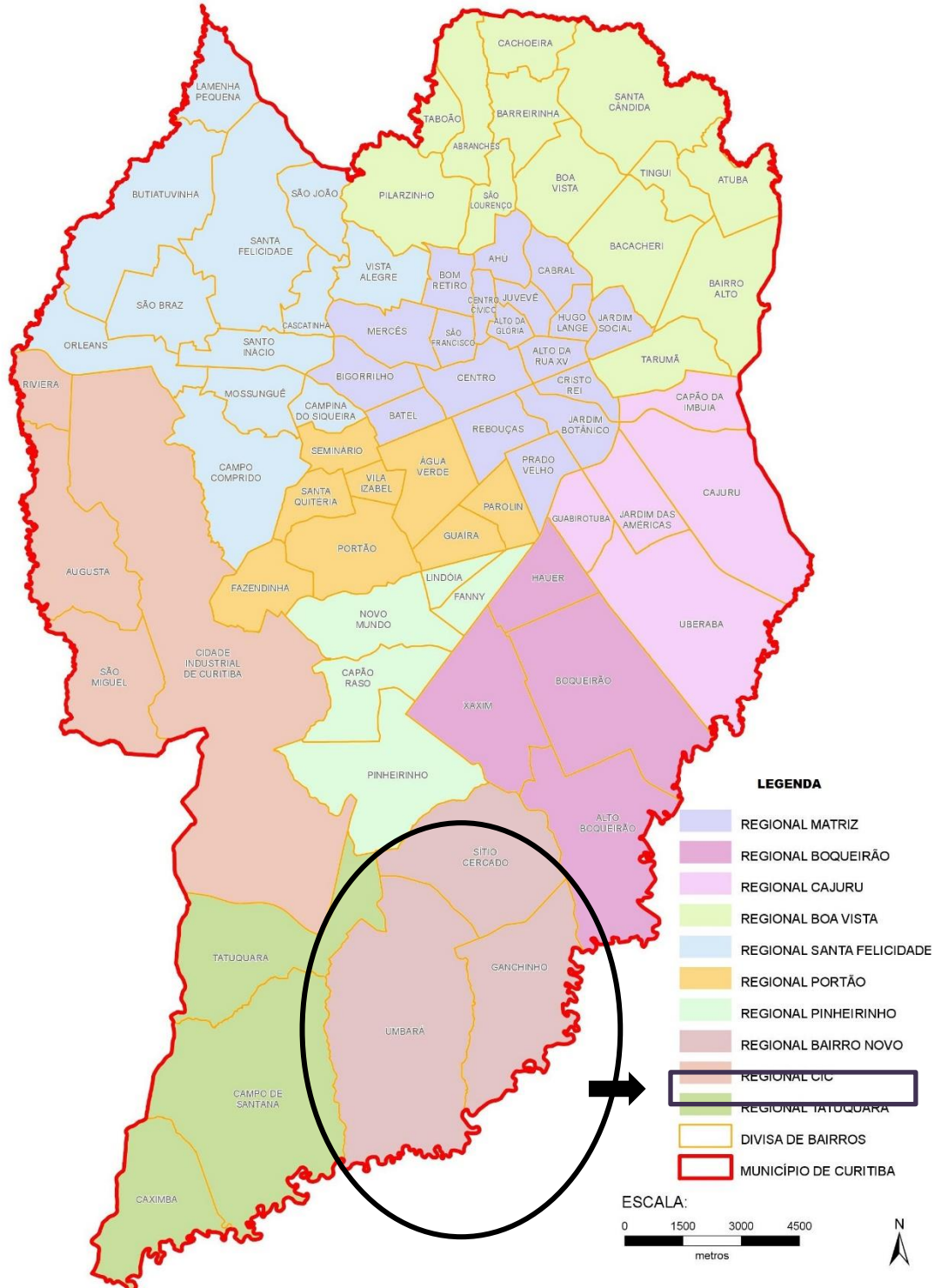
Tal reordenamento proposto pela SMSC através dessa estratégia é um verdadeiro desafio, visto que a secretaria tem à disposição da população curitibana 109 Unidades de Saúde (42 US, 65 Unidade Saúde da Família), duas Unidades de Saúde Especialidades, 108 clínicas odontológicas integradas às Unidades de Saúde, nove Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 12 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seis Centros de Especialidades Médicas, dois Centros de Especialidades Odontológicas, um Centro de Orientação e Atendimento a pessoas com *Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/Aids), dois hospitais (uma maternidade e o hospital do idoso), um Laboratório Municipal de Análises Clínicas, uma central de vacinas, seis residências terapêuticas³⁷, um centro de zoonoses e 67 espaços de saúde³⁸ – sendo que alguns desses serviços são administrados pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde, como os CAPS (CURITIBA, 2015b).

A organização dos 10 Distritos Sanitários pode ser melhor visualizada na figura 2 a seguir, com destaque para o Distrito Sanitário Bairro Novo, campo de pesquisa deste estudo.

³⁷ Casas que abrigam pessoas com transtornos mentais graves, egressos de internação e que não possuem suporte familiar (BRASIL, 2004).

³⁸ Espaços anexos às Unidades de Saúde utilizados para realização de atividades em grupo.

Figura 2 – Mapa das Regionais/Distritos de Curitiba



Fonte: Adaptado de Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba – IPPUC (2015).

Da mesma forma que a SMSC organiza seu espaço geográfico e sua divisão administrativa descentralizada, outras políticas e serviços também o fazem, como pode ser visto na figura 1. O que representa uma mesma delimitação espacial dos Distritos Sanitários e das regionais que Curitiba comporta. Logo, todos os

serviços e políticas têm, praticamente, a mesma delimitação de território para desenvolver suas ações – a diferença é mínima. O Distrito Sanitário Bairro Novo, assim como a Regional Bairro Novo, comporta os bairros Sítio Cercado, Umbará e Ganchinho. Tais regionais, espécie de subprefeituras, localizam-se nas chamadas Rua da Cidadania e comportam serviços e regionais administrativas da Companhia de Habitação (COHAB), FAS, Fundação Cultural de Curitiba (FCC), Secretaria Municipal de Educação (SME), Secretaria Municipal de Saúde, Agência do Trabalhador, Guarda Municipal, Armazém da Família³⁹, Conselho Tutelar, Centro de Esporte e Lazer, entre outros, conforme traz o *site* da prefeitura (CURITIBA, 2015a).

Com uma população total de 171.330 habitantes⁴⁰, a Regional de Bairro Novo conta com 23 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI), 19 escolas e 10 colégios⁴¹. Além disso, um escritório do Distrito Sanitário, 12 Unidades de Saúde, uma UPA, uma maternidade e um Centro Municipal de Atendimento Especializado (CMAE)⁴² e um CAPS álcool e drogas. Além deste, no âmbito da saúde mental direcionado a crianças e adolescentes, a Regional do Bairro Novo tem como referência o CAPS infantil, localizado na área da Regional Pinheirinho (CURITIBA, 2015b). Já os serviços da política de assistência social totalizam cinco Liceus de Ofício⁴³, cinco Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), um CREAS e o Núcleo Regional (NR), de acordo com *site* institucional (FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL, 2015).

Do total dessa população da Regional do Bairro Novo, 20.081 são crianças e 21.369 são adolescentes⁴⁴, dentre os quais, 4.470 estão matriculados no ensino infantil, 12.468 no ensino fundamental e 15.627 no ensino médio⁴⁵. Logo, percebe-se que 3.143 crianças (15,65%) e 8.901 adolescentes (41,65%) estão fora do ambiente escolar, sem seu direito à educação garantido.

³⁹ Mercado que oferece produtos alimentícios, de higiene e limpeza com preços mais acessíveis para população com renda de até três salários mínimos e meio (CURITIBA, 2015a).

⁴⁰ Dado fornecido pelo Distrito Sanitário Bairro Novo em agosto de 2015 durante trabalho de campo com base nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

⁴¹ Dados obtidos diretamente com as chefias dos Núcleo Regional de Educação Municipal (NREM) e Núcleo Regional de Educação Estadual (NREE) durante trabalho de campo em agosto de 2015.

⁴² Serviço da Secretaria Municipal de Educação que presta atendimento a crianças e adolescentes com necessidades educacionais diferenciadas (CURITIBA, 2015a).

⁴³ Oferta cursos de qualificação profissional para a população com 16 anos ou mais que estejam em situação de vulnerabilidade social (FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL, 2015).

⁴⁴ Dado fornecido pelo Distrito Sanitário Bairro Novo em agosto de 2015 durante trabalho de campo.

⁴⁵ Dados obtidos diretamente com as chefias dos NREM e NREE durante trabalho de campo em agosto de 2015.

4.2 POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM CURITIBA

No que diz respeito especificamente à saúde de crianças e adolescentes, atualmente a SMSC tem como base orientadora os documentos municipais, Diretrizes de Atenção à Saúde da Criança de 2012, Protocolo de Infecções Respiratórias Agudas e Alergias Respiratórias na Infância, Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente de 2006 e o já mencionado Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de Risco para a Violência.

O primeiro documento, Diretrizes de Atenção à Saúde da Criança, tem logo no início destacado como objetivo geral

Acolher todas as crianças de **0 a 10 anos**⁴⁶ residentes no município de Curitiba, priorizando a faixa etária de 0 a 24 meses, oferecendo **atenção integral** com monitoramento do risco ao nascer evolutivo, acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento, assegurando um atendimento e excelência (CURITIBA, 2012 – grifo nosso)⁴⁷.

Objetivo que destaca a importância de trabalhar os fatores de risco ao nascer e os de risco evolutivo – mães usuárias de álcool e outras drogas, mães adolescentes, baixa escolaridade materna, desnutrição, sinais de violência, pais com transtorno mental, abandono, cuidador da criança sem habilidade para tal atividade, gravidez indesejada, entre outros (CURITIBA, 2012). A preocupação com estes fatores, aliado ao trabalho do Comitê Pró-Vida – profissionais de saúde e comunidade acadêmica que investigam óbitos materno-infantis para o desenvolvimento de prevenção – repercutiu na queda da taxa de mortalidade infantil que o município obteve no ano de 2014, como citado anteriormente (CURITIBA, 2015b).

A organização da atenção à saúde da criança, os aspectos essenciais à saúde infantil e a conduta frente aos principais agravos à saúde da criança são eixos que estruturam as Diretrizes de Atenção à Saúde da Criança. No detalhamento de cada um desses eixos é possível perceber a preocupação em estabelecer vínculo entre a equipe de saúde e as famílias, a manutenção de cadastro atualizado das crianças, assim como o papel de cada profissional de saúde para garantir que o

⁴⁶ Classificação de criança diferente da que o ECA dispõe, pois este define como criança as pessoas com até 12 anos incompletos (BRASIL, 1990a).

⁴⁷ Entretanto, o desenvolvimento das crianças é acompanhado desde o início da fase gestacional – foco do Programa Mãe Curitibana implantado em 1999 (CURITIBA, 2015b).

crescimento e o desenvolvimento ocorram de forma tranquila. São médicos, farmacêuticos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, nutricionistas, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, técnicos de saúde bucal, fisioterapeutas, profissionais de educação física e psicólogos envolvidos no cuidado de crianças no âmbito da ABS, nível de atenção em que são realizadas consultas, vacinas, avaliações e orientações nutricionais e de desenvolvimento neuropsicomotor, atividades de práticas corporais, entre outros, segundo o referido documento (CURITIBA, 2012).

O mesmo documento traz que a periodicidade e os aspectos previstos para a observação em cada atendimento são variáveis, de acordo com a faixa etária e com as observações de cada profissional. Por exemplo, são observados a evolução do peso, o crescimento, desenvolvimento da fala, visão e audição, a mobilidade, entre outros. Tais informações são registradas na caderneta de saúde da criança, que as mães recebem no pós-parto, ainda na maternidade (CURITIBA, 2012).

Outros pontos que as Diretrizes abordam estão relacionados ao cuidado com higiene, saúde bucal, sinais de alerta em saúde mental, sinais indicativos de violência, importância do aleitamento materno e outros aspectos relacionados ao tema, assim como diversos tipos de intercorrências que podem acontecer nessa fase de vida: anemia, infecções e alergias respiratórias⁴⁸, desidratação, infecções, crises convulsivas, meningite, sífilis congênita, toxoplasmose, transmissão vertical de HIV, desnutrição, obesidade, entre outras. Exceto o trabalho que cabe à ABS, são abordados outros serviços de saúde, porém de forma breve. No que diz respeito à identificação de fatores de risco e ao desenvolvimento auditivo da criança, é apresentado o que compete às maternidades e à ABS, além de indicar situações em que será necessário agendamento de consultas especializadas (CURITIBA, 2012).

Considerada a principal porta de entrada do SUS, a ABS, localizada no território, portanto mais próxima aos usuários. E, além do atendimento direto, a ABS também é responsável por encaminhamentos para outros equipamentos de saúde, como CAPS infantil, prestadores de órteses e próteses, reabilitação, maternidade,

⁴⁸ Sendo esses alguns dos principais problemas de saúde infantil, o município tem ao dispor, de forma detalhada, um protocolo específico que aborda pontos relacionados a doenças respiratórias em crianças, com vistas à redução da morbidade e mortalidade infantil – tipos de doenças, condutas, fatores de risco, fatores relevantes em anamnese, controle ambiental.

Vigilância Epidemiológica e Distrito Sanitário; ou outros equipamentos sociais como o Conselho Tutelar e o CMAE.

Já as particularidades sobre a saúde do adolescente estão registradas em protocolo específico, direcionado à população que tem entre 10 e 19 anos⁴⁹. Diferentemente das Diretrizes de Atenção à Saúde da Criança, o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente da SMSC logo de início ressalta a importância de uma “articulação de políticas públicas amplas, intersetoriais e interinstitucionais” (CURITIBA, 2006, p. 9). Mesmo porque, como expõe o protocolo do adolescente, a complexidade que envolve a fase da adolescência demanda ações para além da política de saúde. Com isso, a atualização desse protocolo foi realizada “tendo em vista um sistema integrado de serviços, onde os vários pontos de atenção devem estar sintonizados para não deixar o adolescente acompanhado desaparecer dos cuidados dos serviços” (CURITIBA, 2006, p. 9).

Com sua última atualização em 2006, o protocolo do adolescente propõe ações conjuntas entre escolas, US, professores, alunos e profissionais da saúde, para trabalhar prevenção e promoção à saúde nos espaços de todos os serviços que atendem adolescentes na área de abrangência das US. Para tanto, existem materiais educativos, como os guias elaborados pela SMSC em parceria da Secretaria Municipal de Educação e o Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná (UFPR), publicados em 2007, utilizados nas Unidades de Saúde, um deles é direcionado para o adolescente e outro para a família. Os guias abordam pontos relevantes para se entender como é ser adolescente e informações para ajudar os familiares a lidarem com ele, que é afetado por diversas questões nessa fase da vida. São tratados temas como sexualidade, desafios e descobertas, masturbação, incertezas, transição para a vida adulta, entre outros (CURITIBA, 2007a; CURITIBA, 2007b).

Desta forma, como o próprio Protocolo traz, “a atenção ao adolescente abrange ações interdisciplinares, intersetoriais e interinstitucionais, voltadas para a prevenção e promoção, para o atendimento local e encaminhamento de situações e problemas específicos dessa faixa etária” (CURITIBA, 2006, p. 19). Ao entender que a vida do ser humano é permeada por questões emocionais, familiares e sociais, e

⁴⁹ População entendida como adolescente pela SMSC é a mesma segundo a Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde – indivíduos que tenham entre 10 e 19 anos. Entre 10 a 24 anos estão os considerados jovens (CURITIBA, 2006). Porém, conforme o ECA, são considerados adolescentes pessoas entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990a).

que isso pode influenciar a saúde de todos⁵⁰, inclusive do adolescente, esse protocolo expõe que é necessário promover, com participação das secretarias de educação, esporte e lazer, ação social, cultura, abastecimento e meio ambiente. Entre as ações previstas no protocolo, estão:

Participação do adolescente e do jovem nas decisões da família e comunidade; **atendimento às suas necessidades de educação, saúde, esporte, lazer e cultura**; criação de condições materiais, sociais e psicológicas favoráveis a seu desenvolvimento que incluam a geração de renda em suas famílias; cumprimento de legislações existentes como o código de trânsito e a proibição de venda de cigarros e álcool para menores de 18 anos (CURITIBA, 2006, p. 25 – grifo nosso).

Mais que secretarias e profissionais, segundo o protocolo, há a necessidade de estimular os adolescentes a serem protagonistas do seu cuidado, de despertar sua participação ativa no desenvolvimento de atividades coletivas junto à comunidade (CURITIBA, 2006).

Cuidado que também tem embasamento nos aspectos éticos e legais previstos no código de ética médico, no ECA e no Consenso sobre questões técnicas, éticas e legais⁵¹ referentes ao atendimento do adolescente nas Unidades Municipais de Saúde, assinado em 2006 pela SMSC, 1ª Vara da Infância e Juventude, Conselho Regional de Medicina do Paraná, Sociedade Paranaense de Pediatria e Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (CURITIBA, 2006).

Assim como as questões de prevenção e promoção, o Protocolo do adolescente também trata dos aspectos de desenvolvimento puberal (de acordo com tabela de Tanner)⁵², crescimento (relação peso-estatura), maturação sexual para ambos os sexos, sexualidade, homossexualidade, saúde reprodutiva, métodos contraceptivos (opções, combinações, contraindicações), gravidez na adolescência e suas implicações (em âmbito social, emocional, fisiológico), aborto, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) – características de algumas doenças, mas com maior detalhamento sobre o HIV, condutas quando infectado por algumas doenças e fluxo de atendimento (CURITIBA, 2006).

⁵⁰ Conforme conceito de saúde adotado em legislações brasileiras e defendido por organizações internacionais, como tratado no primeiro capítulo.

⁵¹ Documento que aborda questões técnicas, éticas e legais referentes ao atendimento do adolescente, elaborado no intuito de garantir a atenção integral à saúde desses indivíduos.

⁵² Estágios de maturação sexual estabelecido por James Tanner (LOURENÇO; QUEIROZ, 2010).

No que diz respeito à saúde nutricional, o protocolo do adolescente aborda desde o que é obesidade, exames físico e laboratorial necessários para avaliação e diagnóstico, formas de tratamento e abordagens de transtornos alimentares e orientações nutricionais. No quesito de saúde mental, alguns tipos de transtornos são mencionados, assim como as formas como se desenvolvem, os fatores de risco, como identificar sinais e sintomas, tratamentos e possíveis encaminhamentos para outros pontos da RAS. Também são abordados o uso e abuso de drogas no que diz respeito à classificação, prevenção, fatores que contribuem para o uso (mídia, social, genético), fatores de proteção (onde a família é o grande responsável) e fatores de risco (relacionado a modismos, “más companhias”, influência familiar, falta de informações, ausência do ambiente escolar, situação de rua, prostituição, frustrações e inseguranças particulares, baixa autoestima, depressão, histórico familiar) (CURITIBA, 2006).

Por fim, o Protocolo trata da organização da atenção à saúde do adolescente na ABS, assim como foi tratado nas Diretrizes de Atenção à Saúde da Criança – acolhimento; competências da US e seus profissionais na perspectiva da interdisciplinaridade, intersetorialidade e integralidade; imunização (CURITIBA, 2006).

Para além do que a CF, o ECA e o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente preconizam como princípios, diretrizes, formas de abordagem e condutas diante dos direitos e necessidades da população que tenha entre 10 e 19 anos, outra particularidade de Curitiba é o Estatuto Municipal da Juventude, Lei nº 14.229, de 14 de janeiro de 2013⁵³, direcionado ao desenvolvimento integral dos 463.816 jovens curitibanos⁵⁴ (PORTAL DO FUTURO, 2015), que trata sobre os direitos e deveres da população que tenha entre 15 e 29 anos (CURITIBA, 2013a).

Aos jovens curitibanos são ofertadas atividades diversas em quatro Centros de Atividade Física; 23 Centros de Esporte e Lazer (localizados em praças, parques e ruas da cidadania); um Centro de Convivência Qualidade de Vida e Movimento (com auditório, sala de aula, biblioteca, sala de reuniões para atividade físicas, esportivas e de lazer); 10 Gerências Regionais da secretaria que orientam os cidadãos sobre práticas esportivas, atividades física e de lazer; cinco Portais do

⁵³ No mesmo ano foi sancionado o Estatuto Nacional da Juventude, Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013.

⁵⁴ Dos quais 27.223 residem nos bairros pertencentes à Regional Bairro Novo (PORTAL DO FUTURO, 2015).

Futuro (espaços com piscinas, quadras esportivas, salas de ginástica e musculação, anfiteatro, laboratório de informática) que oferecem aulas de natação, hidroginástica, ginástica, alongamento, dança, handebol, basquetebol, campeonatos; jogos escolares e maratonas, segundo o *site* da prefeitura – serviços e atividades sob responsabilidade da Secretaria de Esporte, Lazer e Juventude (CURITIBA, 2015a).

É possível perceber, portanto, que os documentos e legislações que tratam da atenção à saúde da criança e do adolescente no município de Curitiba estão pautadas no que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), de 2015, e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, de 2010, orientam.

Esta afirmação tem fundamento, por exemplo, nos princípios da PNAISC – direito à vida e à saúde, prioridade absoluta da criança, acesso universal à saúde, integralidade do cuidado, equidade em saúde, ambiente facilitador à vida, humanização da atenção e gestão participativa, e controle social. E, dentre suas diretrizes estão promoção de saúde e intersetorialidade (BRASIL, 2015c). Princípios e diretrizes que a SMSC ratifica, pois esta propõe um olhar direcionado à gestação, ao parto e ao recém-nascido; ao aleitamento materno; ao desenvolvimento da primeira infância; à vigilância e prevenção de óbitos infantis, fetal e materno; à violência contra crianças, à prevenção de acidentes e cultura da paz; às crianças com deficiência, de acordo com *site* da SMSC (CURITIBA, 2015b).

Com relação às Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, pautadas nas questões que permeiam a fase da adolescência e da juventude, observa-se que seu objetivo geral é:

Sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens (BRASIL, 2010a, p. 71).

Dessa forma, ressalta-se a importância de se trabalhar questões como as que o Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente de Curitiba trata em seu texto, como a articulação com outras secretarias, programas e serviços. Mesmo porque, vistos como pessoas saudáveis, adolescentes e jovens demandam um trabalho

intenso no que diz respeito à promoção à saúde. Nesse sentido, as diretrizes nacionais apresentam a seguinte ênfase:

A necessidade de estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2010a, p. 75).

Além das grandes questões presentes no cotidiano de crianças e adolescentes, como as já citadas (gravidez na adolescência, uso de álcool e outras drogas, transição para a vida adulta, entre outras), conforme materiais disponíveis pela SMSC, esta secretaria passou a desenvolver um Trabalho em Rede voltado a atender a demanda violência – um disparador bem específico – como já foi exposto anteriormente. A proposta de trabalho preventivo intersetorial, prevista principalmente no Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente, resume-se ao trabalho direcionado a uma questão de direito já violado – situações de violência.

Depois de abordar a forma como a SMSC entende a saúde de crianças e adolescentes e, principalmente diante do conhecimento do Trabalho em Rede desenvolvido no município, parte-se para uma reflexão sobre alguns pontos que ainda são frágeis e carecem de um olhar mais atento e cuidadoso, além de identificar alguns grandes desafios para os profissionais e serviços envolvidos nesse Trabalho em Rede.

4.3 DESAFIOS E FRAGILIDADES DO TRABALHO EM REDE DE CURITIBA

Para Yazbek (2014, p. 98), as ações desenvolvidas a partir de uma articulação intersetorial são destinadas “à proteção social, à inclusão e ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas”. A intersetorialidade, para a autora, requer a constituição de espaços de comunicação para o estabelecimento de diretrizes e princípios que servirão para nortear as ações dessa nova forma de gestão das políticas públicas.

Nesse sentido, o que Lavoratti (2013) defende é que as Redes Intersetoriais são mais potentes para responder às expressões da questão social, mesmo porque profissionais e instituições de forma isolada têm limites de compreensão e intervenção sobre as mesmas. E, como lembra Nogueira (2001), a

ação em Rede requer uma visão de totalidade para trabalhar com a complexidade da realidade social. Promover uma integração e a organização de uma Rede significa apreender o todo que envolve essa realidade. Apesar de ter indicação da importância do trabalho intersetorial nos protocolos anteriormente analisados, percebe-se na fala de um dos atores que ainda existe certa dificuldade de implementação dos mesmos.

[...] muitas vezes uma situação chega até você, mas como você não tem noção dessa intersetorialidade, dessa articulação, você se vê incapaz de conseguir encaminhar aquela situação. Mas você também não sabe como encaminhar, você não sabe a outra possibilidade que existe porque você não tem conhecimento. Você não conhece essa articulação, você não conhece os outros serviços que são ofertados, por exemplo. Acho que a riqueza é essa, você conhecer o trabalho do outro [...]. Você tem que conhecer como que é composta toda essa Rede, como que é toda essa estrutura, o papel, o funcionamento de cada órgão, etc. É isso que vai, esse é o ponto positivo de toda essa articulação na minha opinião (CMDCA 1).

Faz-se necessário o desenvolvimento de competências – comunicativas, relacionais e articuladoras – para a atuação profissional, as quais exigem um “olhar multidimensional e transdisciplinar” para o atendimento das demandas, pois, ainda segundo Carvalho (2010, p. 9),

Comunicação e articulação são indispensáveis ao trabalho social em Rede, pois costuram a oferta de oportunidades e de acesso a serviços e relações no território; conjugam e integram a população-alvo a uma cadeia de programas e serviços ligados entre si. A ação interprogramas permite potencializar o agir porque retira cada ação do seu isolamento e assegura uma intervenção agregadora e incluyente.

Vale ressaltar, contudo, o que Teixeira (2002) e, da mesma forma, Pereira e Teixeira (2013) abordam. Segundo as autoras, o Trabalho em Rede surge da necessidade de uma nova forma de reduzir custos e compartilhar recursos para o enfrentamento das demandas sociais, visto que as ideias neoliberais e a reestruturação produtiva contribuíram para o aumento dessa proposta de intervenção. E o processo de descentralização e democratização que marcam países latino-americanos nas últimas décadas são marcos para proliferação de Redes de políticas sociais. Entretanto, ciente da falta de consenso no que diz

respeito ao objetivo político da descentralização, Pereira e Teixeira (2013, p. 118) entendem que,

Em meio ao discurso em prol da descentralização, as redes mostraram-se como uma modalidade de coordenação favorável à construção de parcerias em nível local, estadual e federal, visão com a qual concordamos, posto que não significa o desmonte ou desresponsabilização do Estado, mas sim divisão de responsabilidades entre entes governamentais, de recursos e de poder de decisão, de pactuação e de articulação que, se associada às redes intersetoriais de políticas públicas, será capaz de uma intervenção totalizante, rompendo a fragmentação e a setorialidade das políticas sociais.

Nesse sentido, coerente com as diretrizes constitucionais, as autoras ainda defendem que o processo de democratização, juntamente com os movimentos sociais, contribuíram para uma maior participação da sociedade em espaços de decisão, o que é reafirmado com a abordagem em Rede, visto que esta preza pela horizontalidade das relações (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

Isso posto, o que Miotto (2002) chama à atenção é coerente. Esta entende que existe a possibilidade do Trabalho em Rede, quando utilizado como procedimento de intervenção, realizar dois movimentos. Um na lógica de otimização de recursos e desresponsabilização do Estado, o que significa atribuir a responsabilidade para um âmbito individual, fora dos serviços públicos – movimento este que implica na sobrecarga das redes primárias⁵⁵ e que traz à tona o Terceiro Setor⁵⁶, através do voluntariado. E outro no sentido de entender que é necessário requalificar os processos de intervenção e reavaliar os setores responsáveis por tais processos para, então, atender as demandas articuladamente e sem isentar o papel do Estado diante delas. Tal preocupação revela o caráter político que envolve o desenvolvimento do Trabalho em Rede, visto que ele pode ser composto de intenções de adaptação à lógica neoliberal ou de caminhar em sentido contrário a esta.

⁵⁵ Assim como tratado anteriormente por Wanderley et. al. (200?), porém denominadas, por Miotto (2002), de redes sociais sociocomunitárias, as redes primárias são compostas por indivíduos que possuem laços afetivos – amigos, parentes, vizinhos. Ao contrário, as redes secundárias são definidas por instituições e composta por pessoas com objetivo comum.

⁵⁶ Entendido como instituições (associações, fundações) não governamentais, sem fins lucrativos, que prestam serviços de interesse público em diversos segmentos com a utilização de mão de obra voluntária, muitas vezes, e que tem suas raízes na filantropia e na ação caritativa (COSTA, 2016).

O primeiro movimento tem uma tendência muito grande de se sobressair, visto que, como alerta Inojosa (2001, p. 103), a organização governamental se apresenta de forma fragmentada ou, conforme as palavras da autora, ele “é todo fatiado por conhecimentos, por saberes, por corporações. Ninguém encara as pessoas e as famílias como as totalidades que são”. Além disso, existe a hierarquia verticalizada e uma disputa político partidária que centraliza as tomadas de decisões em poucas pessoas e impede a cooperação entre serviços e políticas públicas, o que resulta em uma oferta de programas e projetos pontuais e individualizados – consultas médicas, unidades habitacionais, por exemplo – em vez de um planejamento intersetorial para reduzir as desigualdades sociais e reverter a exclusão social.

Tais movimentos salientados – fragmentação da Rede, sobrecarga das Redes primárias e otimização de recursos – são apontados pela maioria dos atores deste estudo como impedimentos para uma efetiva articulação intersetorial. O que acaba de ser apontado por Inojosa (2001) e Mito (2002) como pontos importantes a serem analisados pode ser refletido também a partir das opiniões dos atores a seguir.

[...] acaba que a rotina de trabalho de cada um desses órgãos acaba fazendo com que ninguém foque esse trabalho intersetorial porque ele demanda tempo, ele demanda trabalho. E essas equipes, às vezes, não são tão numerosas também. Custam até dar conta do próprio trabalho que têm [...] (CMDCA 1).

[...] Na prática isso é muito difícil, mas a gente tenta como Política de Saúde; a gente tem espaços que são de articulações intersetoriais sistemáticas, que a gente utiliza para discutir caso, para fazer encaminhamento, para tentar atender de uma forma compartilhada. Mas na prática fica uma coisa muito na lógica ainda do encaminhamento, de: isso é teu, isso é meu. E não de fato de uma coisa que é de todo mundo e vamos fazer junto e fazer de forma compartilhada [...] (Política de Saúde – Atenção Especializada).

[...] às vezes a saúde quer fazer, mas a gente, vamos colocar assim, não tem o médico suficiente para atender aquela demanda [...]; aqui da nossa Rede, por exemplo. Tem ali, tem o médico. É um médico para atender toda a comunidade. Então, a gente precisa do [Hospital] Pequeno Príncipe ou do Hospital de Clínicas. Então falta esse investimento, nesse olhar, um investimento maior de políticas públicas nesse sentido [...] (Política de Educação).

Entender que a intersectorialidade se caracteriza como um processo político, vivo e conflituoso, visto que há interesses diversos e disputas de poder que caminham no sentido de individualizar e favorecer corporações, pares e uma linguagem própria (PEREIRA, 2014), contribui com a reflexão que as opiniões dos atores indicam.

A dinamicidade, os interesses, o poder, a vontade, entre outros aspectos, implicados no processo de trabalho intersectorial são percebidos e expostos nas opiniões de alguns dos atores da pesquisa sobre o trabalho desenvolvido em Curitiba.

Eu acho que falta [...] essa articulação, essa formação contínua envolvendo todas as políticas; promover essa intersectorialidade a fim de distribuir essas responsabilidades, dizer que a saúde, ela tem a mesma responsabilidade do que a educação, que tem a mesma responsabilidade que a assistência social [...] (CMDCA 1).

[...] há uma concepção muito forte de que a criança e o adolescente são temáticas “exclusivas” da assistência social e, portanto, recai sobre esta a maior responsabilidade [...] (CMDCA 2).

E quando [...] a saúde traz uma situação para gente - a saúde, a educação traz uma situação para gente - a gente resolve aqui e como ela está indo lá? A gente não tem essa continuidade. Melhorou? Ela está vindo aqui? Melhorou? Está fazendo acompanhamento? A gente não tem esse *feedback* da educação, não tem esse acompanhamento. Eu acredito que poderia até acontecer, mas envolve “n” situações (Política de Saúde – Atenção Primária 1).

Como o ator Política de Saúde – Atenção Primária 1 mencionou, o cumprimento ou não do seu papel frente a questões relacionadas a crianças e adolescentes envolve vários fatores. É a alta demanda, a falta de todos os tipos de recursos, como foi dito. Além disso, para o ator Política de Educação, “seria a valorização daquele profissional” ou a dificuldade em trabalhar de forma mais próxima, não tradicional, como mostra a opinião de um dos atores, por exemplo.

[...] eu disse: “olha, me passa uma relação do que você tem”. Ele disse: “passo, até porque a unidade demora para responder”. Então vamos trabalhar juntos? Você me passa, eu faço o levantamento, eu vejo – passo para a administração – o que a gente pode fazer para tentar agilizar e te dou um retorno. Então eu fiz isso [...], mas eu não vi retorno deles para mim [...]. Como que para eles tivesse que seguir um outro fluxo. Meu fluxo não é esse. Meu fluxo é levar para o Núcleo [Regional de Educação], o Núcleo [Regional de Educação]

leva para o Distrito [Sanitário], o distrito levar para a pessoa competente distribuir nas unidades [...]. Até mesmo no Ministério Público. Quando ele manda [ofício], ele não manda um consenso de FAS e saúde: "agendem uma visita e vão fazer junto". Ele deixa bem claro. A visita da saúde e a visita da FAS. Solicito uma visita do FAS, solicito o acompanhamento da [...] saúde. Então ele mesmo já dá essa brecha grande de não comunicação, então cada um faz o seu papel e cada um acompanha o que é seu (Política de Saúde – Atenção Primária 1).

A tendência à racionalização apontada por Weber (2004) ilumina esta opinião. Para o autor, com vistas à máxima eficiência, no Estado Moderno, a organização burocrática pode viabilizar a otimização de recursos, assim como a dominação legal, visto que a hierarquia é um de seus traços. No funcionalismo moderno, as atividades, os poderes de mando e a qualificação necessária para o exercício de cada função é devidamente regulamentada. Como nas palavras do próprio Weber (2004, p. 199), “rege o princípio da hierarquia dos cargos e da sequência de instâncias, isto é, um sistema fixamente regulamentado de mando e subordinação das autoridades, com fiscalização das inferiores pelas superiores” [...].

Ao defender que o modelo de organização de um governo

[...] é um elemento determinante para a qualidade dos produtos ou serviços que o Estado entrega à sociedade, bem como da oportunidade e equidade da sua prestação, respondendo à concepção prevalente sobre o papel do Estado (INOJOSA, 1998, p. 38).

Inojosa (1998) também trata sobre o período em que as estruturas organizacionais eram moldadas por setores hegemônicos da sociedade e seus interesses, em que respeitavam uma escala de especialização e de hierarquia que representavam a centralização de decisões, a separação entre planejamento e execução de planos, um ambiente excessivamente formal, e a criação de obstáculos para o controle social.

Tensionamentos provocados pela CF vão “refletir-se na mudança do modelo do aparelho do governo, conformado para prestar serviços que são questionados, e é confrontado com caminhos contraditórios” (INOJOSA, 1998, p. 41). Algo que leva à reflexão “[...] qual é a concepção do papel do Estado que informa as propostas de modelo para as organizações do governo, nos seus vários níveis e de acordo com o perfil das equipes governantes”? (p. 41). Como dito no

primeiro capítulo, o Estado surge da necessidade de regular conflito de classes distintas e, apesar de dito imparcial, seu compromisso é com a classe dominante.

Ao retomar o trabalho realizado pela Rede de Proteção em Curitiba, percebe-se que, apesar de ter uma coordenadoria que promova capacitações para os trabalhadores que fazem parte dessa Rede, um dos atores, por exemplo, apontou que nem todos os envolvidos no atendimento de pessoas que sofreram violência têm domínio da temática para trabalhar na perspectiva da proteção desses indivíduos ou interesse em desenvolver tal capacidade.

[...] outros setores, outros órgãos que às vezes você faz todo um trabalho aqui na ponta, mas aí ele emperra lá [gestão] porque às vezes chega lá [gestão] e emperra num outro setor. Às vezes não tem um certo conhecimento – emperra aquela situação, não vai para frente. Então era preciso que todos os setores fossem capacitados. As delegacias onde trabalham a maioria de homens - que as pessoas vítimas, mulheres vão procurar – tivessem uma capacitação do que é trabalhar em Rede. Que às vezes o trabalho para porque essas pessoas não sabem o que é (Política de Saúde – Atenção Primária 2).

[...] permitir que cada vez mais profissionais passem pelas capacitações. Porque a violência não é de um só, é de todos. Todos têm que aprender a olhar esse trabalho, a olhar os sinais de alerta, a ter isso como um fio condutor do seu atendimento [...] (Política de Saúde – Gestão 1).

[...] esta conversa tem que fluir dentro dos espaços, tem que ser dada a voz. E isso é frágil, isso é frágil. Nós temos chefias que “compram” esse trabalho e chefias que estão mais: a demanda está batendo na porta por consulta médica e você está me pedindo mais uma coisa? Vai cuidando aí dos teus, da tua violência que eu vou cuidando aqui. Se tem campanha de vacina, a campanha vai falar mais alto porque a gente tem que fechar meta. Isso sempre tem, sempre vai ter uma coisa que vai falar mais alto [...] (Política de Saúde – Gestão 1).

Tais impedimentos vão repercutir em falhas na efetivação da Rede de Proteção e, conseqüentemente, na negação, violação e/ou negligenciamento de direitos de crianças e adolescentes. Nas articulações intersetoriais é necessário que cada setor ou serviço tenha claro seu papel para conjugar transversalmente “as normativas legais, as políticas e as práticas, sem conformar políticas ou práticas setoriais independentes” (BAPTISTA, 2012, p.188).

Hoje, o que a gente tem é um apoiador em saúde mental em cada Distrito [Sanitário]. Eu acho que isso fragiliza a própria saúde mental, porque se eu tenho um apoiador só em saúde mental; na própria saúde mental eu vou precisar de outras questões. Então, eu acho que se a gente conseguir reestruturar isso, para o apoiador ser um apoiador de Rede e a gente conseguir fazer essa articulação com todos os apoiadores, seria o ideal [...] (Política de Saúde – Gestão 2).

Nas legislações, a intersetorialidade é apresentada de formas diversas, como foi exposto anteriormente. Segundo a PNAISC, ela é considerada uma diretriz na atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2015c). Já na LOS, esse conceito é tomado no capítulo da organização e direção da gestão, no sentido de orientar a criação de comissões para “articular políticas e programas de interesse para a saúde”, como alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, entre outros (BRASIL, 1990b). Além dessas, o ECA, quando trata da importância de desenvolver ações para prevenir a “ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente”, elenca, dentre outras, “a promoção de espaços intersetoriais locais para a articulação de ações e a elaboração de planos de atuação conjunta focados nas famílias em situação de violência” [...] e a articulação de órgãos governamentais ou não para atuar na promoção, prevenção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 1990a).

Não por acaso, os documentos que orientam a atenção à saúde da criança e do adolescente de Curitiba indicam que ações intersetoriais são meios de se prestar o atendimento a esse segmento da população. A Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência é um exemplo claro disso. E, mais que prestar atendimento aos violentados, um dos atores acredita que as ações intersetoriais devem extrapolar o atendimento direto à população.

[...] eu acho que esses **colegiados, também, a gente teria que instituir mais intersetorial**, em cada distrito, no sentido mais fortalecido também. Eu até cheguei a comentar [...] com a diretora da FAS, lá do Bairro Novo, sobre um **planejamento intersetorial no território**. Eu acho que também seria um caminho legal. Por exemplo, a partir de casos reais a gente fazer um planejamento intersetorial e o monitoramento do planejamento intersetorial; acho que isso seria uma ação legal. Só que também envolve outras questões e eu ainda não consegui colocar em prática, por outras questões que demandam. Mas acho que seria um caminho bacana (Política de Saúde – Gestão 2 – grifo nosso).

Mais do que atender à demanda do direito violado intersetorialmente, os “Coletivos Organizados para Produção”, como denomina Campos (2007), citado no capítulo anterior, pode ser um espaço de construção intersetorial. E, como mencionou um dos atores, pode ser um colegiado intersetorial que pode produzir, inclusive, um planejamento intersetorial no território (Política de Saúde – Gestão 2). Mesmo porque, trabalhar com o direito violado representa uma falha na efetivação dos direitos direcionados a crianças e adolescentes, pois, como diz um dos atores

[...] a cada 100 mil habitantes deveria ter um Conselho Tutelar. Se realmente esses serviços existissem, não precisaria ter tantos Conselhos Tutelares [...]. Então, é sinal de que eles não funcionam, porque se eles funcionassem não teriam direitos violados (Conselho Tutelar).

Os ditames neoliberais percebidos na opinião do ator Conselho Tutelar – Estado mínimo e tendência à privatização – demonstram a negligência do Estado. Em uma conjuntura de crise econômica e política nos anos 1980, a defesa de não intervenção do Estado – Estado mínimo, o livre curso do mercado - são saídas eficientes e ágeis, segundo os defensores do neoliberalismo (RIZZOTTO, 2008). No Brasil, a tentativa tardia de implementação do Estado de Bem-Estar Social foi barrada pela lógica neoliberal, que encontrou nas bases conservadoras o cenário ideal para submeter os direitos constitucionalmente garantidos à lógica do ajuste fiscal. As políticas sociais foram descentralizadas (transferência de responsabilidades e financiamento a todos os entes da federação); privatizadas (transferência para instituições privadas); e por fim, a seletividade e a focalização representam um direcionamento de ações ao pobre do mais pobre. O que significa uma reorganização e uma redução dos papéis do Estado (BEHRING; BOSQUETTI, 2008).

Além do trabalho realizado frente aos direitos já violados, como foi relatado, a Rede de Proteção também entende que um trabalho de prevenção de situações de violência deve ser realizado paralelamente. Contudo,

[...] Prevenção que é o grande desafio desse trabalho. Montar ações preventivas. Se eu tenho uma área que eu tenho um grande índice de gravidez na adolescência, de maus-tratos de uma determinada faixa etária, por que não fazermos movimentos de prevenção? Prevenção não é aquele grande, megaevento. Mas é prevenção diária, é contínua. Como é que a escola pode montar seu projeto

político pedagógico? Como que a saúde pode montar dentro da sua área de promoção à saúde? Como é que eu posso trabalhar em sala de espera dando aquelas orientações e ao mesmo tempo fazendo acolhimento se alguém se identificar com algumas daquelas situações? Eu posso fazer um acolhimento, uma orientação legal? [...] (Política de Saúde – Gestão 1).

Opinião esta ratificada por mais um dos atores da pesquisa ao reforçar que os espaços educacionais são de extrema importância no trabalho preventivo.

[...] quando a gente tira o dado que o maior, grande notificador, tirando os hospitais, é a educação, só vem reforçar que é o espaço de proteção para a criança e adolescente. E ela tem que ser isso mesmo. Além de ter todo o objetivo dela, da educação, ela é um espaço protetivo, espaço social, espaço cultural. Ali a criança e o adolescente estão em contato com outras pessoas e também pode ser um ambiente extremamente protetivo [...] (Política de Saúde – Gestão 1).

Apesar de todas as dificuldades elencadas, há um trabalho muito importante desenvolvido pela Rede de Proteção de Curitiba. Pensado e executado pelas políticas de saúde, educação e assistência social, juntamente com o Conselho Tutelar, diante da complexidade do enfrentamento à violência, tais políticas e serviço demandam constantemente atuação de outros atores. Esta Rede, portanto, é parte de um sistema ampliado; ela

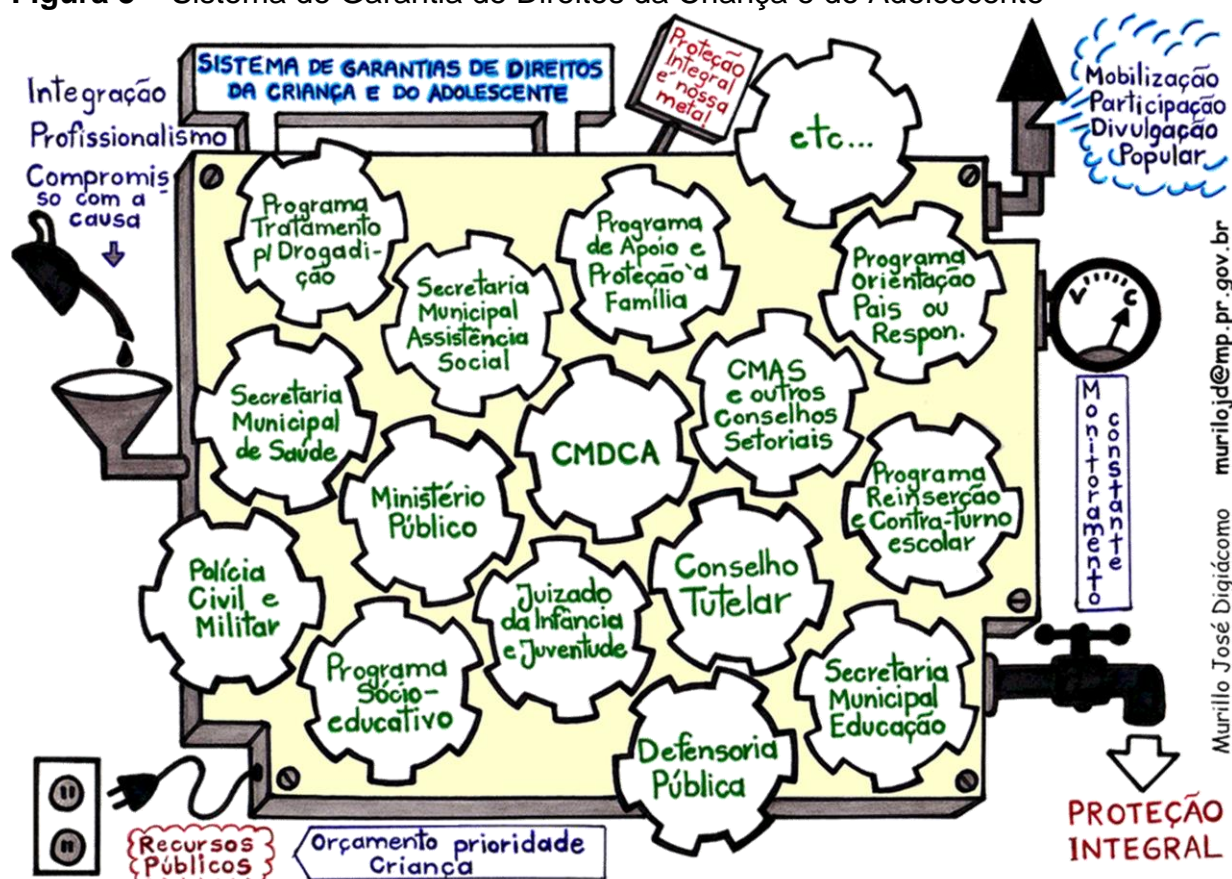
integra o Sistema Municipal de Garantias de Direitos/SGD, no eixo de **Promoção** dos direitos humanos de crianças e adolescentes. Ao mesmo tempo, esta “Rede” (CN) dialoga com outras redes que compõem o SGD estadual (secretarias estaduais de saúde e segurança pública e órgãos judiciais), e conseqüentemente se articula com os outros eixos do referido Sistema (Defesa e Controle), para poder atingir seus objetivos de proteção das vítimas de violência (LAVORATTI, 2013, p. 164-165 – grifo nosso).

Institucionalizado pela Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006, do CONANDA, esse SGDCA, constitui-se,

[...] na articulação e integração 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 humanos da criança e do adolescente, nos níveis Federal, Estadual, Distrital e Municipal (BRASIL, 2006).

Seus atores, apesar de organizados em três eixos⁵⁷; 1) Eixo Defesa: Poder Judiciário, Ministério Público, Conselho Tutelar, Segurança Pública; 2) Eixo Promoção: Conselho Municipal de Direito da Criança e do Adolescente (CMDCA), Poder Executivo (políticas públicas), outros membros da Administração Pública; 3) Eixo Controle: sociedade civil organizada, fóruns, CMDCA, conselhos setoriais. Os três eixos precisam ter claro o papel de cada ator para que o trabalho se dê de forma coordenada e integrada (DIGIÁCOMO, 2014). A imagem a seguir ilustra esta composição.

Figura 3 – Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente



Fonte: Paraná (2012).

Desenvolver um trabalho de forma cooperativa com tais atores, um trabalho em Rede, produz novos conhecimentos. Mais do que isso, “o que agrega valor à proposta de uma rede de proteção social é a boa definição de seu foco de atuação. A existência de um objetivo bem definido pode ser decisiva para o sucesso

⁵⁷ Conforme Baptista (2012), pautada na dinâmica histórica do SGDC, existem mais dois eixos do sistema: instituição do direito e da sua disseminação.

dessa rede” (GONÇALVES; GUARÁ, 2010, p. 17). A “perspectiva de sistema [...] precisa ser concebida e articulada como uma totalidade complexa, composta por uma trama sócio-política operativa: um sistema que agrega conjuntos de sistemas espacial e setorialmente diferenciados” (BAPTISTA, 2012, p. 10-11).

Embora as estruturas e processos das políticas sociais sejam mais formais, quando se fala de trabalho em rede, são as relações sociais entre agentes públicos e outros atores que pertencem a esferas diferentes do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente – SGDCA que dão efetividade e eficácia à intervenção. Não é apenas a organização e o tipo de troca que define a qualidade das relações, e sim a clara intenção dos participantes em atuar cooperativamente por um objetivo comum (GUARÁ, 2010, p. 42).

As ações, programas e serviços dessa “engrenagem”, desses atores do SGDCA, constitui a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente, cujo objetivo é a proteção integral desses sujeitos (PARANÁ, 2012).

[...] Assim sendo, a “Rede de Proteção” pressupõe a atuação dos diversos componentes do “Sistema de Garantias” de forma articulada, ordenada e integrada, de modo a permitir o rápido e eficaz atendimento das necessidades básicas das crianças, adolescentes e suas respectivas famílias como um todo, evitando assim a omissão ou a superposição de ações (PARANÁ, 2012, p.4).

Dessa forma, existe o SGDCA, com suas ações, programas e serviços que, conforme o Ministério Público do Paraná (MP/PR), compõem a denominada Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente (PARANÁ, 2012), e a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para Violência; um programa desenvolvido e executado pela SMSC. Esta desenvolve seu trabalho a partir de um disparador específico que é a situação de violência (CURITIBA, 2008), ao contrário daquele que tem previsão legal de trabalhar medidas de proteção socioeducativas para crianças, adolescentes, pais ou responsável, combate à evasão escolar, prevenção e tratamento de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, egressos de unidade de internação, entre outros que o ECA prevê (PARANÁ, 2012).

Para tanto, a Rede de Proteção, com a atuação de todos os componentes do SGDCA, segundo a cartilha elaborada pelo MP/PR, precisa articular ações intersetoriais, cujo papel de articulador é apontado para o Poder Executivo juntamente com o CMDCA. O que não isenta a colaboração de todos os atores do

sistema em prol desse trabalho conjunto (PARANÁ, 2012). Isso vai ao encontro do que as normativas legais e documentos apresentados nesse estudo defendem, inclusive o Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência de Curitiba – envolver profissionais e instituições diversos, desenvolver um contínuo Trabalho em Rede (CURITIBA, 2008).

No caso específico de Curitiba, conforme um dos atores, a articulação da Rede de Proteção precisa ser repensada.

[...] sempre falta um articulador, creio eu [...]. Falta alguém, alguém. Eu acho que essa assessoria de Direitos Humanos⁵⁸ faria um trabalho brilhante em relação a essa questão. Alguém para focar, para articular, uma pessoa que convoque. Porque se deixar para a Assistência [Social], a Assistência [Social] sozinha não consegue resolver. Saúde sozinha também não. Então alguém que foque mesmo a questão do Sistema de Garantia de Direitos que vai conseguir fortalecer isso (CMDCA 1).

Outro ponto destacado é com relação à falta de colaboração entre os trabalhadores, a qual não acontece da forma esperada. Cotidianamente, nos espaços de trabalho da Rede de Proteção, como é possível perceber a partir das opiniões dos atores a seguir, verifica-se esse distanciamento ou desinteresse.

[...] às vezes nós temos aqui [...] profissionais que: “ah, é a Rede de Proteção”, mas não sabem o que é a Rede de Proteção. O que a Rede faz, o que a Rede trabalha, por mais que esteja falando todo dia toda hora. Era preciso que a Secretaria de Saúde mesmo desse mais formação. Por exemplo: no Bairro Novo, todos os médicos vão ser capacitados. Capacitação para todos os médicos, todos os enfermeiros [...] (Política de Saúde – Atenção Primária 2).

Na Conferência [Municipal] de Saúde se discute o Plano Municipal de Saúde a partir de propostas que vêm desde as conferências locais de saúde. E muitas dessas conferências trazem propostas na área da criança e do adolescente. Esse ano nos fechamos em 350 propostas. A questão da criança e do adolescente não apareceu muito nas propostas. Então isso já é também um sinalizador [...] (Política de Saúde – Gestão 3).

Eu acho que, primeiro de tudo, ideologia e conceitos. Eu acho que as pessoas, os profissionais também têm histórias. Histórias de formação, história de vida. E cada um traz consigo o conceito, o seu conceito de saúde, o seu conceito de política pública, o seu conceito de doença e o seu conceito até do que cabe você fazer naquele momento. Então eu acho que isso é o que seria; que a gente poderia

⁵⁸ Organizada em agosto de 2014 para dar início à Comissão Municipal de Direitos Humanos de Curitiba (CURITIBA, 2015a).

produzir. Como eu estou te falando, como a gente solucionar seria muito complexo. Mas eu acho que a gente devia debater mais sobre isso também. Mais sobre o conceito de saúde, mais sobre o conceito de política pública [...] (Política de Saúde – Gestão 2).

Tudo isso torna-se mais delicado ao perceber que a execução do que é previsto em lei, referente ao financiamento de políticas públicas, é negligenciado, em alguns momentos, como cita um dos atores.

[...] então, [...] tem a LOA [Lei Orçamentária Anual] e a LDO [Lei de Diretrizes Orçamentárias] que são as leis de diretrizes em que o Conselho Tutelar deve participar. Sempre entregamos um documento para o prefeito solicitando as políticas públicas. E a gente vê isso banalizado ainda. Para a própria educação a nível federal é 25% para a educação e isso não é aplicado, não se cumpre o que é lei. Então tem uma frustração grande ainda. Você não vê direitos garantidos de crianças e adolescentes [...] (Conselho Tutelar).

Nesse sentido, as orientações da cartilha do MP/PR para gestores municipais trazem uma contribuição para a reflexão. Conforme esta, os recursos necessários para execução de ações, serviços e programas que atendam crianças, adolescentes e suas famílias devem ser previstos nos orçamentos dos órgãos públicos, mesmo porque não é uma despesa e, sim um investimento, o qual, conforme previsão constitucional, de absoluta prioridade (PARANÁ, 2012). Ou, como traz o ECA, crianças e adolescentes têm “preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas” e, “destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e juventude” (BRASIL, 1990a). Sejam esses recursos municipais, estaduais ou da União.

A Instrução Normativa nº 36/2009⁵⁹, que consta no Plano Municipal da Criança e do Adolescente 2014-2017, ratifica a compreensão do MP/PR e a previsão legal, pois em seu artigo 2º § 3º, está previsto que:

A destinação das receitas arrecadadas pelo Fundo não desobriga os Entes do cumprimento, em paralelo, da previsão no orçamento dos respectivos órgãos encarregados da execução das políticas públicas de assistência social, educação e saúde, dos recursos necessários à implementação das ações, serviços e programas de atendimento a crianças, adolescentes e famílias, em respeito ao princípio da

⁵⁹ Que “estabelece procedimentos para atendimento, em sede de execução orçamentária, do efetivo cumprimento do princípio constitucional da absoluta prioridade à criança e ao adolescente, no âmbito das políticas públicas municipais [...]” (CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2013b, p. 127).

prioridade absoluta estabelecido pelo caput do art. 227 da Constituição Federal e pelo *caput* e parágrafo único do art. 4º desta Lei (CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2013b, p. 128).

A inexistência de recursos no Fundo Municipal dos Direitos da Criança e da Adolescência, a baixa arrecadação ou outros fatores relacionados a problemas de caixa, não justificarão o atendimento insatisfatório da prioridade absoluta à infância e adolescência (CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2013b, p. 141).

E, apesar de se ter ciência da existência do Fundo Especial para a Infância e Adolescência (FIA)⁶⁰, “todo ano, ele resta um superávit [...]. O fundo da criança, ele arrecada bastante, ele arrecada cerca de 8/9 milhões por ano” (CMDCA 1), mesmo assim, conforme o relato de um dos atores da pesquisa,

Sempre o município reclama, no caso, que está devendo, que não tem dinheiro, que a arrecadação não é suficiente. Inclusive tivemos muitos gastos cortados, muitas verbas, muitos equipamentos, por conta disso. É o que o município relata [...] um município que arrecada seis bilhões [...] tem 300 milhões? [...]. Daí qual que é a política da criança e do adolescente? Não tem! (Conselho Tutelar).

Algo que corrobora com esta opinião é o número de registros, no mês de julho de 2015, de Fichas de Comunicação do Aluno Ausente (FICA) – foram 220 somente no Distrito Bairro Novo, conforme um dos atores deste estudo (Conselho Tutelar). Além disso, sistemas de informações amplamente conhecidos contribuem com outros dados. De janeiro a dezembro de 2014, por exemplo, foram registrados 12.254 atendimentos relacionados a violações de direitos de crianças e adolescentes em Curitiba, conforme o Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA). Destas, 5.889 foram violações de direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer (BRASIL, 2015d). Além disso, foram registradas 97 crianças curitibanas com desnutrição e 1.028 meninas com menos de 20 anos de idade grávidas em 2015 (BRASIL, 2015a). Dos 53.186 adolescentes de 16 e 17 anos, 10.397 não frequentavam a escola e 238 não eram alfabetizados no município, conforme o Censo 2010 (IBGE, 2015).

Tais dados podem trazer informações importantes. São 19,54% de adolescentes entre 16 e 17 anos fora das instituições de ensino; a evasão escolar

⁶⁰Fundo cuja manutenção é exercida pelos conselhos municipal, estadual e nacional, conforme mencionado no primeiro capítulo.

pode ser pensada pelo número de gravidez na adolescência; falhas do poder público no que diz respeito aos ensinos infantil e fundamental e saúde da adolescente; negligência do poder público, visto que 48,05% das violações de direitos registradas em atendimentos em 2014 eram referentes aos direitos de educação, cultura, esporte e lazer. Para além das particularidades destacadas de Curitiba, estas informações ratificam a importância de pensar a organização societária tratada no primeiro capítulo. Mais que isso, a falta de implementação das políticas voltadas para crianças e adolescentes serve de base para refletir o Estado Democrático de Direito brasileiro.

A doutrina da proteção integral que a CF, denominada constituição cidadã do Estado Democrático de Direito, e o ECA trazem, deve ser o objetivo maior de todo o trabalho que envolve crianças e adolescentes. Assegurar que todas as crianças e adolescentes tenham seus direitos garantidos constitui-se a árdua tarefa de executores e gestores das políticas públicas, da sociedade, de entidades e de trabalhadores, que têm em pauta a infância e a juventude. Precisa-se de decisão política favorável às necessidades das crianças e dos adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para analisar o processo de constituição e implementação do trabalho em rede voltado à garantia da integralidade dos direitos de crianças e adolescentes com base na Política de Saúde do município foi necessário, em um primeiro momento, uma fundamentação teórica sobre Estado Democrático de Direito brasileiro, forma de organização do País adotada desde a CF/88. A luta pela superação de um projeto autoritário é marcada por um texto constitucional que contempla a conquista e a ampliação de direitos e que representa um marco importante em busca da cidadania, embora se saiba que a elite dominante tenha deixado suas marcas. Os interesses corporativistas presentes na Carta Magna são exemplos de um Estado que regula os conflitos de classes. A lógica liberal que orienta o Estado de Direito se faz presente no Brasil pós redemocratização dos anos 1980, mesmo que com uma nova roupagem. A ideia de igualdade, por exemplo, presente no texto constitucional é a mesma defendida pela lógica liberal.

Diante da previsão legal, igualdade de todos, entende-se que todos os indivíduos, sem distinção de qualquer espécie, devem ter seus direitos garantidos, principalmente crianças e adolescentes, considerados prioridade absoluta na efetivação de direitos como saúde, educação, vida, alimentação, entre outros. Contudo, o que o Conselho Nacional de Justiça divulgou em 2010, por exemplo, demonstra que a população infanto-juvenil ainda tem alguns de seus direitos negados. Nesse ano, segundo este órgão, as gratificações para os servidores do Tribunal de Justiça do Paraná eram bem generosas e, em contrapartida, existia um número ínfimo de equipes técnicas que prestavam auxílio aos juízes.

A existência de avanços no que diz respeito à legislação brasileira é inegável, até mesmo na área da saúde. A luta do Movimento Sanitário trouxe para a sociedade brasileira, juntamente com o processo de redemocratização, a compreensão da amplitude do conceito de saúde. Isso reforça a necessidade de se pensar e trabalhar em prol da garantia da integralidade; o que leva a repensar a gestão dos serviços, a considerar a intersectorialidade das ações como uma estratégia viável e necessária, a reformular o modelo de atenção e porque não o ensino de futuros profissionais.

Promover o cuidado em saúde sem considerar o princípio da integralidade torna-se tarefa impossível. As necessidades de saúde dos indivíduos são

multifacetadas, o que implica o envolvimento de conhecimentos, serviços e profissionais diversos em torno do cuidado em saúde. Portanto, como destacado neste estudo, é necessário que a gestão dos processos de trabalho, assim como a gestão político-organizacional esteja comprometida com o cuidado – proposta que o Modelo de Atenção Defesa da Vida apresenta.

Os resquícios de uma gestão patrimonialista e burocrática, sentidas, vistas e declaradas ainda hoje, inclusive pelos atores deste estudo, dividem espaço com propostas mais coletivas e democráticas. A gestão participativa, adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por exemplo, com um reordenamento gerencial, traz os trabalhadores e usuários para o compartilhamento do processo decisório da política de saúde. Mais do que a participação nas conferências e conselhos de saúde é a abertura de um espaço deliberativo.

Característica que vai ao encontro do que o Apoio Institucional propõe, visto que para este se desenvolver, os espaços coletivos para troca de ideias, como os colegiados, são essenciais para deliberações e pactuações. Por caminhar nos diversos serviços e espaços de saúde, o Apoio Institucional pode ser utilizado como uma ferramenta potente de desenvolvimento do Trabalho em Rede, visto que ele precisa estabelecer um elo com todos os serviços e profissionais que compõem a Rede. Mais que um meio de aproximação e comunicação, essa estratégia representa uma possibilidade de viabilizar o rompimento com a centralização e a hierarquização ainda presente na administração pública, e otimizar a interação de interesses e saberes de todos os envolvidos no trabalho em saúde.

A Secretaria de Saúde de Curitiba, no decorrer da sua história, trouxe elementos valiosos para o desenvolvimento da Política de Saúde no município. A gestão participativa, o Apoio Institucional, assim como o entendimento sobre a necessidade de trabalhar intersetorialmente, explícito em documentos, *sites* oficiais e protocolos clínicos, são avanços que merecem destaque. Tais iniciativas e formas de pensar suas ações estão no mesmo patamar de importância do trabalho da Rede de Proteção. Por 17 anos, essa Secretaria, diante do crescente número de ocorrências de violência contra crianças e adolescentes em um primeiro momento e, posteriormente, contra mulheres, idosos e deficientes, desenvolve um trabalho juntamente com outras políticas e órgãos. Esta postura demonstra que houve um entendimento de que existe a necessidade de agregar conhecimento, políticas e órgãos no enfrentamento à violência.

Mais do que trabalhar com as necessidades geradas e relacionadas às situações de violência em reuniões multisetoriais e periódicas (o que a SMCS denomina como Rede de Proteção), a Secretaria de Saúde de Curitiba apresenta em seus protocolos clínicos as diretrizes de atenção à saúde da criança e do adolescente. São questões relacionadas a transtornos mentais, alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor, mortalidade materno-infantil (Programa Mãe Curitibana), DSTs, sexualidade, vacinação, entre outros. E, além de traçar condutas frente a estas questões, expõe uma preocupação com a atenção integral, a necessidade de desenvolver um trabalho intersetorial, interinstitucional – embora seja mais presente nos protocolos e materiais de atenção à saúde do adolescente. Esta postura demonstra um alinhamento às legislações nacionais e internacionais, que trazem a integralidade, a equidade e a humanização da atenção como diretrizes e princípios a serem adotados.

Mesmo diante dessa compreensão, ainda existem alguns pontos a serem melhor refletidos. Exemplo disso é: o reduzido número de CAPS-i no município (apenas dois), a sobrecarga de trabalho pelo pequeno número de profissionais na Rede (questões diretamente ligadas à lógica neoliberal), a dificuldade de atingir todos os profissionais no processo de capacitação e o tímido destaque para a intersetorialidade no protocolo municipal Diretrizes para Atenção à Saúde da Criança.

Mais preocupante ainda é verificar que não são todos os trabalhadores que entendem a violência é, sim, uma demanda importante e de um conjunto de trabalhadores, não de um específico (cumprir as metas de coleta de Citologia Oncótica (preventivo) das Unidades de Saúde, por exemplo, ainda são mais importantes); e saber que o trabalho da denominada Rede de Proteção é direcionado, na maior parte do tempo, para trabalhar situações de direto já violado em detrimento das ações de prevenção dessas situações. Algo muito preocupante, visto que os esforços de centenas de trabalhadores não estão direcionados a evitar que a violência aconteça e, sim, na tentativa de atender as situações do que for possível diante dos poucos recursos destinados às crianças e adolescentes, embora a previsão legal os considere prioridade absoluta.

Embora existam os colegiados: central, distritais e locais, a burocratização ainda é presente nos diversos setores, serviços e órgãos. Isso transparece na falta de “capacidade” de comunicação e, principalmente, de articulação, na falta de

transversalidade nas normativas, planejamentos e práticas e na falta de um ator articulador dessa Rede. Ou seja, o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente traz para cena um trabalho ainda fragilizado, que não consegue, de fato e totalmente, pautar sua prática na integralidade.

Sem a capacidade de comunicação efetiva, de trabalhar transversalmente, de traçar um objetivo comum a todos os envolvidos no cuidado de crianças e adolescentes, a Rede de Proteção de Curitiba não se constitui como uma rede intersetorial. As opiniões dos atores dessa pesquisa validam tal constatação quando apresentam que existem dificuldades de encaminhamento de uma situação por desconhecer os serviços, que a rotina de trabalho fala mais alto e deixa a intersetorialidade de lado, que o encaminhamento se sobressai e o compartilhamento fica prejudicado, que há falta de corresponsabilização de todos os atores, que o foco na demanda é visto como algo pontual em detrimento da compreensão multicausal, que o distanciamento entre gestão do município e serviços do território ainda existe, que a capacitação ainda não atinge todos os trabalhadores, que há falta de planejamento intersetorial, entre outros aspectos.

Além de rever os pontos frágeis identificados pelos atores deste estudo, seja em Curitiba ou outro município, entende-se que o Trabalho em Rede requer pactuação constante e educação permanente, pois esta parte da realidade vivida para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS – algo de extrema importância, principalmente ao considerar que há um rodízio de profissionais que fragmenta o trabalho nos diversos serviços e compromete a garantia da integralidade da atenção à saúde.

Mais que desenvolver ações intersetoriais por uma determinação da legislação vigente, o trabalho conjunto entre diversos serviços, órgãos e políticas, por envolver diversos saberes e profissionais, em um contexto que sofre constantes transformações, precisa ser pensado e pactuado durante todo o seu desenvolvimento. Mais do que levar a capacitação aos trabalhadores, faz-se necessária a difusão de conhecimentos a partir da realidade vivida. O processo de mudança necessita de foco na problematização do cotidiano.

O Apoio Institucional, teoricamente visto por este estudo como um meio de articular os atores desta Rede e do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, por estar em fase de reestruturação na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, não se demonstrou, nesse momento, como uma potência.

Contudo, ciente de seu delineamento teórico, uma nova possibilidade de estudo se faz necessária para verificar sua capacidade de contribuição para a construção da integralidade de direitos da criança e do adolescente.

Para este estudo, a metodologia utilizada no seu desenvolvimento permitiu que os objetivos propostos fossem alcançados. Entretanto, saber, no decorrer do trabalho de campo, que a reformulação do Apoio Institucional provocou interpretações equivocadas, pelos próprios gestores, a respeito de sua proposta e objetivo, trouxe uma dificuldade de entender se o Apoio Institucional pode ser uma estratégia que contribua, de fato, com o Trabalho em Rede.

Mesmo diante dessa dificuldade, o presente estudo se constitui uma contribuição para a escassa produção bibliográfica relacionada ao tema, por destacar a importância do princípio da integralidade. Incorporado às legislações brasileiras e documentos diversos, por motivos variados, algumas vezes fica perdido ou esquecido na rotina volumosa de trabalho dos serviços da Rede. Rememorar a letra da lei se faz necessária, mesmo porque tratar de integralidade é tratar de Direitos Humanos e da recusa do autoritarismo.

A partir deste estudo o que fica são indagações simples, mas que poderão trazer contribuições de suma importância para o dia a dia de trabalhadores da saúde: Como utilizar a educação permanente no processo de trabalho em rede de forma a envolver usuário como ator protagonista? Quais os percalços que impedem a efetivação do Trabalho em Rede Intersetorial? Qual o interesse que os atores da Rede defendem no cotidiano do trabalho? O que as redes se tornam (espaço para dar voz ao trabalhador, espaço para discussão e caso)? Como desenvolver rede sem acúmulo de conhecimento necessário, visto que o mundo do trabalho traz a descontinuidade de trabalhadores em um serviço (s)? Porque a Rede Intersetorial não é acionada para planejar ações em saúde? Tais questionamentos são pontos a serem debatidos em oportunidade futura, em estudos que merecem o aprofundamento e dedicação necessária para contribuir o cuidado em saúde de todos os usuários, mas principalmente de crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Sérgio. Criança: a lei e a cidadania. In: RIZZINI, Irene (Org.). **A criança no Brasil de hoje: desafio para o terceiro milênio**. 20. ed. Rio de Janeiro: Universitária Santa Úrsula, 1993. p. 103-112.

ALAPANIAN, Sílvia; PIRES, Sandra Regina de Abreu; ROCHA, Andréa Pires. **Mapeamento das práticas profissionais de serviço social no sistema sócio-jurídico paranaense**. Londrina: UEL, 2005. Relatório de pesquisa.

APOIO. In: **Dicionário Michaelis**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/definicao/apoio%20_906075.html>. Acesso em: 20 jun. 2016.

AROUCA, Sérgio. **Biblioteca virtual Sérgio Arouca**. 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 7 jan. 2015.

BADUY, Rossana Staevie. **Modelos de atenção à saúde**. Londrina: UEL, 2013. Slides.

BADUY. **Rede de cuidados em saúde: contribuições para o debate**. [200?]. Texto PDF disponibilizado pela autora.

BAPTISTA, Myriam Veras. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000100010>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da constituição brasileira**. 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BERTUSSI, Débora Cristina. **O apoio o matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde**. 2010. 234 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BOBBIO, Norberto. **Liberalismo e democracia**. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Brasiliense, 1994. Tradução de: Liberalismo dela democrazia.

BOGO, Luciano Alaor. **Elisão tributária: licitude e abuso do Direito**. 2005. 349 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>>. Acesso em: 29 set. 2015.

BRASIL. Câmara da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 4 jan. 2016.

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 19 maio 2016.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jul. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 26 mar. 2015.

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 União**, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 1 maio 2015.

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 União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 23 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do apoio institucional integrado do Ministério da Saúde**: QualiSUS-Rede. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Data SUS**. 2015a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?pacto/2014/cnv/coapmunPR.def>>. Acesso em: 29 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes, jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança**: 70 anos de história. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 29 out. 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Notícias**. 2015b. Disponível em: <<http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2015/outubro/erradicar-extrema-pobreza-e-compromisso-internacional>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. 2011d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 22 mar. 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 ago. 2015c. Disponível em: <http://www.prosaude.org.br/2013/legislacao_2013/Legislacao_Textos/Portaria%20N.%201130%20-%2005082015.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2015.

BRASIL. Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006. Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Secretaria Especial dos Direitos Humanos Conselho Nacional dos direitos da criança e do adolescente**. Brasília, DF, 19 abr. 2006. Disponível em: <dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-113.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Sistema de informações para infância e adolescente**: módulo para conselheiros tutelares. 2015d. Disponível em: <http://www.sipia.gov.br/CT/?jsessionid=5FBA42A4EB7E312B1F5E44CFEB9BAA0C.instance1?x=A3MqjCTdHRPxxh6zsmQ2GO9Cp*sH*akQj0vH6p-s0CtUCKV1hJxO7m1vcGYB-DbmXsDpfLE5aY6KdO*n*qnNBEKYUZlGlrfz>. Acesso em: 16 dez. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O anti-Taylor**: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. 1998. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029>. Acesso em: 1 jul. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 236 p.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. 226 p.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Introdução. In: GUARÁ, Isa Maria F. R. (Coord.). **Rede de proteção**. São Paulo: Associação Fazendo História; NECA. Associação dos pesquisadores de núcleos de estudos e pesquisa sobre criança e o adolescente, 2010.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 319-373.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020>. Acesso em: 18 jul. 2016.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. 2001. Disponível em: <http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf>. Acesso em: 1 maio 2015.

COELHO, João Gilberto Lucas. Movimento social e Estado. In: **A criança, o adolescente, o município**: entendendo e implementando a lei nº 8.069/90. Brasília: Printer, 1990.

COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DA USP. **Declaração dos direitos do homem e do cidadão**: 1789. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antigos-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Resolução nº 94, de 22 de outubro de 2013b. Aprova o plano municipal criança e adolescente para o exercício 2014-2017. **Diário Oficial do Município**, Curitiba, 29 out 2013. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B0Schw7jir5IU1BCREJIUklhdzQ/view?usp=sharing>>. Acesso em: 1 out. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Auto circunstanciado de inspeção Justiça Estadual do Paraná**: portaria 237, de 23 de outubro de 2009. Brasília, 29 jun. 2010.

Disponível em:

<http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_corregedoria/relatorios/Relatorio_Parana_1_com_indice_05_07_2010.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Apresentação**: história do CNS. 2016.

Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 22 maio 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE SÃO PAULO. Disponível em:

<<http://www.cress-sp.org.br/index.asp?fuseaction=info&id=236>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

CONSTITUCIONALISMO. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Tradução de Carmen C. Varrali et al. Brasília: UNB, 1988. v. 1. p. 246-258. Tradução de: Dicionario política.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

COSTA, Selma Frossard. **O serviço social e o terceiro setor**. Disponível em:

<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v7n2_selma.htm>. Acesso em: 16 mar. 2016.

CURITIBA. Leis Municipais. Lei nº 14.229, de 14 de janeiro de 2013a. Institui o Estatuto Municipal da Juventude e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Curitiba, 15 jan. 2013a. Disponível em:

<<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2013/1422/14229/lei-ordinaria-n-14229-2013-institui-o-estatuto-da-juventude-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 1 dez. 2015.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. **Portal da Prefeitura de Curitiba**. 2015a.

Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/>>. Acesso em: 29 nov. 2015.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Diretriz de atenção à saúde da criança curitibana**. Curitiba, 2012.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Guias eu, adolescente**. Curitiba, 2007a.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Guias para a família: nossos adolescentes**. Curitiba, 2007b.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo da Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência**. Curitiba, 2008.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de atenção integral à saúde do adolescente**. Curitiba, 2006.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Mais saúde**. 2015b. Disponível em:

<<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/>>. Acesso em: 29 nov. 2015.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Estado e governo. In: _____. **Elementos de teoria geral do Estado**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 1998. p. 145-254.

DEMOCRACIA. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Tradução de Carmen C. Varrali et al. Brasília: UNB, 1998, v. 1. p. 319-329. Tradução de: Dicionario politica.

DIGIÁCOMO, Murilo José. **O sistema de garantias de direitos da criança e do adolescente e o desafio do trabalho em “rede”**. Disponível em: <http://www.mp.pr.gov.br/arquivos/File/Sistema_Garantias_ECA_na_Escola.pdf>. Acesso em: 1 maio 2014.

DIRETRIZ. **Dicionário Michaelis**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=diretriz>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução de Leandro Konder. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984. Tradução de: Der ursprung der familie, des privateigentaums und des staats.

ESTRATÉGIA e política dos armamentos. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. Tradução de Carmen C. Varrali et al. Brasília: UNB, 1998, v. 1. p. 319-329. Tradução de: Dicionario politica.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 33-96.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Estado de direito e constituição**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

FERREIRA, Luiz Antônio Miguel; DÓI, Cristina Teranise. **A proteção integral das crianças e dos adolescentes vítimas**. 2015. Disponível em: <<http://www.crianca.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1222>>. Acesso em: 8 dez. 2015.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Saúde, Educação, Comunicação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

FRANCO, Túlio Batista. **As redes da micropolítica do processo de trabalho em saúde**. 2006. Disponível em: <http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015.

FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL. Curitiba, 2015. Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/>>. Acesso em: 29 nov. 2015.

GALLINDO, Jussara. **Roda dos expostos**. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_roda_dos_expostos.htm>. Acesso em: 01 out. 2016

GONÇALVES, Antonio Sérgio; GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, Isa Maria F. R. (Coord.). **Rede de proteção**. São Paulo: Associação Fazendo História, 2010.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. **Gestão municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente**. São Paulo: IEE/PUC-SP; Brasília: SAS/MPAS, 1998.

GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. Proteção integral em redes sociais. In: GUARÁ, Isa Maria F. R. (Coord.). **Rede de proteção**. São Paulo: Associação Fazendo História, 2010.

HOBBS, Thomas. **Leviatã**. Tradução de João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. Paris: [s.n.], 1651. Tradução de: Leviathan.

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410690>>. Acesso em: 29 nov. 2015.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 32, mar./abr. 1998. Disponível em: <<file:///C:/Users/Asus/Downloads/7698-15820-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade**. 2001. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf>. Acesso em: 27 set. 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. **Mapas temáticos de Curitiba**. 2015. Disponível em: <<http://www.ippuc.org.br/default.php>>. Acesso em: 20 maio. 2016.

JOVCHELOVITCH, Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 56, p. 34-49, mar. 1998.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1997. p. 173-204.

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) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

LIBERDADE. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política**. 5. ed. Tradução de Carmen C. Varrali et al. Brasília: UNB, 2000, v. 2. p. 708-713. Tradução de: Dizionario Politica.

LOCKE, John. As formas da comunidade civil. In: _____. **O segundo tratado sobre o governo civil**. Tradução de Magda Lopes e Marisa Lobo da Costa. Rio de Janeiro: Vozes, 2015. p. 70-71. Tradução de: Second treatise of civil government.

LOURENÇO, Benito; QUEIROZ, Lígia Bruni. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista de Medicina**, São Paulo, n. 89, p. 70-75, abr-jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46276/49930>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

LORENZI, Gisella Werneck. **Uma breve história dos direitos da criança e do adolescente no Brasil**. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/noticias/arquivo/uma-breve-historia-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-no-brasil-14251>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

MARSHALL, Thomas Humphrey. Cidadania e classe social. In: _____. **Cidadania, classe social e status**. Tradução de Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. p. 57-114. Tradução de: Citizenship and social class and other essays

MARX, KARL. **O capital**: crítica da economia política. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1996. Tradução de: Value, price and profit; das kapital: kritik der politischen konomie.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Ideologia alemã**. Tradução de José Carlos Bruni e Marcos Aurélio Nogueira. São Paulo: Hucitec, 1999. Tradução de: Die Deutsche ideologie.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MATTOS, Rubem de Araújo. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. 2009b. Disponível em: <<http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf#page=43>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

MATTOS, Rubem de Araújo. Princípios do sistema único de saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, sup.1, p. 771-780, 2009a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028>. Acesso em: 19 mar. 2016.

MAXIMIANO. Antônio César Amaru. **Teoria geral da administração**: da revolução urbana à revolução digital. São Paulo: Atlas, 2006. 491 p.

MEDEIROS, Maria Bernadete de Moraes. **Interdição civil**: proteção ou exclusão? São Paulo: Cortez, 2007.

MENDES, Isabel Amélia Costa. **Desenvolvimento e saúde: a declaração de alma-ata e movimentos posteriores.** 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rtae/v12n3/v12n3a01.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2016.

MERHY, Emerson Elias. **Modelo de atenção à saúde como contrato social.** 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-11.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Katálysis**, Florianópolis, v. 5, n. 1, jan./jun. 2002. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5870/5423>>. Acesso em: 29 set. 2015.

MONTEIRO, Ana; COIMBRA, Cecília; MENDONÇA FILHO, Manoel. **Estado democrático de direito e políticas públicas.** 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/01.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2006.

MONTESQUIEU, Charles Louis de Secondat. **Do espírito das leis.** Tradução de Fernando Henrique Cardoso e Leoncio Martins Rodrigues. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979. v. 1. Tradução de: De l'esprit des lois.

MOREIRA, Fernanda de Souza. **Serviço Social no Poder Judiciário do Paraná: entraves para a efetivação da legislação.** 2011. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Em defesa da política.** 2. ed. São Paulo: SENAC, 2001.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, Ricardo Costa de. Famílias, poder e riqueza: redes políticas no Paraná em 2007. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 9, n. 18, p. 151-161, jun./ dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n18/n18a08.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

PARANÁ. Ministério Público. **Manual que respeita a criança: manual de orientação aos gestores municipais.** 2012.

PARANÁ. Ministério Público. **Trabalho infantil e do adolescente.** Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/download/trabalho_infantil_adolescente.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2016a.

PARANÁ. Secretaria da Educação. Coordenação de Gestão Escolar. **Programa e projetos: fica comigo**. Disponível em: <<http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=91>>. Acesso em: 23 jul. 2016b.

PASSETTI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2002. p. 347-375.

PASSETTI, Edson. **Violentados**: crianças, adolescentes e justiça. São Paulo: Imaginário, 1999.

PELLEGRINI FILHO, Alberto; BUSS, Paulo Marchiori. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2015.

PENNA, José Osvaldo de Meira. **O dinossauro**: uma pesquisa sobre o Estado, o patrimonialismo selvagem e a nova classe de intelectuais e burocratas. São Paulo, T. A. Queiroz, 1988.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12990/9619>>. Acesso em: 25 set. 2015.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 21-39.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2013. 782 p.

PLATÃO. **A república**. Tradução de Pietro Nasseti. São Paulo: Martin Claret, 2006. Tradução de: ΙΙΟΛΙΤΕΙΑ (Politéia). Livro 8.

PORTAL DO FUTURO. Curitiba. Disponível em: <<http://www.portaldofuturo.curitiba.pr.gov.br/publico/conteudo/portalfuturo.aspx>>. Acesso em: 1 dez. 2015.

PRINCÍPIO. **Dicionário Michaelis**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=princ%EDpio>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

REK, Marcos. **Os modelos de administração pública e reflexos à qualidade na gestão administrativa brasileira**. 2014. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14742>. Acesso em: 25 jun. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. **Servidores**. Disponível em: <http://www.tjrs.jus.br/site/poder_judiciario/servidores/>. Acesso em: 16 abr. 2011.

RIZZINI, Irma. Pequenos trabalhadores do Brasil. In: DEL PRIORE, Mary. (Org.). **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2002. p. 376-406.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo e saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Contribuição da epidemiologia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 319-373.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O contrato social**. Tradução de Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM, 2016. 151 p. Tradução de: Du contrat social.

SABINO, Marcos Tanure; SANTOS, Gilmar José dos; DAVID, Marcos Vinícius. **Administração pública contemporânea: política democracia e gestão**. Juiz de Fora: UFJF, 2013..

SANICOLA, Lia. **As dinâmicas da rede e o trabalho social**. Tradução de Durval Cordas. São Paulo: Veras, 2008. Tradução de: L'intervento con le reti social.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Distritos sanitários: concepção e organização**. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_01/04.html>. Acesso em: 1 maio 2014.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 31. ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

SILVA, Sílvio Fernandes; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, Sílvio Fernandes (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS**. Campinas: Saberes, 2011. p. 69-85.

SOARES, Janine Borges. **A construção da responsabilidade penal do adolescente no Brasil: uma breve reflexão histórica**. Disponível em: <<https://www.mprs.mp.br/infancia/doutrina/id186.htm>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

SOUSA, Fernando. A democracia, face política da globalização? **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 49, n. 1, p. 5-24, jan./jun. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-73292006000100001&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 jan. 2016.

SOUZA FILHO, Rodrigo de. A dialética da administração pública brasileira sob hegemonia burguesa: burocracia e patrimonialismo da era Vargas à ditadura militar. In: _____. **Gestão pública & democracia: a burocracia em questão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p. 79-142.

TEIXEIRA, Carmen (Coord.). **Informação para tomadores de decisão em saúde pública: planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O desafio da gestão das redes de políticas. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., 2002, Lisboa. **Anais...** Lisboa: CLAD, 2002. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intrados/groups/public/documents/CLAD/clad0043204.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2015.

TOLEDO, Cláudia. **Direito adquirido e estado democrático de direito**. São Paulo: Landy, 2003.

TRINDADE, José Damião de Lima. Os direitos humanos: para além do capital. In: FORTI, Valéria; BRITES, Cristina Maria (Org.). **Direitos humanos e serviço social: polêmicas, debates e embates**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p. 11-28.

TRINDADE, José Damião de Lima. Um rumor sem rumo claro. In: _____. **História social dos direitos humanos**. 3. ed. São Paulo: Peirópolis, 2011. p. 191-212.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cuidados primários de saúde: 30 anos desde alma-ata**. 2008. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/sowc9pt/cap2-dest2.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Farias; MORSCHEL, Aline. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, s. 1, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a24v13s1.pdf>. Acesso em: 1 maio 2014.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica?** Disponível em: <<http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/14309.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.

VOGEL, Arno. Do Estado ao estatuto: propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil contemporâneo. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 287-322.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore et al. **Redes**. São Paulo: [s.n., 200?] Relatório de pesquisa.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2004. v. 2. Tradução de: Wirtschaft und Gesellschaft: grundriss der vertehenden soziologie.

YAZBEK, Maria Carmelita. Sistemas de proteção social, intersectorialidade e integração de políticas sociais. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 77-103.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
“Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente: uma reflexão à luz da Política de Saúde”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa “Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente: uma reflexão à luz da Política de Saúde no município de Curitiba”, realizada para a dissertação de mestrado do curso de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social na Universidade Estadual de Londrina, sob orientação da Prof^a Dr^a Dione Lolis. O objetivo desta pesquisa é analisar o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente a partir da Política de Saúde desenvolvida no município de Curitiba. A sua participação é muito importante e ela ocorrerá da seguinte forma: gravação de entrevista realizada pessoalmente a partir de roteiro semiestruturado.

É importante esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. As informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Após transcritas, as gravações serão deletadas.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são: ampliação do conhecimento sobre a Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, assim como contribuir com a produção acadêmica que envolve a temática. Quanto aos riscos não se aplica a essa pesquisa, visto que sua identidade será preservada em absoluto sigilo.

Os riscos ao participante são: desconforto pelo tempo necessário para a entrevista, que pode ser evitado com o agendamento da entrevista em data e

horário oportunos ao participante ou; constrangimento pelo teor dos questionamentos, os quais poderão ser evitados pelo conhecimento prévio do roteiro de entrevista, assim como leitura das transcrições das entrevistas para que o participante possa alterar, modificar ou suprimir parte do conteúdo. Além destes, não há demais riscos previsíveis. Entretanto, caso a entrevista traga à memória experiências ou situações vividas que causem sofrimento psíquico, desconforto de ordem moral, social, cultural ou espiritual, imediata ou posterior, o participante será prontamente atendido e amparado pela pesquisadora, com assistência imediata e integral no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa, conforme estabelece o item II.3 da Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Isto posto, fica claro que, em caso de prejuízo de qualquer espécie caberá à pesquisadora a responsabilidade por indenização.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar: **Fernanda de Souza Moreira, (43) 3337-3978/ (43) 9918-1966/frefers@hotmail.com, Av. São Paulo, 672 apto. 50 – Londrina/ PR**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida e assinada entregue ao (à) senhor (a).

Londrina, ____ de _____ de 201__

Pesquisadora Responsável
Fernanda de Souza Moreira
RG: 7619011-9

Eu, _____ (**nome por extenso do sujeito de pesquisa**), tendo sido devidamente esclarecido (a) sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

A) Identificação, ocupação e formação:

1) Local de trabalho

Atenção Primária de Saúde: () Unidade de Saúde

Atenção Intermediária de Saúde: () Maternidade

Serviço de Saúde Mental: () CAPSi

Gestão em Saúde: () Distrito Sanitário () Secretaria de Saúde/ Apoio

Conselho de Direitos: () CMDCA () CT

Política de Educação: () Escola () Colégio

Política de Assistência Social: () Cras () Creas () Gestão

2) Qual a sua formação?

3) Qual a sua ocupação/função na instituição?

4) Há quanto tempo trabalha na instituição? E na função?

5) Qual o tipo de vínculo empregatício?

B) Direitos da Criança e do Adolescente

1) Fale um pouco sobre o que conhece do ECA.

2) Quais são os direitos fundamentais da criança e do adolescente que você conhece?

3) Você já fez algum curso que abordasse os direitos da criança e do adolescente previstos no ECA e demais legislações? Se fez, onde e que tipo de curso?

C) Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

1) Como a instituição se articula com outras políticas ou serviços para trabalhar em prol da efetivação dos direitos da criança e do adolescente?

2) Como você avalia essa articulação com outras políticas?

3) Caso não exista, fale sobre os impedimentos para a efetivação da articulação entre as políticas e serviços.

4) Quais seriam, na sua opinião, as potencialidades de um trabalho articulado com as demais políticas ou serviços?

- 5) De que forma esta instituição pode contribuir para uma maior articulação entre as políticas e serviços?
- 6) De que forma você pode contribuir para uma maior articulação entre as políticas e serviços?

ANEXOS

ANEXO A

Autorização Secretaria Municipal de Educação de Curitiba



Prefeitura Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal da Educação
Superintendência de Gestão Educacional
Departamento de Ensino Fundamental
Av. João Gualberto, 623 7º Andar Torre A
Alto da Glória
80030-000 Curitiba PR
Tel 41 33503076
Fax 41 3350 3047
www.curitiba.pr.gov.br

Curitiba, de 27 de julho de 2015.

AUTORIZAÇÃO

Informamos que a pesquisadora, **Fernanda de Souza Moreira**, aluna do curso de Mestrado da Universidade Estadual de Londrina, orientada pela professora Dione Lolis, está autorizada a realizar pesquisa sobre “**SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: UMA REFLEXÃO À LUZ DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CURITIBA**”.

O objetivo geral da pesquisa é:

- Analisar a articulação do Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente a partir da Política de Saúde desenvolvida no município de Curitiba.

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- Aprofundar os conhecimentos sobre o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente;
- Descrever como está organizada a Política de Saúde, em especial aquela voltada para a criança e ao adolescente;
- Conhecer as estratégias utilizadas pela rede de Saúde no Município de Curitiba na articulação com o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente;
- Identificar a existência de limites e possibilidades para a articulação do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente com a Política de Saúde.

A pesquisadora pretende coletar dados referentes ao tema de estudo com gestores e/ou representantes do Departamento de Ensino Fundamental da Secretaria Municipal de Educação e com gestores e/ou representantes dos Núcleos Regionais de Educação do município de Curitiba.



CURITIBA



Prefeitura Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal da Educação
Superintendência de Gestão Educacional
Departamento de Ensino Fundamental
Av. João Gualberto, 623 7º Andar Torre A
Alto da Glória
80030-000 Curitiba PR
Tel 41 33503076
Fax 41 3350 3047
www.curitiba.pr.gov.br

Informamos ainda que a decisão final de participar da referida pesquisa caberá aos profissionais envolvidos.

Ressaltamos também que o pesquisador deverá entregar **uma cópia dos resultados da investigação** para a escola e outra para o Departamento de Ensino Fundamental – Gerência Pedagógica.

Atenciosamente,

Andresa Cristina Pisa
Gerente Pedagógica
Departamento de Ensino Fundamental

Andresa Cristina Pisa
Mat. 53315
Gerente Pedagógica

ANEXO B

Ficha de Notificação Individual

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Codigo (CID10) Y09		3 Data da notificação						
	4 UF		5 Município de notificação		Codigo (IBGE)								
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros							7 Nome da Unidade Notificadora		Codigo Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde							Codigo (CNES)		11 Data de nascimento			
	10 Nome do paciente		12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado				
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica												
Notificação Individual	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe								
	19 UF		20 Município de Residência		Codigo (IBGE)		21 Distrito						
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)				Codigo						
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1								
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência				29 CEP						
	30 (DDD) Telefone				31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)						
Dados Complementares													
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação								
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado												
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lesbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado				37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transsexual 3-Homem Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado								
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento								
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Codigo (IBGE)		42 Distrito						
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)				Codigo						
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		48 Geo campo 4						
	49 Ponto de Referência				50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)						
	52 Local de ocorrência		04 - Local de prática esportiva		07 - Comércio/serviços		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						
	01 - Residência		05 - Bar ou similar		08 - Indústrias/construção		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						
02 - Habitação coletiva		06 - Via pública		09 - Outro		99 - Ignorado							

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros_____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____			
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei			
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Conjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	
	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado				
65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente				
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	
	69 Data de encerramento		68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>	
Informações complementares e observações				
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone
Observações Adicionais:				
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		Disque Direitos Humanos 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função		Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan		SVS 15.06.2015

ANEXO C

Ficha de Notificação Individual: Violência Interpessoal/
Autoprovocada

CURITIBA

FOLHA 1

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

Dados Gerais	*3 Data da notificação _____		A Hora do atendimento (00:00- 23:59) _____		*4 UF PR	5 Município de notificação: CURITIBA		Código (IBGE) 4106902		
	6 Unidade Notificadora (UN) 1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado à Mulher 7 - Outros <input type="checkbox"/>		*7 Nome e Código da UN		8 Unidade de Saúde		* Código de CNES _____		*9 Data da ocorrência da violência _____	
Notificação Individual	*10 Nome				*11 Data de nascimento _____					
	*12 Idade 1 - Hora _____ 2 - Dia _____ 3 - Mês _____ 4 - Ano _____		*13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		*14 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		*15 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	*16 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica <input type="checkbox"/>				*17 Número do Cartão SUS		*18 Nome da mãe / responsável		*19 Nome do pai / responsável	
	*19 UF _____		*20 Município de residência		Código (IBGE)		*21 Distrito / Regional			
Dados de Residência	*22 Bairro		*23 Logradouro (rua, avenida...)				Código			
	*24 Número		*25 Complemento (apto, casa...)		C Vila		*26 Geo Campo 1			
	*27 Geo Campo 2		*28 Ponto de referência		*29 CEP _____					
	*30 (DDD)Fone _____				*31 Zona 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		*32 País (se reside fora do Brasil)			
Dados da Pessoa Atendida	*33 Nome Social (se travesti / transexual)				*34 Ocupação					
	*35 Situação conjugal/Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado				*36 Orientação sexual 1 - Heterossexual 2 - Homossexual (gay/lésbica) 3 - Bissexual 8 - Não se aplica (criança de 0 a 9 anos) 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>					
	*37 Identidade de gênero 1 - Travesti 2 - Mulher transexual 3 - Homem transexual 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		*38 Possui algum tipo de deficiência, transtorno 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>							
	*39 Se sim, qual tipo de deficiência, transtorno 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>						Deficiência física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras _____			
Dados da Ocorrência	*40 UF _____		*41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		*42 Distrito/Regional			
	*43 Bairro		*44 Logradouro (rua, avenida...)				Código			
	*45 Número		*46 Complemento (apto, casa...)		D Vila		*47 Geo Campo 3		*48 Geo Campo 4	
	*49 Ponto de referência		*50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		*51 Hora da ocorrência (00:00-23:59 hs) I II I					
Tipologia da Violência	*52 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviço 08 - Indústria/construção 09 - Outro: _____ 99 - Ignorado <input type="checkbox"/>				*53 Ocorreu outras vezes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		*54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
	*55 Essa violência foi motivada por: 01 - Sexismo 02 - Homofobia / lesbofobia / bifobia 03 - Racismo 04 - Intolerância religiosa 05 - Xenofobia 06 - Conflito geracional 07 - Situação de rua 08 - Deficiência 09 - Outros Qual? _____ 88 - Não se aplica 99 - Ignorado <input type="checkbox"/>				*56 Tipo de violência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		Física <input type="checkbox"/> Psicológica / moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira / econômica <input type="checkbox"/> Negligência / abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros _____			
	*57 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Objeto perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/objeto quente <input type="checkbox"/> Envenenamento/ intoxicação <input type="checkbox"/>		*58 Se Negligência, de: <input type="checkbox"/> Proteção <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Estrutural <input type="checkbox"/>		*59 Natureza 1 - Doméstica/familiar <input type="checkbox"/> 2 - Extrafamiliar <input type="checkbox"/> 3 - Autoagressão <input type="checkbox"/> 4 - Institucional <input type="checkbox"/> 5 - Violência fetal <input type="checkbox"/>			

* Campo de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN

ANEXO D
Parecer Consubstanciado do CEP/SMSC

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente: uma reflexão à luz da Política de Saúde no município de Curitiba

Pesquisador: Fernanda de Souza Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44623514.9.3001.0101

Instituição Proponente: CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.170.091

Data da Relatoria: 22/07/2015

Apresentação do Projeto:

De acordo com parecer de aprovação ética do CEP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL / HOSPITAL REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com parecer de aprovação ética do CEP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL / HOSPITAL REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com parecer de aprovação ética do CEP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL / HOSPITAL REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto tramitou junto ao Distrito Sanitário do Bairro Novo, tendo obtido parecer favorável quanto à viabilidade de realização, pelo Diretor daquela instância administrativa da SMS-Curitiba. Ratificamos o parecer favorável à concessão de campo de pesquisa (parecer elaborado por membro titular do CEP/SMS-Curitiba com assinatura de chancela da Diretora do DGTS/SMS2).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com parecer de aprovação ética do CEP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL / HOSPITAL REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ.

Endereço: Rua Francisco Torres, 830

Bairro: Centro

CEP: 80.060-130

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3350-9450

Fax: (41)3350-9320

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL DE
CURITIBA-SES



Continuação do Parecer: 1.170.091

Recomendações:

De acordo com parecer de aprovação ética do CEP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL / HOSPITAL REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com parecer de aprovação ética do CEP - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL / HOSPITAL REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba acompanha o parecer do relator.

CURITIBA, 04 de Agosto de 2015

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco Torres, 830

Bairro: Centro

CEP: 80.060-130

UF: PR

Município: CURITIBA

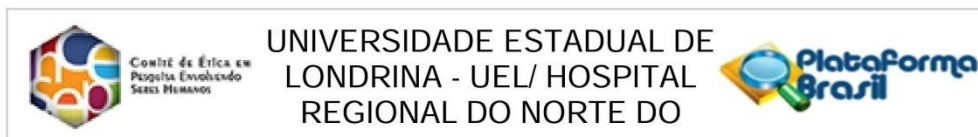
Telefone: (41)3350-9450

Fax: (41)3350-9320

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO E

Parecer Consubstanciado do CEP/UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente: uma reflexão à luz da Política de Saúde no município de Curitiba

Pesquisador: Fernanda de Souza Moreira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 44623514.9.0000.5231

Instituição Proponente: CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.112.715

Data da Relatoria: 19/06/2015

Apresentação do Projeto:

O presente estudo exploratório trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa e tem por objetivo analisar a articulação do sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente a partir da Política de Saúde desenvolvida no município de Curitiba. Para tanto serão realizadas entrevistas com o uso de roteiros semi estruturados com trabalhadores da Política de Saúde, da Política de Assistência, da Política de Educação, Conselho Tutelar e Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, todos inseridos nos respectivos serviços no município de Curitiba.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Analisar a articulação do Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente a partir da Política de Saúde desenvolvida no município de Curitiba. **Objetivo Secundário:** aprofundar os conhecimentos sobre o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente; descrever como está organizada a Política de

Saúde, em especial aquela voltada para a criança e ao adolescente; conhecer as estratégias utilizadas pela rede de Saúde no Município de Curitiba na articulação com o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente; identificar a existência de limites e possibilidades para a articulação do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente com a Política de

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

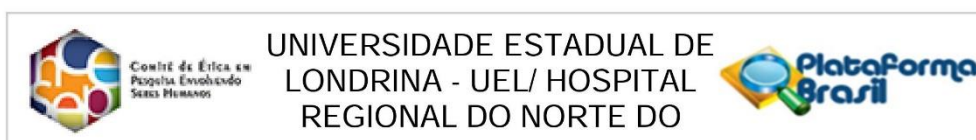
UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.112.715

Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos ao participante são: desconforto pelo tempo necessário para a entrevista, que pode ser evitado com o agendamento da entrevista em data e horário oportunos ao participante ou; constrangimento pelo teor dos questionamentos, os quais poderão ser evitados pelo conhecimento prévio do roteiro de entrevista, assim como leitura das transcrições das entrevistas para que o participante possa alterar, modificar ou suprimir parte do conteúdo. Além destes, não há demais riscos previsíveis. Entretanto, caso a entrevista traga à memória experiências ou situações vividas que causem sofrimento psíquico, desconforto de ordem moral, social, cultural ou espiritual, imediata ou posterior, o participante será prontamente atendido e amparado pela pesquisadora, com assistência imediata e integral no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa, conforme estabelece o item II.3 da Resolução 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Benefícios: contribuição de produção literária sobre o tema, visto que esta é escassa. Além disso, a reflexão sobre o tema contribui para um trabalho que preza pela integralidade do atendimento de crianças e adolescentes, visto que o SGDC é composto por atores inseridos em políticas, órgãos e instituições que trabalham com um único segmento da população, entretanto com direitos distintos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de relevância social que apontará caminhos para uma articulação mais efetiva entre os diversos profissionais, inclusive o assistente social, órgãos, instituições e políticas envolvidas no sistema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto-ok

TCLE- ok

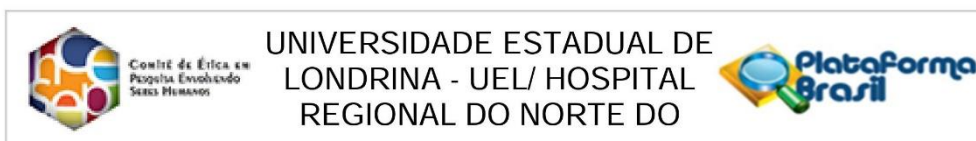
TCS-ok

Declaração da Entidade coparticipante- a pesquisadora apresentou uma DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE INTERESSE DE CAMPO DE PESQUISA e um e-mail resposta com instruções para a submissão do seu projeto no CEP/SMS de Curitiba, que foram considerados como termos de ciência da entidade coparticipante, tendo em vista o trâmite interno necessário àquela instância administrativa.

Recomendações:

A pesquisadora, após atender às solicitações de pendências e receber o parecer favorável do

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3	CEP: 86.057-970
Bairro: Campus Universitário	
UF: PR	Município: LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455	E-mail: cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 1.112.715

CEP/UEL, deverá tramitar seu projeto de pesquisa pelo CEP/SMS de Curitiba, se comprometendo em anexar à Plataforma.Brasil, o parecer ético emitido pela entidade coparticipante junto a este projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

LONDRINA, 18 de Junho de 2015

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br

ANEXO F

Parecer Técnico para Autorização de Pesquisa em Unidades da Fundação de Ação Social de Curitiba



INFORMAÇÃO

Curitiba, 19 de novembro de 2015.

Parecer Técnico para autorização de Pesquisa em unidades da Fundação de Ação Social


Protocolo: 01-138845/2015

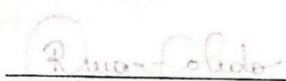
Assunto: Autorização para realizar pesquisa **Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente: uma reflexão à luz da Política de Saúde no município de Curitiba.**

Pesquisador (a): Fernanda de Souza Moreira – Pós-graduanda em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina.

A partir da análise da documentação anexa ao referido protocolo, assim como do parecer favorável e ciência à pesquisa emitida pelo Núcleo Regional Bairro Novo (folha 49), a solicitante está **autorizada** a realizar a pesquisa, por meio de entrevista com a profissional Ana Maria Machado de Magalhães, assistente social indicada pelo núcleo, que atua na articulação com as Redes de Proteção da Regional Bairro Novo, tendo como roteiro de entrevista o formulário disposto nas páginas 46 e 47 deste processo.

Solicitamos à pesquisadora o cuidado em observar e cumprir o descrito no **Termo de Compromisso para Realização de Estudo Científico**, o qual será entregue à mesma a partir desta data.


JUCIMERI ISOLDA SILVEIRA
 Superintendência de Planejamento


RENATA DUARTE DE TOLEDO REIZER
 Assessoria de Educação Permanente e
 Gestão do Trabalho



TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CIENTÍFICO

Termo de Compromisso para realização de Estudo Científico que entre si fazem, de um lado a **FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL - FAS** e de outro, **FERNANDA DE SOUZA MOREIRA**.

Ao dia dezoito de setembro de dois mil e quinze, nesta cidade de Curitiba, Capital do Estado do Paraná, presentes de um lado a **FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL - FAS**, doravante denominada **FAS**, estabelecida à Rua Eduardo Sprada nº 4520, Campo Comprido CNPJ nº 76.568.930-0001-08, neste ato representado pela Superintendente de Planejamento **JUCIMERI ISOLDA SILVEIRA**, CPF/MF 003.453.729-56, pela Supervisora da Regional da FAS - Bairro Novo **ROSANGELA DE BARBARA DA SILVA** CPF 591.358.679-49, pela gerente da Assessoria de Educação Permanente e Gestão do Trabalho **RENATA DUARTE DE TOLEDO REIZER**, CPF/MF 026.357.629-96 e de outro lado, **FERNANDA DE SOUZA MOREIRA**, CPF 037.670.369-59, doravante denominada **PESQUISADORA**, pós-graduanda em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de Londrina, firma o presente instrumento mediante as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O presente Termo de Compromisso tem por objeto estabelecer observância aos procedimentos de realização do projeto de pesquisa intitulado "**Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente: uma reflexão à luz da Política de Saúde no município de Curitiba**", o qual tem por objetivo geral:

"Analisar a articulação do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente a partir da Política de Saúde desenvolvida no município de Curitiba."

CLÁUSULA SEGUNDA

A pesquisa, a qual faz parte do presente Termo de Compromisso, utilizará como método para coleta de informações: entrevista com profissional representante da Política de Assistência Social que atue em articulação com a Política de Saúde, com foco no Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente.

CLÁUSULA TERCEIRA

O presente Termo de Compromisso terá vigência de 3 (três) meses, contados a partir da data de sua assinatura.

Fundação de Ação Social

Rua Eduardo Sprada, 4520 - Campo Comprido - 81270-610 - Curitiba-Paraná-Brasil - Tel: (41) 3360-3500 Fax: (41) 3371-7520 - fass@fas.org.br - fass.org.br



CLÁUSULA QUARTA

O presente instrumento poderá ser alterado, prorrogado ou rescindido a qualquer tempo, uma vez solicitado por uma das partes com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA QUINTA

Atribuições do/a Pesquisador/a:

- Preservar o sigilo de identificação dos usuários/locais/unidades;
- Observar os objetivos específicos e gerais, bem como as etapas constantes na documentação apresentada à Fundação de Ação Social, seguindo rigorosamente a metodologia descrita sem desviar-se dos objetivos propostos;
- Arcar com todos os gastos para a realização da pesquisa, sem qualquer ônus para a Fundação de Ação Social;
- Desenvolver o projeto em horário compatível com o funcionamento dos locais indicados pela FAS para a execução da pesquisa;
- Disponibilizar em formato PDF, após a conclusão da mesma, os resultados da pesquisa, à Coordenação de Desenvolvimento Profissional para acervo da Fundação.
- Autorizar, desde já, quando da finalização da pesquisa, que a FAS disponibilize no site da FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL, para conhecimento público, a produção científica que dela se originar.

CLÁUSULA SEXTA

Atribuições da FAS:

- Disponibilizar o acesso aos dados, informações e materiais necessários para a realização da pesquisa;
- Mobilizar previamente as equipes dos locais envolvidos, para que o/a Pesquisador/a possa desenvolver a pesquisa apresentada;
- Acompanhar a coleta de dados na FAS, para a realização do projeto, reportando ao/a Pesquisador/a quaisquer situações inadequadas ou não previstas no decorrer da mesma.

Fundação de Ação Social

Rua: Fundação Social, 4020 - Campo Curupió - 81270-010 - Curitiba Paraná Brasil - Tel: (41) 3350-3500 Fax: (41) 3373-7540 - fass@fascunitiba.pr.gov.br

CS

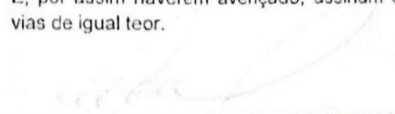


CLÁUSULA SÉTIMA

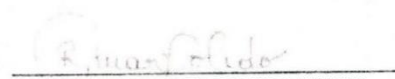
As partes elegem o foro de Curitiba, Capital do Paraná, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para solução de qualquer divergência na efetivação do presente instrumento.

E, por assim haverem avençado, assinam este **TERMO DE COMPROMISSO** em duas vias de igual teor.

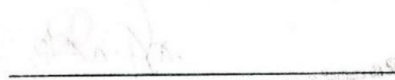
Curitiba, 19 de novembro de 2015.




 JUCIMERI ISOLDA SILVEIRA
 Superintendência de Planejamento



 RENATA DUARTE DE TOLEDO REIZER
 Assessoria de Educação Permanente e Gestão do Trabalho



 ROSANGELA DE BARBARA DA SILVA
 Núcleo Regional da FAS - Bairro Novo



 FERNANDA DE SOUZA MOREIRA
 Pesquisadora