

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Emylin Pedroso

**A VIOLAÇÃO DE DIREITOS NO PROCESSO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE
MENTAL INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2016

EMYLIN PEDROSO

**A VIOLAÇÃO DE DIREITOS NO PROCESSO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE
MENTAL INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Míriam Thais Guterres Dias.

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

K. de Souza Pedroso, Emylin
A VIOLAÇÃO DE DIREITOS NO PROCESSO DE ATENDIMENTO
EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE PORTO
ALEGRE / Emylin K. de Souza Pedroso. -- 2016.
80 f.

Orientadora: Míriam T. Guterres Dias.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2016.

1. Proteção e direito social. 2. saúde mental
infantojuvenil. 3. política de atendimento. I. T.
Guterres Dias, Míriam, orient. II. Título.

EMYLIN PEDROSO

**A VIOLAÇÃO DE DIREITOS NO PROCESSO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE
MENTAL INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Aprovado em ____ de _____ de 2016.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Míriam Thaís Guterres Dias

Orientadora

Prof.^a Dr.^a Dolores Sanches Wunsch

Arguidora

Dedico este trabalho a todos os usuários e trabalhadores da Política de
Saúde Mental Infantojuvenil de Porto Alegre e aos meus queridos
avós: Edi e Saul.
Gratidão!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a minha família que é essencial na minha vida, por terem me acompanhado, apoiado e incentivado ao longo dessa jornada; sem vocês, eu não teria chegado até aqui. Obrigada por todos os momentos compartilhados, eles possibilitaram que eu fosse quem sou hoje, fruto de uma construção que colheu o melhor da personalidade de cada um de vocês. Vocês sempre acreditaram e apostaram em mim e foi isso que me fez seguir em frente, além do amor e carinho compartilhados.

Agradeço principalmente a minha avó Edi, por ser essa mulher guerreira e de fibra, que luta por tudo e todos ao seu redor, não tenho palavras para agradecer tudo o que você me ensinou, tento, ao máximo, ser um pouco semelhante a essa mulher, que me inspira. Ao meu avô Saul, que sempre se dedicou à família, deu todo o amor e carinho que existe dentro desse coração, e nos ensinou a amar da forma mais singela. Ao meu pai, Michel, por acreditar e apostar em mim, e me ensinar a ter calma e acreditar que as coisas têm sempre um porquê e vêm no momento certo. A minha mãe, Núbia, por ser essa mulher guerreira que, com todas as dificuldades da vida, correu atrás dos seus objetivos e hoje é essa mulher maravilhosa. Amo vocês e sem vocês quatro eu não estaria aqui.

Aos meus tios, Marcelo, Tiago e Saulo, que apesar de serem tios, sempre me acolheram como pais, me cuidando, dando colo, carinho, puxões de orelhas e conselhos, além de tudo, me proporcionaram conhecer pessoas maravilhosas, que hoje são as melhores tias do mundo. Fernanda, por ser esse doce de pessoa e saber levar a vida de uma forma leve e me mostrar que isso é possível. Marcia, por ser essa pessoa maravilhosa e me apoiar em todas as minhas escolhas, por mais que não concorde. Patrícia, por ser essa pessoa que transpira alegria, e a Priscila, por ser a melhor companheira que o meu pai poderia ter.

A minha irmã Echelen, por ser essa irmã que, desde sempre, me ensinou o que é o amor, me dando o maior carinho e aconchego. À Michelle, minha gêmea, sem você, a vida não teria o maior sentido, eu e você somos praticamente uma só, não teria sentido uma vida sem Nana ao meu lado. À Natasha, por ser a mais parceira, companheira e ser a baixinha que eu mais amo. À Sheron, por me ensinar que jamais devemos perder o nosso jeito espoleta de filhas caçulas. À Natália, por nos mostrar que, às vezes, devemos ter mais tranquilidade na vida. Ao Maikon, por ser esse doce de irmão. Ao Felipe, por ser esse irmão que a vida e a Nana me deram.

Aos meus afilhados e sobrinhos, que me enchem de orgulho e me ensinam diariamente o verdadeiro sentido da vida, o amor, que construímos e levamos para a vida, a dinda tem o maior orgulho de ser a “Dinda Memy” e ser amada por esses seres de luz. Laura, Pedro, Maria Eduarda, Peterson, Matheus, Maria Luísa e José Pedro, obrigada por me ensinarem a ser cada vez melhor por vocês.

Agradeço aos meus amigos que, há anos, me acompanham nesse mundão, respeitando as minhas transformações, me acolhendo e dividindo momentos maravilhosos comigo, obrigada por todos os momentos vivenciados juntos e todas as trocas de afetos: Jenifher, Anderson, Fernanda, Marcella e Julia.

Agradeço às amizades construídas ao longo da graduação e que hoje fazem os meus dias mais alegres e leves, estando sempre ao meu lado para todos os momentos, sejam eles alegres, tristes ou para comemorar nos festejos da vida, obrigada por compartilharem esses momentos comigo, Elisa, Renata, Carol, Luiza, Daphne, Jessica, Isadora, Thaianne, Raissa, Fernanda e Helena. Agradeço também a amizade construída com a Mariana e Manoella, vocês hoje são pessoas fundamentais na minha vida e a relação que construímos me enche de amor, pois vocês são pessoas que, além de me darem suporte nas situações mais difíceis, me acompanham e transbordam amor pela nossa amizade.

Sou grata ao universo por ter colocado na minha vida essas pessoas maravilhosas, que hoje posso chamar de amigas/irmãs, as “membras”, sem vocês eu não teria aguentado esses cinco anos, ter vocês, nesse processo, possibilitou que fosse mais leve e colorido. A amizade que construímos vai ficar para sempre, por mais que as nossas vidas tomem rumos diferentes.

Obrigada Andressa, Gabriela e Maria Eduarda por estarem sempre ao meu lado.

Agradeço a todos que contribuíram de alguma forma no meu processo de formação, seja me auxiliando com materiais, contribuindo com a sua experiência profissional, me escutando reclamar sobre as angústias e felicidades que foi escrever durante esse processo. Especialmente, à Alzira Grassi que, com o maior cuidado, me auxiliou com a sua experiência profissional, dividindo o seu conhecimento e me incentivando a seguir lutando pelo que eu acredito.

Agradeço a minha supervisora de campo, Christiane Koehler, a Marta Fadrique, Cinara Moraes, Melissa Toffoli, Cristiane Geyer e a Shelen Benites, que como equipe me acolheram

e possibilitaram intensas aprendizagens, sendo a principal a realização do trabalho em equipe interdisciplinar. Vocês me motivaram a seguir e a aprender a importância de um trabalho em rede.

A todos os professores do curso de Serviço Social que contribuíram no meu processo de formação enquanto assistente social e também enquanto pessoa. Mas, em especial, a minha orientadora Míriam Dias que, com dedicação e cuidado, me auxiliou na elaboração desse trabalho, sabendo reconhecer os meus limites e potencialidades ao longo desse processo.

Gratidão a todos por contribuírem nesse meu processo!!!!

Lá bem no alto do décimo segundo andar do Ano Vive uma louca chamada Esperança
E ela pensa que quando todas as sirenas
Todas as buzinas
Todos os reco-recos tocarem
Atira-se
E
— Ó delicioso voo!
Ela será encontrada miraculosamente incólume na calçada,
Outra vez criança...
E em torno dela indagará o povo:
— Como é teu nome, meninazinha de olhos verdes?
E ela lhes dirá
(É preciso dizer-lhes tudo de novo!)
Ela lhes dirá bem devagarinho, para que não esqueçam:
— O meu nome é ES-PE-RAN-ÇA...

Mario Quintana

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão do Curso da Universidade Federal do Rio Grande do Sul materializa as reflexões e análises desenvolvidas a partir do processo de formação profissional, com destaque para o processo dos estágios obrigatórios em Serviço Social, realizado na Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas. A partir da experiência de estágio, pode-se observar que ocorrem violações de direitos no processo de atendimento em saúde mental infantojuvenil em Porto Alegre, materializando-se de diversas formas, seja pela falta de recursos humanos nos serviços, ausência de atendimento, entre outros. Tendo como principal objetivo analisar a política de saúde mental na perspectiva dos direitos infantojuvenis, o atendimento prestado em saúde pela política pública e o trabalho do assistente social na política Infantojuvenil no Município de Porto Alegre, para assim ter maior compreensão de como ocorrem as dinâmicas de trabalho e atendimento que acabam resultando no quadro de violações identificado no processo de estágio obrigatório. A metodologia contou com revisão bibliográfica, análise documental das produções realizadas nos estágios curriculares, e com a realização de uma pesquisa exploratória qualitativa intitulada *A política pública para atendimento infantojuvenil dos usuários da saúde mental no município de Porto Alegre* com os serviços de saúde mental, para se conhecer como foi se constituindo a Política de Saúde Mental Infantojuvenil no município de Porto Alegre. O projeto de intervenção realizado com os familiares construído na perspectiva de garantir o acesso às políticas sociais ao longo do processo de estágio foi um ponto de alta relevância para contribuir com o Projeto Ético-político da profissão. Ao longo do trabalho, pode-se identificar que, apesar de todo o avanço que ocorreu em relação a legislações específicas para as crianças e adolescentes e o reconhecimento desses enquanto cidadãos de direito, houve uma estagnação no processo em Porto Alegre na última década. Com a atual conjuntura política em que o país se encontra, há um grande desafio pela frente, sendo primordial a necessidade de lutar para que o Estado continue responsável pela oferta dos serviços e que esse possa investir mais para haver um melhor atendimento em saúde mental infantojuvenil no município.

Palavras-chave: Proteção e direito social; saúde mental infantojuvenil; política de atendimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

Capsi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

CF – Constituição Federal

CRAI - Centro de Referência no Atendimento InfantoJuvenil

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CONJUVE - Conselho Nacional de Juventude

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EESCA – Equipe Especializada em Saúde da Criança e do Adolescente

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania

FASE – Fundação de Atendimento Socioeducativo

FESC – Fundação de Educação Social e Cidadania

GT – Grupo de Trabalho

GCC – Glória Cruzeiro Cristal

LENO – Leste, Nordeste

MAPA – Movimento Assistencial de Porto Alegre

MNMMR – Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua

NASCA - Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

NEB - Norte-Eixo Baltazar

NHNI - Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas

OS – Organizações Sociais

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PACS – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

PCD - Permanência de Curta Duração

PESM – Plantão de Emergência em Saúde Mental

PLP – Partenon, Lomba do Pinheiro

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SCS – Sul, Centro Sul

SGC - Sistema de Garantia de Direitos

SNJ – Secretaria Nacional da Juventude

SPC – Serviço de Proteção à Criança

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	O ADVENTO DAS CONQUISTAS DE DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CENÁRIO BRASILEIRO.....	17
2.1	A LUTA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS NO CONTEXTO DA CONTRARREFORMA DO ESTADO	17
2.2	O MARCO LEGAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE A PARTIR DOS MOVIMENTOS SOCIAIS	24
3	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....	28
3.1	A CONSTITUIÇÃO E INSTAURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO BRASIL	28
3.2	A HISTÓRIA CONTADA A PARTIR DO OLHAR DO TRABALHADOR E DO CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.....	32
3.3	OS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL OFERECIDOS PELO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	42
4	O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....	48
4.1	A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	48
4.2	AS POSSIBILIDADES E LIMITES DO TRABALHO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.....	53
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE 1 – Roteiro de Entrevista	70
	APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	71
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP do Instituto de Psicologia	73
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.....	77

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho de conclusão de curso é fruto de um amplo processo de formação e tem como principal objetivo sistematizar o acúmulo teórico e prático construídos ao longo da graduação no curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O interesse pela temática é fruto da experiência de estágio curricular em Serviço Social, fato que proporcionou maior compreensão de como se desenvolve a política de saúde mental infantojuvenil no município de Porto Alegre e de como as contradições vividas no campo acabaram por se expressar através de diversas violações de direitos aos usuários, essas ocorrendo pelos mais variados motivos.

O primeiro contato com a realidade do quadro de violações foi no cotidiano do estágio realizado na Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas – EESCA NHNI, fato esse ocorrido pelo déficit de recursos humanos esperado para o serviço, com um número mínimo de profissionais. Muitos casos eram encaminhados para atendimento no serviço, que chegavam por matriciamento, porém, como possuía uma equipe mínima, os casos ficavam aguardando na lista de espera, essa que possuía uma média de seis meses para atendimento.

Apesar de estarem em uma lista de espera e ocorrerem os matriciamentos mensalmente com todas as unidades de saúde, e a realização de interconsultas com as unidades de saúde sempre que necessário, os casos, muitas vezes, quando chegava a sua vez para atendimento, já não havia mais necessidade no atendimento ou as pessoas não residiam mais no território.

Os encaminhamentos para os Centros de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (Capsi) eram outro fator que levou a identificação de violação de direito aos usuários, pois o território da região NHNI não possuía um Capsi no seu território, assim, as crianças que necessitavam de atendimento nesse serviço ficavam desatendidas. E, em casos de quadros graves, as famílias entravam com ação judicial para serem atendidas em algum Capsi do município.

A ausência e/ou a longa espera por atendimento foi o que originou o tema deste trabalho, pois esse fato acaba deixando uma boa parcela dos usuários desatendidos, descumprindo o que preconiza a Política de Saúde Mental Infantojuvenil. Desta forma, esse trabalho visa contribuir na análise de como está posta a Política de Saúde Mental

Infantojuvenil no município de Porto Alegre atualmente e evidenciar as violações que ocorrem no processo de atendimento aos seus usuários.

A metodologia deste trabalho de conclusão de curso contou com revisão bibliográfica, análise documental das produções realizadas nos estágios curriculares, e com a realização de uma pesquisa exploratória qualitativa intitulada *A política pública para atendimento infantojuvenil dos usuários da saúde mental no município de Porto Alegre*, que teve como objetivo possibilitar a análise da política de saúde mental infantojuvenil no Município de Porto Alegre quanto ao seu processo sócio-histórico e de atendimento prestado a este público, com o intuito de compreender como foi se estruturando a política no município e como hoje ela está organizada. Os participantes da pesquisa foram um membro dos serviços EESCA NHNI e Plantão de Emergência em Saúde Mental Cruzeiro do Sul, e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente, totalizando 3 entrevistados, cujo roteiro encontra-se no Apêndice 1, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no Apêndice 2. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, e posteriormente, pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, sob o nº 1.727.435, e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob o nº 1.761.972, cujos pareceres se encontram em Anexo A e B, respectivamente.

O trabalho divide-se em três capítulos, de forma a possibilitar a análise da temática das políticas e direitos sociais da criança e adolescente no Brasil, com o aprofundamento e especificidade do debate sobre a política social de saúde mental infantojuvenil, por meio da contextualização sobre a criação e organização da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, a fim de compreender como Porto Alegre oferta e promove os seus cuidados.

O capítulo que inicia esse trabalho é intitulado “O advento das conquistas de direitos das crianças e adolescentes no cenário brasileiro”, aborda-se a luta dos movimentos sociais na garantia dos direitos sociais das crianças e adolescentes no contexto da contrarreforma do Estado, e os marcos legais conquistados através dos movimentos sociais. Esse cenário, marcado pela onda neoliberal que se instaura no final da Ditadura Militar e início de transição do processo democrático que se inicia no país na década de 1980, é o palco de luta de movimentos sociais por garantia de direitos das crianças e adolescentes, que até então não eram reconhecidos enquanto sujeitos de direitos. Fruto desses movimentos, é conquistada então a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente que reconhece a criança e adolescentes enquanto sujeitos de direitos e o Estado e a família enquanto provedores desses.

No segundo capítulo, intitulado “A política de saúde mental infantojuvenil”, busca-se mostrar como foi se constituindo e instaurando a política de saúde mental infantojuvenil no Brasil, para assim possibilitar mostrar a realidade do município de Porto Alegre. Para a construção da constituição da política no município, teve-se como suporte o auxílio da pesquisa realizada, que contribuiu para maior compreensão de como foi o processo de construção da política de saúde mental no município de Porto Alegre e como se encontra no atual momento.

No terceiro e último capítulo, intitulado “O serviço social na política de saúde mental infantojuvenil”, aborda-se como o assistente social se insere na política de saúde mental infantojuvenil, tendo como preceitos os princípios da reforma sanitária e psiquiátrica e o projeto ético-político da profissão, esses que darão suporte para uma intervenção qualificada do assistente social, a fim de realizar um trabalho que vise garantir os direitos sociais dos usuários. Para elucidar esse quadro, finaliza-se o capítulo trazendo uma reflexão de possibilidades e limites de intervenção com os usuários da política de saúde mental infantojuvenil realizados na experiência de estágio, que proporcionou a reflexão e articulação da teoria e da prática num processo crítico.

Por último, nas considerações finais, será exposta uma reflexão a partir do debate construído ao longo deste trabalho, trazendo como principais pontos a ausência do Estado, que por vezes também comete violações de direitos pela ausência de serviços e falta de investimentos. Além disso, deve-se compreender que os assistentes sociais têm o dever de lutar contra essas diversas formas de violações que ocorrem durante o processo de atendimento em saúde mental infantojuvenil e lutar para garantir os direitos dos usuários.

2 O ADVENTO DAS CONQUISTAS DE DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CENÁRIO BRASILEIRO

2.1 A LUTA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS NO CONTEXTO DA CONTRARREFORMA DO ESTADO

O Brasil, ao longo dos anos, teve um avanço nos cenários da política e, conseqüentemente, das políticas sociais, sendo essas conduzidas por diversos movimentos. A maioria dos movimentos se dividiram em dois interesses, sendo um deles por parte da classe trabalhadora, que ao longo da história foi crescendo e avançando na luta por garantia de direitos¹. E outro com os movimentos da burguesia que defendiam os interesses dos países centrais do capitalismo, esses que se refletiram e ainda se refletem muito no desempenho do papel do Estado e nas suas ações. Segundo Dias (2007), após a Segunda Guerra Mundial, o mundo sofreu diversas mudanças, sendo fruto delas o reordenamento das forças políticas e econômicas, resultado do conflito bélico, que acabou por surgir uma produção de alterações no processo de produção no capitalismo, gerando o ambiente que acabou por adotar as teorias de Keynes, que defendia aumentar os gastos públicos durante as crises para gerar demanda e os países voltarem a crescer.

Após a crise dos anos 1970, a validação das políticas econômicas que garantissem a retomada do processo de acumulação de capital no bloco de países capitalistas exigiu uma concepção de desenvolvimento que disputasse a hegemonia com o keynesianismo – que havia prevalecido nos anos anteriores, chamados de “anos gloriosos” ou “era de ouro” do capitalismo (CARCANHOLO; BARUCO, 2011, p. 10).

Assim, surgiu uma nova concepção de desenvolvimento, que segundo Carcanholo e Baruco (2011), tinha como guia as teses liberais, dando surgimento para a concepção de “novo liberalismo”, que passou a se denominar de neoliberalismo, sendo uma forma de resposta do capitalismo à sua própria crise dos anos 1960/70.

No Brasil, o cenário neoliberal esteve presente em boa parte do processo de ditadura que acontecia no país, essa que se estendia a todo o continente da América Latina. Com esse cenário instalado no país, houve um avanço que acabou por gerar um crescimento e desenvolvimento que influenciou no cenário econômico, quadro esse que foi sendo construído com o avanço do capital, que visa à produtividade em grande escala. Bravo (2011) coloca que

¹ “O desenvolvimento das políticas sociais esteve imbuído historicamente de um forte espírito reformista, sob pressão do movimento dos trabalhadores” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 148).

a ditadura proporcionou um quadro de desenvolvimento e modernização do Estado, assim, garantindo uma estabilidade social e política favorável ao capital financeiro nacional e estrangeiro. A economia internacional impulsionou a queda da ditadura, pois restringia não só o fluxo do capital, mas também a outros fatores externos, como o aumento do preço do petróleo, que impactaram na economia brasileira, além dos limites internos. Quando se iniciou o processo de transição da ditadura para a abertura do processo democrático, o Brasil passou a intensificar as orientações conservadoras neoliberais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

A contrarreforma neoliberal atingiu o Estado brasileiro possibilitando a intensificação das suas características, sendo esse historicamente ausente e mínimo em relação à proteção social dos trabalhadores, além de ser profundamente autoritário. Porém, por conta do contexto em que o cenário internacional se encontrava, necessitava minimizar as suas ações de acordo com os preceitos produzidos e reproduzidos pelos aparelhos privados de hegemonia nacional e internacional.

Com efeito, o avanço do cenário neoliberal provocou mudanças realizadas no Estado e intensificou o processo de financeirização da economia, e um enxugamento dos gastos governamentais em um contexto de recessão, e como consequência, reforçando o mercado, focalizando, descentralizando e privatizando as políticas sociais, reprodutoras da exclusão social. O que, concretamente, resultou num cenário de desemprego massivo, retrocesso das proteções trabalhistas, assunção de uma postura antissindical e contra movimentos populares em geral, além do amplo programa de privatização de instituições públicas (IAMAMOTO, 2003).

Em jogo, estava para o grande capital o interesse de tentar minimizar o Estado, fazendo dos serviços públicos espaços mercantilizados e lucrativos, assim, possibilitando a lógica privada para esses espaços. A gestão social no contexto da reforma do Estado, sob a perspectiva de favorecimento do mercado, foi marcada pelas medidas de privatização, de redução da intervenção estatal ou de implantação de formas híbridas de gestão social pela combinação da ação estatal com a de organismos privados, sob a diretriz da municipalização. A tendência a complementar e a misturar as ações do Estado, da sociedade civil e do mercado, estimulou as ações privadas na área da seguridade social.

Segundo Silva (2004), a seguridade social constitui-se em um lócus privilegiado de processamento e mediação das contradições relacionadas às formas de geração, apropriação e divisão de riquezas. O fundo público representa a parcela do excedente econômico apropriado pelo Estado na forma de contribuições, taxas e impostos, e que retorna para a sociedade na forma de obras, de pagamento de juros da dívida e programas e serviços sociais. O seguro

social é uma alternativa para regular conflitos distributivos, mediatizados pela gestão estatal do sistema previdenciário.

No Brasil, Silva (2004) sinaliza que a reforma do Estado significou a busca intensificada da eficiência, da produtividade e da qualidade na ação estatal, sendo esse um discurso falso, pois o objetivo das privatizações nunca foi aumentar a eficiência, mas sim, transferir a produção estatal de determinados bens e serviços para agentes do setor privado, inclusive na área das políticas sociais. Foram criadas leis voltadas para três modalidades de organizações, são elas: Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), o chamado terceiro setor e organizações filantrópicas.

Nas OS, há um hibridismo entre o estatal e o privado de interesse público, e o instrumento firmado é o contrato de gestão, isto é, quando o poder público repassa para a iniciativa privada determinados recursos. As organizações sociais constituem estratégia de privatização, pelo repasse de recursos públicos a instituições privadas, pela possibilidade de contratação de trabalhadores sem concurso público e pela desobrigação de cumprimento da Lei de Licitação, aplicável aos órgãos públicos. As instituições públicas podem se converter em organizações sociais, passando a atuar como organizações privadas, sem fins lucrativos (SILVA, 2004).

No terceiro setor, ou OSCIP, o instrumento é o termo de parceria, que corresponde, com as mudanças tratadas, aos convênios há muito tempo firmados entre órgãos do poder público e organizações privadas. As organizações filantrópicas vão responder, em grande parte, pela assistência social e beneficente gratuita, sem fins lucrativos. Como coloca Silva (2004), elas recebem um certificado de entidade filantrópica, emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social, possibilitando, assim, o trabalho das instituições para dar conta de serviços que deveriam ser realizados pelo Estado.

O avanço e o fortalecimento do neoliberalismo junto ao novo modo de gerenciamento do país acabaram interferindo diretamente nas políticas públicas e na garantia de direitos por parte do Estado. Esse acabou passando, em muitas situações, a responsabilidade para o terceiro setor e organizações sociais, permanecendo na lógica da privatização, contrariando o que se definiu com a Constituição Federal de 1988.

[...] a constituinte foi um processo duro de mobilizações e contra mobilizações de projetos e interesses mais específicos, configurando campos definidos de forças. O texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, com destaque para a seguridade social, os direitos humanos e políticos, pelo que mereceu a caracterização de “Constituição Cidadã” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 141).

Os movimentos que ocorreram em torno da Constituição Federal de 1988 foram conduzidos por diversos atores e interesses políticos que estavam em cena, e por serem movimentos tão amplos, resultaram na elaboração de um documento com a influência de todos os movimentos envolvidos. Assim, de certa forma, acabou ocorrendo o que parte do movimento que estava em luta pelos direitos sociais não queria, que era o fato de a CF manter a linha neoliberal instaurada no país.

Nas políticas sociais, haverá um cenário em que, como coloca Silva (2004), a saúde acaba por se destacar, sendo a área da política social em que acabou por se pensar, com maior clareza e evidência, na tendência à privatização na prática, mais do que no próprio discurso. O que se passa na área da saúde é emblemático das elites dominantes e dirigentes, e acaba por demonstrar a forma que se vem concebendo a política social. A saúde, por ser a política que acabou tendo maior influência desse contexto, foi a que teve um forte investimento do mercado privado com a modernização e investimento tecnológico dos instrumentos de trabalho, nos seguros de saúde, planos de saúde, entre outros (SOARES, 2010).

Se, por um lado, comparada aos demais países, foi tardia a inserção do Brasil na era neoliberal, fator esse que causou um grande impacto no sistema econômico do país, fazendo com que a década de 1980 fosse conhecida como a década perdida, por outro, os movimentos sociais tiveram grande destaque, mobilizando a sociedade para as lutas sociais que, por longos anos, o Estado acabou por silenciar. De fato, é nesse cenário que se encontraram os diversos movimentos sociais existentes da história do Brasil, que se organizaram na luta pela garantia dos direitos sociais, tendo um avanço e crescimento no cenário político mais recente das décadas de 1980 e 1990, momento em que o país estava vivenciando um acirrado processo de luta pela democracia. Esse período:

[...] testemunhou o desenvolvimento de experiências alternativas e inovadoras de atendimento a todas as crianças/adolescentes, sob a responsabilidade de determinadas expressões organizativas do movimento social, cumulado com o desenvolvimento também de um efetivo processo de mobilização social, contra hegemônico. Foi um rico e frutífero processo de mobilização social desenvolvido pela sociedade civil organizada, através de seus movimentos sociais de cunho emancipatório (NOGUEIRA NETO, 2009, p.1 e 2).

A reforma sanitária tinha como uma das suas principais pautas um sistema que proporcionasse uma política de saúde pública de qualidade e com o protagonismo dos usuários. Sendo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituindo-se num viés político emancipatório, que tinha como reivindicação pautas dos movimentos que não estavam estritamente ligados apenas à saúde, mas que também lutavam pela democratização do Estado

brasileiro, pensando na construção de um projeto societário alternativo ao que estava posto do capital.

Como coloca Soares (2010), estavam se propondo ações de assistência à saúde centradas em realizar ações de prevenção e promoção de saúde, que viessem proporcionar a participação social via o controle social e com ações de educação em saúde, possibilitando aos usuários um espaço fundamental para efetivação do protagonismo no novo processo. Diferenciando-se, assim, do cenário anterior.

A saúde antes da reforma sanitária vinha em uma lógica de forte medicalização da saúde, com ênfase no atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, em estreita relação com o incentivo a indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade (BRAVO, 1996, 2000 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 137).

A luta do movimento da reforma sanitária veio em um viés de mudar o cenário anterior instaurado no Brasil, que era centrado no saber biomédico e tecnicista, assim, possibilitando a ampliação do conceito de saúde, passando a ser um direito social. “A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o sistema único, mas a reforma sanitária” (RAICHELIS, 2009, p. 96).

O reordenamento da saúde tomou corpo na construção e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986 em Brasília, que teve como pautas as discussões da saúde como direito, em uma perspectiva de acesso universal e não mais seletivo, a reformulação do sistema nacional de atendimento aos usuários e os financiamentos setoriais. Como coloca Dias (2007), a conferência ficou marcada como um dos acontecimentos mais significativos de sedimentação das propostas que estavam sendo construídas, possibilitando os encaminhamentos para uma legitimidade social e política na área da saúde no país, sendo a primeira Conferência Nacional a se realizar após a restauração da democracia no país.

Da conferência saiu uma nova concepção do conceito de saúde para o cenário brasileiro, baseada agora nos princípios de universalização, descentralização, participação, sendo a saúde um direito de todos, tendo o Estado o dever de provê-la, sendo definido como um dos eixos principais para as mudanças que ocorreriam no sistema de saúde. Essa nova concepção gerou “uma grande mobilização para que fosse assumida pela Assembleia Constituinte. Esta concepção foi legitimada na Constituição Federal de 1988, que foi a base para a Lei Orgânica da Saúde - Sistema Único de Saúde - SUS, na forma das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90” (DIAS, 2007, p. 54).

Acompanhando o movimento de reordenamento da saúde, estabelecia-se o movimento da luta antimanicomial que visava a uma política de saúde mental dissociada da lógica hospitalocêntrica e manicomial que estava colocada na sociedade, lutando por direitos sociais, a integralidade no cuidado, possibilitando a inserção social e a cidadania das pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico e transtorno mental. Destarte, possibilitando a proteção integral das pessoas com sofrimento mental e psíquico, permitindo novas linhas de cuidados no campo da saúde, promovendo o trabalho e a garantia dos direitos humanos, denunciando qualquer forma de tratamento desumano no tratamento das pessoas com transtorno mental e psíquico.

O Movimento da Luta Antimanicomial passou a denunciar as condições de segregação social dos portadores de transtorno mental. Propôs mudanças de concepção sobre a doença mental, o direito destes passarem a ser considerados cidadãos e alteração no modelo de atenção terapêutico hegemônico, o hospitalocêntrico. O horizonte deste Movimento revela a busca da ampliação ou criação de espaços participativos e democráticos (DIAS, 2007, p. 57).

É nesse cenário, repleto de lutas e conquistas da sociedade civil, que então se torna hegemônica a luta por garantia de direitos sociais e o reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos.

É mister, portanto, compreender a situação da infância e adolescência como uma expressão da questão social, logo em conexão com os demais desafios sociais do país, e o papel do conjunto de atores sociais vinculados à luta pela garantia dos seus direitos, assegurando-lhe a centralidade e visibilidade devidas. Pois como diria Mendes, “o que está em jogo, em última instância, é o tema da democracia e da cidadania [...]. Ninguém que fale da infância, do ponto de vista do paradigma da proteção integral, deixa de falar em democracia. Mas são poucos aqueles que, falando de democracia, falam de infância” (SALES 2006 apud FUZIWARA, p. 536, 2013).

O debate sobre a proteção integral da criança e adolescente é proposto e conduzido pela sociedade civil organizada, que se fez extremamente forte e persistente nesse processo, assim, conseguindo se manter como a protagonista deste processo. Como coloca Nogueira Neto (2009), esse foi um processo de mobilização social muito rico e frutífero, com diversos movimentos sociais de cunho emancipatório.

Na década de 1980, no Brasil e no exterior, vivenciávamos momentos de luta contra ditadura militar e conquistas de regras, acordos e diretrizes, respectivamente. Esse contexto que envolvia a década de 80 estimulou militantes que defendiam os direitos das crianças e adolescentes a se manifestarem junto com outros movimentos sociais que lutavam pela mudança de atendimento em diversos campos da sociedade (SOUZA, 2013, p. 2).

Outrossim, vários foram os movimentos que ocorreram na luta pelos direitos sociais da criança e do adolescente no cenário brasileiro, porém, de todos eles, o que gerou um impacto social muito grande foi o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), oriundo da década de 1980, um dos protagonistas nesse processo pela luta no Brasil. O mesmo surgiu no momento em que a questão das crianças de rua no Brasil tornou-se visível internacionalmente e estava gerando uma preocupação nacional, pois crescia gradativamente o número de crianças nesta situação, além de um crescimento nos casos de violências contra esses meninos e meninas de rua, (SOUZA, 2013) a ponto de se configurarem como casos de extermínio.

O Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua foi construído de uma forma a visibilizar suas potencialidades, propiciando-lhes o protagonismo no movimento, visando propiciar um espaço de promoção da sua autonomia para que assim houvesse a compreensão de que eles estavam inseridos naquela realidade por todo um contexto social de sistema de Estado.

A criança e o adolescente eram vistos como sujeitos da situação que possuíam autonomia e capacidade de refletir acerca de suas condições de vida. Partindo desse pressuposto, os educadores iam ao encontro desses jovens no local em que eles se encontravam, sujeitos às más condições de vida, ausência dos pais, abandono, o que fazia o governo, e alguma parte da sociedade, tratá-los como “trombadinhas” (SOUZA, 2013, p. 2).

Para Rizzini (1995), o I Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua, realizado em 1986, foi a mobilização popular mais marcante no âmbito da infância e juventude brasileira, pois, a partir dele, o movimento teve uma maior visibilidade, podendo, pela primeira vez na história do país, os meninos e meninas se dirigirem às autoridades brasileiras e à imprensa dizendo que eram violentados e era necessário serem ouvidos.

O Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua trabalhava com a proposta de uma educação popular, no intuito de possibilitar informar e organizá-los para que soubessem debater sobre as suas condições sociais, propiciando o conhecimento e conscientizando-os dos seus direitos, para quando ocorressem situações que viessem a violar os seus direitos, eles soubessem como agir e argumentar a respeito.

As discussões sobre a violação dos direitos da criança muitas vezes deixam de articular as determinações macro societárias. Se a literatura científica vem avançando nessa crítica, a mídia mantém a postura de focar os “pobres abandonados” e os “infratores”, colocando-os na mesma perspectiva justificadora das violações e mantendo a lógica menorista do Código de Menores (FUZIWARA, 2013, p.533).

Sobremaneira, é necessária a realização de uma reflexão da sociedade, pois, ainda hoje, encontra-se um cenário que culpabiliza as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, visto que se encontra um discurso por parte da sociedade enraizado na lógica de penalização e não de compreensão das situações que necessitam de uma intervenção da área da saúde, assistência social, educação e judiciária, colocando os sujeitos responsáveis pelas situações em que se encontram. Deste modo, é preciso lutar diariamente pela mudança desse paradigma, pois as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos que requisitam todo um olhar e cuidado diferenciado, preconizando a atenção integral do cuidado.

É inegável que, diante da barbárie que afeta segmentos como a população infantojuvenil, há uma tendência de a luta se expressar mais em buscar “conservar” os direitos minimamente consensuais (à vida, à sobrevivência, à alimentação). Tão grave é a realidade de crianças diante dos conflitos gerados pelo capitalismo vigente, que se apresentam os recuos com uma aparente agenda limitada de reivindicações. É esse contexto de barbárie que deve nos alarmar, sendo crucial a adoção de estratégias que se dirijam a outro projeto de sociedade (FUZIWARA, 2013, p. 534).

Como o Estado acaba por deixar a criança e adolescente fora da sua agenda de debate, é fundamental a sociedade civil repensar a forma que está conduzindo e gerenciando as políticas para esse público. Pois, historicamente, as crianças e adolescentes ficam ausentes das agendas de debate dos governos no Brasil. Para se inserir uma discussão mais profunda a respeito do caminho a conduzir para o debate sobre a temática, teve-se que lutar muito nas décadas de 1980 e 1990, para hoje se conquistar um conjunto de leis específicas para essa parte da população.

2.2 O MARCO LEGAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE A PARTIR DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

Os movimentos de luta possuíam como objetivo a garantia de direitos das crianças e adolescentes sendo realizados no Brasil há muitos anos, fruto de grandes mobilizações sociais que conquistaram um conjunto de legislações específicas que reconheceram a criança e o adolescente como sujeitos de direito.

Os direitos das crianças e adolescentes foram se constituindo no Brasil por meio da luta dos movimentos sociais em ascensão no país e pela redemocratização e reconhecimento de direitos, além da influência dos acordos internacionais realizados em âmbito mundial, entre esses, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, realizada no ano de 1948 pela Organização das Nações Unidas, que dispõe de um conjunto de direitos humanos básicos que

até então não se tinha. Bem como a Declaração Universal dos Direitos das Crianças (ANDRADE, 2010), que pela primeira vez reconhece a criança enquanto pessoa de direitos, tendo como algum dos seus princípios: direito à igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade; direito à especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social; direito a um nome e a uma nacionalidade; direito à alimentação, moradia e assistência médica adequadas para a criança e a mãe, entre outros.

Impulsionada pelos movimentos que já lutavam por direitos mais justos e igualitários, fruto dos grandes movimentos no cenário brasileiro, é aprovada e sancionada, em 1988, a Carta Magna, mais conhecida como Constituição Federal. Segundo Faleiros (1995, p. 51):

A cidadania da criança e adolescente foi incorporada na agenda dos atores políticos e nos discursos oficiais muito recentemente, em função da luta dos movimentos sociais no bojo da elaboração da constituição de 1988. Na cultura e estratégias de poder predominantes, a questão da infância não se tem colocado na perspectiva de uma sociedade e de um estado de direitos, mas na perspectiva do autoritarismo/clientelismo, combinando benefícios com repressão, concessões limitadas, pessoais e arbitrárias, com disciplinamento, manutenção de ordem ao sabor das correlações de forças sociais ao nível da sociedade do governo.

Com a Constituição Federal, é declarada pela primeira vez no Brasil uma legislação própria que especifica o direito da criança e adolescente na condição de cidadãos, como sujeitos de direitos, superando o assistencialismo, e destacando a proteção integral como direito. Assim, as crianças e adolescentes passaram a ter direito a proteção integral, cabendo à família, à sociedade e ao Estado o dever de garantir-lhes esse direito, pelo fato de a Constituição Federal de 1988 determinar fundamentos da democracia e do exercício da cidadania.

Dos movimentos realizados por diversos setores governamentais, movimentos sociais, sociedade civil e profissionais de diversos setores, cria-se, no ano de 1990, a Lei Federal 6.089, de 13 de julho de 1990, que legaliza o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) fundamentado no marco que foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Declaração dos Direitos da Criança. Assim, fica assegurado no ECA, pela primeira vez em uma legislação específica para o segmento de crianças e adolescentes, que estes são considerados sujeitos de direitos e não mais meros objetos de medidas judiciais, quando vistos apenas como em situação irregular, fundamentada no revogado Código de Menores².

² Primeiro Código de Menores em 1927, posteriormente revisado em 1979, já contendo a doutrina da proteção integral, mas baseada no mesmo paradigma do menor em situação irregular da legislação anterior (PAES, 2013).

Como coloca Lavoratti e Bega (2010), o ECA concebeu um Sistema de Garantia de Direitos (SGD), sendo um modelo que estabelece uma parceria entre o poder público e a sociedade civil para elaborar e monitorar a execução de todas as políticas públicas voltadas para o universo infantojuvenil. Para realizar-se essas ações, cria-se o Conselho Nacional dos Direitos de Crianças e Adolescentes (CONANDA), sendo o órgão responsável pelas políticas públicas na área da infância e da juventude. Por meio da

[...] 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. (Art. 1º da Resolução 113 de 2006) (BRASIL, 2006).

Lavoratti e Bega (2010) apontam que, no Brasil, o que regulamenta a proteção da criança e do adolescente é o ECA, que vai fiscalizar e especificar o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, o qual define que a Política de Atendimento às crianças e adolescentes no Brasil a ser operacionalizada mediante um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados e dos Municípios que tenha por objetivo a Proteção integral deste segmento. Dessa forma, o princípio que preside o conceito de Política de Atendimento, no artigo 88 do ECA, é o princípio da rede. “Além do ECA, outras legislações vêm reforçar que a Política Pública deve ser intersetorial e ocorrer através de um conjunto integrado de ações governamentais e da sociedade civil, como a Lei Orgânica da Assistência Social aprovada em 1993” (LAVORATTI; BEGA, 2010, p. 1).

O ECA define como diretrizes da política de atendimento:

- Municipalização do atendimento;
- Criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federais, estaduais e municipais;
- Criação e manutenção de programas específicos, observada a descentralização político-administrativa;
- Manutenção de fundos nacionais, estaduais e municipais vinculados aos respectivos conselhos dos direitos da criança e do adolescente;
- Integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial a adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional;
- Mobilização da opinião pública no sentido da indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade (BRASIL, 1990, art. 88).

Todas as legislações existentes no Brasil foram fruto de mobilizações sociais, tendo como principal característica o protagonismo da sociedade civil. Outra conquista dessa luta é a criação do Estatuto da Juventude, oriundo da luta pelos direitos da juventude, pois esse público, ao longo dos anos, nunca fora mencionado em numa legislação no Brasil. Segundo o Estatuto da Juventude, é concebido como jovem a população com faixa etária de 15 a 29 anos e sua ampla diversidade (BRASIL, 2013).

A juventude no Brasil foi considerada enquanto beneficiária da proteção do Estado, em longos anos após a instauração da Constituição Federal, sendo incluída como Emenda Constitucional só em 2010, conforme o Art. 227 que entra em vigor agora como:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela emenda Constitucional no 65, de 2010) (BRASIL, 2010).

Anterior a essa emenda, a juventude, enquanto segmento populacional, não possuía nenhuma legislação específica, sendo que, até mesmo a Constituição Federal, (Brasil, 1988), apenas conferia direitos à “Família, criança, adolescente e idoso” no Capítulo VIII.

É importante ressaltar que a construção do Estatuto e das Políticas Públicas de Juventude foram estabelecidos posteriormente à criação do Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE) e da Secretaria Nacional de Juventude (SNJ) em 2005. Sendo esses espaços estabelecidos a partir da forte mobilização da juventude brasileira na luta por reconhecimento de direitos.

O Estatuto da Juventude é fruto de um processo de grande mobilização, luta e resistência dos jovens no Brasil, podendo-se destacar a ampla participação popular, de ações realizadas coletivamente pelos jovens. Correa Junior (2013, p. 28) coloca que “enquanto o ECA defende a doutrina da Proteção Integral de crianças e adolescentes, o Estatuto da Juventude aporta da doutrina de emancipação do jovem”, ou seja, o Estatuto é um grande marco na luta pelos Direitos dos Jovens.

É nesse conjunto de legislações, ações e luta que se encontra inserida a política de saúde mental infantojuvenil, fruto da luta dos movimentos sociais, que compreendem que o Estado deve ser o provedor das políticas públicas, e assim, possibilitar que todas as pessoas possam vir a acessar as políticas e serviços ofertados pelo mesmo.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

3.1 A CONSTITUIÇÃO E INSTAURAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO BRASIL

Ao longo dos anos, ocorreu uma lacuna histórica nas políticas voltadas para crianças e adolescentes, gerando uma ausência de políticas de saúde específicas para esse público, que acabou tendo como consequência a ausência de tratamento ou inadequação deste atendimento. Porém, é importante ressaltar que as políticas públicas no Brasil, nos últimos vinte anos, vêm conquistando grandes avanços, sendo fruto do amplo reordenamento das funções do Estado e de seu compromisso com a equidade e o bem-estar social, construídos no período da redemocratização do país e expressos na Constituição Federal de 1988 (COUTO; DELGADO, 2015).

Neste sentido, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) - Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi possível após o marco constitucional, que garante nos seus princípios um sistema público de saúde gratuito, preconizando a universalidade, equidade, integralidade, controle social e descentralização. O novo sistema de saúde instaurado no país possibilitou um olhar diferenciado para os seus usuários, o trabalho articulado com o ECA viabilizou o avanço no que diz respeito às conquistas de direitos, contribuindo, de uma forma muito importante, para a construção de um campo assistencial de saúde.

Esse movimento, assim como os demais, foi construído por diversos atores, entre eles: movimentos sociais de usuários, movimentos sociais dos trabalhadores da saúde mental, Ministério da Saúde, Conselho Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e fóruns de saúde.

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira conduziu o processo de discussão da redefinição do conceito de saúde mental, redefinindo o modelo de atendimento, as suas diretrizes, o modo de assistência e as novas formas de intervenção. “Foi sob a égide desse novo ideário que se constituiu, no Brasil, a gestão da saúde mental no SUS, cuja responsabilidade principal é promover a efetiva substituição do antigo modelo asilar por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária” (BRASIL, 2005, p. 9).

O Estado do Rio Grande do Sul teve um importante papel no cenário da conquista da reforma psiquiátrica, pois foi um dos precursores neste processo no país, ao mobilizar-se a respeito da forma como eram tratados os pacientes da saúde mental. A partir desse movimento, conquistou-se a Lei N° 9.716, de 07 de agosto de 1992, que legaliza uma nova forma de intervenção com os usuários, fugindo da lógica segregadora e manicomial. Apenas

no ano 2001 é que se conquista a lei oriunda da luta da reforma psiquiátrica para todo o Brasil, sendo a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que visa superar o modelo asilar e atuar na garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais.

Entretanto, anterior a esse advento, vinham-se pautando e realizando discussões sobre a necessidade de se construir um conjunto de ações para o cuidado de crianças e adolescentes com transtornos mentais e psíquicos.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1992, apontou os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) foi contundente com o tem, determinando que não fosse postergada as ações político-assistenciais necessárias para que um novo tempo se instaurasse no que diz respeito ao cuidado e tratamento da população infantojuvenil (BRASIL, 2005).

Ressalte-se que as dificuldades no campo da atenção à saúde mental infantojuvenil fizeram com que os movimentos, ao longo dos anos, acabassem sendo distintos da história da saúde mental do adulto, enfrentando diversos movimentos diferenciados nos projetos políticos e também no cenário de interesses e premissas colocados para sua consolidação.

As questões colocadas ao movimento da reforma pelas crianças e adolescentes constituem-se, nesta virada de século, como um dos mais importantes desafios a enfrentar. Ausentes da agenda de debates, excluídas das proposições de políticas públicas de saúde mental, silenciadas nos documentos oficiais, as crianças vêm sorrateiramente evidenciar que restam intactas certas produções asilares, em sua maioria sedimentadas fora dos hospícios, mas capazes de ser tão nefastas como se tivessem sido produzidas intramuros (COUTO, 2001, p. 133).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes no Brasil sofram de transtornos mentais, sendo que de 3% a 4% precisam de tratamento intensivo. Assim, esse quadro requisita atenção especial do setor público.

A partir das dificuldades encontradas ao longo dos anos e da importância de se instaurar um espaço de discussão e articulação intersetorial a respeito da saúde mental infantojuvenil, cria-se, no ano de 2004, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, oficializado pela Portaria MS/GM nº 1.608, de 3 de agosto de 2004, “que objetiva debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população” (BRASIL, 2014, p. 5). Assim, o Fórum tornou-se uma importante ferramenta para a articulação intersetorial,

possibilitando discussões por todo o Brasil a respeito da política de saúde mental infantojuvenil.

A política de saúde mental infantojuvenil é fruto da construção de uma rede de cuidados com um novo modelo de assistência de base comunitária e não institucionalizada que procurará responder com eficiência às necessidades das crianças e adolescentes. Para a efetivação dessa política, foram estabelecidos três eixos de ações que são essenciais para atender às demandas que surgem desses usuários, sendo elas: 1) os Centros de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (Capsi) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAD); 2) a articulação em rede dos serviços e dispositivos da rede de saúde, tendo como principal apoiador a Atenção Básica; e 3) a construção de estratégias para articulação intersetorial da Saúde Mental com outros setores envolvidos, tais como a Educação, a Justiça, a Assistência Social (BRASIL, 2004).

Os CAPS têm como premissa acolher os usuários que apresentam intenso sofrimento psíquico, que acabam impossibilitados de viver e de realizar os seus projetos de vida, possuindo como critérios de prioridades aqueles com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo as pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), incluindo as crianças e adolescentes, tendo como função estimular a integração social e familiar dos usuários, apoiando as iniciativas que visem à busca da autonomia. Os serviços são ofertados por uma equipe multidisciplinar que atua na busca de integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, ou seja, ao seu território (BRASIL, 2004).

Segundo preconizado pela política de saúde mental, os CAPS possuem um conjunto de ações que possibilita aos usuários o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, tendo como alguns dos objetivos: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários por meio de ações interssetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004). Essas são algumas das ações que possibilitam aos usuários ter um acompanhamento que vai ser traçado conforme a necessidade e demanda dos usuários, tendo em vista que cada um deles possui as suas particularidades.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi estabelecida pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, direcionada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e determina os principais pontos de atenção para a realização do atendimento a esses usuários. A RAPS visa possibilitar um trabalho em rede integrada, articulada e efetiva em todos os pontos de atenção, tendo sempre o cuidado de se considerarem as especificidades de cada loco regional, assim, cada ação é realizada segundo a perspectiva territorial requisitada, com ênfase nos serviços de base comunitária, definidos pela flexibilidade de se adequar às necessidades dos usuários e seus familiares e não esses se adequarem aos serviços.

A rede de saúde hoje busca investir na construção de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantojuvenil, tendo como preceito a territorialidade de base comunitária, em que os serviços de diferentes setores atuam articulados, cada um atuando com diversos graus de complexidades e grau de intervenção. Ademais, tem-se como preceito o princípio da proteção integral e a necessidade de que todos os serviços e pontos de atenção disponíveis na rede façam o acolhimento das necessidades e as devidas intervenções para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos usuários.

A rede de saúde hoje atua na perspectiva de saúde integral, segundo o Ministério da Saúde:

Nessa concepção ampliada de saúde entende-se que a saúde integral é composta e promovida por inúmeros elementos, destacando-se o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura etc. Esses fatores são estruturantes e condicionantes para a abordagem de novos projetos de vida das pessoas, inclusive daquelas que demandam cuidados específicos em saúde. Os conceitos de autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio às crianças, aos adolescentes e às suas famílias tornam-se fundamentais para a produção de saúde dessa população (BRASIL, 2014, p. 21).

Assim, propõe um novo olhar e forma de intervenção aos seus usuários, estabelecendo uma rede efetiva de promoção, prevenção e cuidado com a saúde mental. Essa que, por longos anos, ficou fora da agenda das políticas de saúde mental, fato esse atribuído a diversos fatores.

Delgado et al. (2008) coloca que existem diversos fatores relacionados, como o elevado número de problemas relacionados à saúde mental da infância e adolescência, que vão desde transtornos globais do desenvolvimento (como autismo) até transtornos ligados a fenômenos de externalização (como hiperatividade e transtornos de conduta), internalização

(depressão, transtornos de ansiedade) e uso excessivo de substâncias psicoativas. Para além, há uma alta variação no período de incidência, visto que alguns transtornos surgem na infância e outros apenas na adolescência, assim, os prejuízos relacionados à complexidade da avaliação diagnóstica e situacional variam de caso a caso e, para ser feito um diagnóstico com essa população, exige-se um cuidado redobrado e de qualidade.

Atualmente, segundo preconiza a Política de Saúde Mental Infantojuvenil, no seu sistema de cuidados, está estabelecida a centralidade e articulação entre os serviços de diferentes setores. Assim, requisita a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, sendo eles: saúde, educação, assistência social, justiça e direitos, visando à construção de uma rede que ofereça um cuidado integral.

Os setores da educação e da atenção básica - como integrantes de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil - podem ter função de destaque no desenvolvimento de ações preventivas, de promoção de saúde, e na identificação de casos para os quais intervenções precoces podem reverter ou evitar o agravamento de problemas mentais (DELGADO et al., 2008, p. 394).

Por conseguinte, os municípios possuem o desafio de ofertar serviços que atuem em uma perspectiva de trabalho em rede, assim, potencializando os atendimentos aos usuários da saúde mental, tendo isso como parâmetro para uma atuação, sendo um importante potencializador para atendimento integral aos seus usuários.

3.2 A HISTÓRIA CONTADA A PARTIR DO OLHAR DO TRABALHADOR E DO CONTROLE SOCIAL DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Este subcapítulo foi elaborado a partir da análise dos dados das entrevistas realizadas com participantes das três instituições, EESCA NHNI, PESM Cruzeiro do Sul e CMDCA, e construído a partir dos relatos dos participantes, conjuntamente com a experiência de estágio, essa que originou este trabalho. Apesar da realização da pesquisa com trabalhadores dessas instituições, não serão, em nenhum momento, expostas suas identificações, mantendo o anonimato dos entrevistados³.

Porto Alegre iniciou a discussão a respeito dos direitos das crianças e adolescentes no final da década de 1980 e início de 1990, tendo como base o ECA que vinha sendo

³ Os participantes (P) serão identificados através das siglas: P1, P2 e P3.

discutido e elaborado em âmbito nacional. Essa discussão estava sendo realizada por diversos movimentos sociais que vinham construindo esse novo olhar e cuidado com as crianças e adolescentes, para que houvesse o reconhecimento desses como sujeitos de direitos do Estado e das famílias provedoras do seu cuidado.

A cidade de Porto Alegre foi vanguarda na trajetória da construção dos direitos das crianças e adolescentes, sendo a primeira a constituir em lei o Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CMDCA) no Brasil, esse que “desde o seu início, vem em uma caminhada de controle social, para a efetivação das políticas públicas” (P3). Além disso, foi um dos primeiros a realizar uma conferência para discutir sobre os direitos das crianças e adolescentes no Brasil, e o primeiro do Estado, sendo que esse “não realizou nenhuma mobilização para ir para a primeira conferência nacional que estava debatendo a respeito da construção do ECA” (P3).

Ainda dentro desse contexto de mobilizações, foi criado, na década de 1960, o Movimento Assistencial de Porto Alegre (MAPA) para ofertar atendimento aos meninos e meninas de rua de Porto Alegre. Com o reordenamento das políticas e a criação da Fundação de Educação Social e Comunitária (FESC) na década de 1990, que posteriormente passou a ser a atual Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), o MAPA, enquanto fundação prestadora da Política de Assistência Social no município, iniciou uma discussão a respeito de quem deveria continuar a atender os meninos e meninas de rua em Porto Alegre, compreendendo que, a partir daquele momento, a criança e o adolescente passaram a ser sujeitos de direitos.

É nesse contexto que a FESC assume a política infantojuvenil em Porto Alegre, apresentando novos programas sociais para atendimento à criança e ao adolescente dentro da Política de Assistência Social, sendo muitos desses programas embriões para outros que existem hoje. Quando acontece a reestruturação da política de assistência social, e a FESC passa a ser FASC, essa continua como responsável pelas políticas sociais da área infantojuvenil, o que gerou concursos públicos para a contratação de trabalhadores, especialmente para atuar nos programas sociais da área infantojuvenil.

Assim, iniciou-se o trabalho de colocar em prática todas as discussões que vinham sendo realizadas a respeito da proteção da infância e adolescência e o atendimento com as famílias, realizando um trabalho de possibilitar a proteção e o cuidado com os usuários. Pensando o trabalho voltado para a integralidade no acompanhamento, fazia-se, além dos atendimentos, visitas domiciliares por psicólogas e assistentes sociais, além da boa relação

que se construiu com os conselhos tutelares para a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes (P2).

Com o ECA, é instituída em lei a criação dos conselhos tutelares, como sendo órgãos municipais responsáveis por garantir e atuar no cuidado dos direitos das crianças e adolescentes, conforme estabelecido em lei. Essa construção por efetivação dos direitos das crianças e adolescentes e políticas que os garantissem proporcionou uma atuação de uma rede composta por atores de diversas políticas, sendo elas, a saúde, educação, assistência social e o Conselho Tutelar. Ocorreram reuniões de redes mensais para realizar discussões sobre como garantir os direitos das crianças e adolescentes em Porto Alegre, sendo esse um momento rico e fértil, que proporcionou discussões fundamentais para a efetivação dos direitos das crianças e adolescentes.

Neste contexto, a Assistência Social, nos anos de 1993 e 1994, era protagonista na busca dos direitos das crianças e adolescentes, principalmente dos meninos e meninas de rua, realizando um trabalho pedagógico nos espaços da rua, sempre realizando discussões e seminários, a fim de proporcionar uma formação permanente dos seus trabalhadores, ocorrendo estudos que auxiliassem na atuação desses, possibilitando mudanças na forma de abordagem e no perfil de atendimento. Porém, a área da saúde veio aos poucos modificando a sua forma de pensar e de atuar, e aproximou-se da política de assistência social, realizando atendimentos conjuntos aos meninos e meninas de rua (P2).

Com a estruturação do ECA em âmbito nacional, o município se adéqua às diretrizes e orientações desse, desta forma, a assistência social e a saúde reordenam a sua atuação. A partir desse reordenamento, surge o projeto Casa Harmonia na área da Saúde. “Baseado nessas necessidades, escrito pelo Grupo de Trabalho Intersecretarias sobre Drogadição, nasce o projeto Casa Harmonia, inicialmente, concebido para ser implantado junto ao Parque Harmonia” (STELLA et al., 2013, p. 66).

O projeto da Casa Harmonia foi pensado na atuação da rede composta por diversas políticas, principalmente com enfoque na política da educação e saúde. “Havia pactuado pela gestão que o projeto seria implantado pela Secretaria Municipal da Saúde e seria composto também por trabalhadores da Secretaria Municipal de Educação” (STELLA et al., 2013, p. 66).

Na área da saúde, apesar do grande projeto que foi o Casa Harmonia, havia poucas unidades de saúde que realizavam atendimento à criança e ao adolescente, o Santa Marta e a equipe Leste eram um dos poucos que ofertavam atendimento. As demais unidades ofertavam

apenas atendimento à população adulta, havendo uma certa dificuldade de estruturar uma rede de atendimento a crianças e adolescentes.

O hiato na oferta de atendimento na política de saúde, principalmente no âmbito da saúde mental, é um ponto frágil na rede do município. Prova disso foi a inauguração do Plantão de Emergência em Saúde Mental Cruzeiro do Sul (PESM), inaugurado no ano de 2000, voltado para o atendimento da população adulta. E, ao longo dos anos, os trabalhadores puderam observar a demanda da infância chegando aos poucos para atendimento no serviço, logo após, a demanda teve um aumento muito expressivo com a epidemia do crack e a questão da violência urbana, que afeta diariamente a população.

A partir da identificação do aumento da demanda de atendimento às crianças e adolescentes no Plantão, foi feito um trabalho de conclusão de curso de especialização pela psicóloga que trabalha no PESM desde sua inauguração, quando fez um comparativo de 2003 a 2013 e pôde se identificar o aumento da demanda das crianças e adolescentes, principalmente a dos adolescentes (GRASSI, 2015). “Infelizmente, hoje não temos um trabalho voltado para os adolescentes, geralmente eles acabam caindo em um limbo nas políticas, apesar de todo o movimento da política da juventude, ainda encontramos uma certa dificuldade de acesso do adolescente à rede ” (P2).

Foi com o aumento da demanda e o advento da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (2004) que se iniciou um reordenamento em Porto Alegre, possibilitando que a política de saúde mental infantojuvenil acompanhasse o processo da Política Nacional de Saúde Mental, atuando em uma perspectiva de desinstitucionalização, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

Sendo assim, Porto Alegre estabeleceu alguns serviços voltados para o atendimento em saúde mental, sendo eles: a Casa Harmonia para atendimento dos meninos e meninas de rua e o Projovem, atendendo às questões de violência urbana e doméstica, e alguns anos depois, passou a prestar atendimento para as crianças e adolescentes da Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE).

Logo após, foram se estabelecendo outros serviços voltados ao atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes, e se reestruturando outros, como foi o caso da Casa Harmonia, que se tornou Capsi Harmonia e a equipe de saúde mental do Santa Marta. Os outros serviços que ainda havia nesta área eram o Projovem e o Serviço de Proteção à Criança, que atendiam às questões de violência e abuso sexual. Esses serviços eram especializados, com profissionais com formação qualificada e com uma compreensão de que os casos necessitavam de um olhar capacitado para os atendimentos.

Quando ocorreu a troca de governo na década de 2000, a Casa Harmonia tornou-se Capsi, como já mencionado, e passou a atender apenas os meninos e meninas de rua que tivessem algum tipo de transtorno mental. Mas, infelizmente, esse fato não se efetivou, pois “esses tinham uma dificuldade com o novo sistema de atendimento do Capsi, além de impactar em alguns familiares, dessa forma, mais uma vez, essa população teve o direito de acessar à política de saúde mental negado” (P1).

Infelizmente, ao longo dos anos, o Projovem e o SPC foram fechados, “Porto Alegre sentiu muito esse fato, pois não houve reposição desses serviços e nem se criaram novos espaços de atendimento, havendo uma lacuna na história da política de saúde mental infantojuvenil no município de Porto Alegre, não havendo um planejamento e um cuidado com essa população” (P1).

Há alguns anos, Porto Alegre contava com assistentes sociais e psicólogas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim, proporcionando um suporte de profissionais voltados para ações de saúde mental na atenção básica, possibilitando o atendimento e acompanhamento de alguns casos nas próprias UBS, mas infelizmente, houve um entendimento por parte da gestão de que o melhor seria ter equipes centralizadas para atendimento, assim, os psicólogos e assistentes sociais deixaram de realizar acompanhamentos nas UBS para atenderem em equipes centralizadas e em um único posto dos territórios (P1).

No ano de 2011, iniciou-se a discussão sobre a necessidade de haver equipes extras para atendimento em saúde mental, pois as que existiam não estavam dando conta da demanda que estava surgindo. Logo, começou a se montar o projeto EESCA, estabelecendo uma equipe por gerência distrital, porém, até hoje não há uma equipe com o quadro completo, nem todas possuem um ambiente adequado para realização dos atendimentos.

Porto Alegre, com a implementação da Portaria 3.088, que institui a RAPS, começou a construir formas de estabelecê-la, sendo a primeira RAPS e ser iniciada na Gerência Distrital Glória, Cruzeiro e Cristal no ano de 2013, composta por diversos serviços e componentes da rede do território, sendo um espaço potente, de deliberações.

Contudo, apesar de todo o avanço que ocorreu na política de saúde mental, a questão do álcool e outras drogas é um fator que requer um olhar mais atento, pois, encontra-se uma certa dificuldade nesse âmbito, tanto em questão da oferta de serviços, quanto à grande epidemia de uso de álcool e outras drogas que está estabelecida no município. Quase todos os CAPSad que foram criados e estabelecidos em Porto Alegre são conveniados, sendo apenas um de total responsabilidade da Secretária Municipal de Saúde, assim, os serviços acabam

perdendo o sentido da qualidade de um serviço público, pois os serviços conveniados tiram a liberdade de expressão dos trabalhadores, havendo uma instabilidade no trabalho, acabando por silenciar o trabalhador, possibilitando não ter nenhum tipo de questionamento da forma que está sendo gerido o trabalho (P2).

Em termos de saúde mental infantojuvenil, o quadro é ainda pior, visto que existe um déficit, pois a portaria estabelece um CAPS para cada 200 mil habitantes e Porto Alegre possui uma população estimada de 1.600 mil habitantes e existem apenas três para todo o município. Note-se que isso demonstra que existem falhas na gestão da saúde mental no nosso município, pois não há um cuidado, nem um olhar cuidadoso com os usuários, apenas mantendo uma política paliativa. Realmente, não há um olhar para as causas desse quadro, não se está aprofundando o cuidado com as crianças e adolescentes, com as famílias, com os cuidadores, principalmente com os principais usuários da política de saúde mental hoje, que são as crianças e adolescentes que estão na FASE e nos abrigos. Fato constatado por meio do levantamento realizado pelo PESM Cruzeiro do Sul no trimestre de 2014, que levantou os dados de três meses de atendimento da população infantojuvenil e ficou comprovado que mais de 50% da demanda para atendimento era de crianças e adolescentes vindos da FASE e abrigos (GRASSI, 2015). Assim, levanta-se a questão sobre qual tipo de suporte e atendimento se está ofertando para esses usuários.

Dentro do contexto do PESM, está a questão de se realizar discussões a respeito das emergências em saúde mental há muito tempo, pois as crianças e adolescentes são atendidos em um serviço de adulto, passando por diversas situações de violações de direitos, sendo isso tão sério a ponto de o Ministério Público abrir um processo contra a prefeitura por violação de direitos, tencionando o município a adequar e ajustar a forma de atendimento prestada às crianças e adolescentes.

Infelizmente, a rede de atendimento em Porto Alegre encontra diversas falhas, uma delas referente ao atendimento que deveria ser prestado às vítimas de violência e abuso sexual, que antes eram atendidas e acompanhadas pelo SPC e Projovem, mas hoje, não existe nenhum serviço que seja de porta aberta para o atendimento desses casos. Apenas o Centro de Referência no Atendimento Infantojuvenil (CRAI) que realiza avaliação e presta o primeiro atendimento às vítimas, e encontra uma certa dificuldade nos encaminhamentos, tendo casos de abuso chegando nos EESCA's após um ano do primeiro atendimento no CRAI, pois, muitas vezes, elas são encaminhadas para as UBS ou para os Centros de Referências Especializados de Assistência Social (P1).

Constata-se que existe uma dificuldade de atendimento na rede, pois, em muitos casos, as pessoas aguardam anos para serem atendidas, muitos acabam tendo que procurar recursos judiciais para conseguir atendimento. Isso ocorre pela falta de recursos humanos que se encontra em todos os serviços de atendimento em saúde mental de Porto Alegre, apesar de haver profissionais qualificados nos espaços de atendimento, é possível se deparar com esse problema que afeta diretamente o usuário e sobrecarrega os trabalhadores.

De fato, é fundamental o questionamento da atuação nos espaços de trabalho, pois é apenas participando de espaços deliberativos que vai se conseguir avançar novamente nas discussões a respeito dos direitos das crianças e adolescentes, que por vezes, acabam sendo violados por diversas situações, mas muitas delas ocorrendo pela falta de recursos e de investimento por parte do Estado. Cabe, portanto, aos trabalhadores não só participar, mas também estimular os usuários a participarem dos espaços de controle social, pois é por essa via que avançarão na luta por efetivação dos direitos sociais.

No entanto, apesar de toda a discussão realizada entre os anos de 1990 e 2000 a respeito da forma de garantir os direitos das crianças e adolescentes, é possível se deparar com o avanço neoliberal que ocorre no Estado que acaba por ocasionar as diversas parcerias público-privadas do Estado e empresas e ou convênios, principalmente na área da assistência social que tem um elevado número de convênios em relação aos abrigos, que são serviços de alta complexidade que deveriam ter completa gerência por parte da prefeitura.

Mesmo com este panorama, no município, não há um espaço para a realização de discussões qualificado a respeito desses processos com todos os atores envolvidos, quando é fundamental que ocorram essas discussões com toda a rede instersetorial de atendimento infantojuvenil e com as próprias crianças e adolescentes.

Mas, em contrapartida, houve um avanço no sentido de ter uma equipe de saúde mental infantojuvenil em cada gerência distrital, e por mais que elas não estejam completas, absorvem um alto número da demanda que chega, fato que antes não existia. Mas, ao mesmo tempo, encontra-se uma necessidade haver um serviço que seja a retaguarda no atendimento especializado de violências, que por muitos anos houve como suporte o SPC e o Projovem, pois nem todos os serviços são capacitados para realizar o atendimento a esses usuários. Assim, o EESCA, por ter que dar conta de todos os tipos de situações, acaba algumas vezes não conseguindo atender da forma desejada os casos que requisitam uma atenção especial e um maior cuidado. Por essas situações que se compreende que deve haver um serviço especializado para cuidar dos casos mais graves, frutos das violências.

Para a realização de um trabalho potente, é necessária a atuação em rede com um trabalho de qualidade, mas lamentavelmente, hoje, as redes muitas vezes acabam sendo invisíveis e ficam sempre nos mesmos encaminhamentos, não havendo novas articulações e não se fortalecendo e se potencializando enquanto redes. Em verdade, apenas com o trabalho em rede executado de uma forma potente é que se consegue perceber a dinâmica da linha de cuidados do início ao fim, sendo algo de extrema importância para um acompanhamento qualificado dos casos. É necessária a apropriação e atuação nessa direção, visto que a participação enquanto trabalhador da rede possibilita se colocar no lugar do adulto que acolhe, e que olha além do aparente.

Um dos componentes que vem possibilitando um encaminhamento qualificado dentro dos fluxos são os matriciamentos, a maioria realizados pelas equipes de saúde mental infantojuvenil, pois possibilitam um espaço de discussão dos casos envolvendo os diversos serviços da rede que acompanham os usuários, ultrapassando o mero encaminhamento, com construção coletiva das intervenções com os casos. O apoio matricial também possibilita um espaço de formação dos trabalhadores, pela discussão dos casos e criação de possibilidades de intervenções em situações concretas, que muitas vezes podem prescindir de um encaminhamento para um serviço de saúde mental, mas seguir em acompanhamento com as Unidades de Saúde da Atenção Básica, criando uma relação de responsabilidade entre os serviços da rede e qualificando o trabalho de atenção em saúde.

A construção desses espaços de atuação da rede intersetorial é fundamental, pois faz com que as políticas não fiquem apenas nos seus núcleos de atuação, fator que qualifica e potencializa o trabalho, pois é na rede intersetorial que está o diferencial do trabalho.

As reuniões de rede, assim como o matriciamento, são espaços que proporcionam esse olhar qualificado com os usuários, proporcionando a compreensão da atuação dos demais serviços da rede e a forma como esses atuam, além de possibilitar que compartilhem do que estão passando, quais as principais demandas que estão chegando e pensar possibilidades de promoção de trabalhos de prevenção com os usuários. Além do trabalho em rede, é cabível possibilitar o diálogo entre os serviços que acompanham os casos, a fim de conhecer a realidade dos usuários e saber de outras demandas que não se apresentam nos atendimentos, podendo realizar uma intervenção maior com os casos.

A RAPS foi um grande avanço no âmbito da saúde mental, pois os seus Fóruns de discussões, que geralmente ocorrem mensalmente, são espaços potentes de criação e de fortalecimento das políticas públicas e para a execução do trabalho em rede, sendo um espaço fundamental para pensar as formas de atuação dos serviços, apesar de não haver RAPS em

todas as gerências, sendo um fato em que se deve reforçar a luta para implementar em todas as gerências distritais.

Mas o grande nó encontrado na rede é a ausência da oferta de serviços e atendimentos, gerando um tensionamento dentro da rede entre os trabalhadores, além de dificultar uma atuação em rede, pois, muitas vezes, as crianças e adolescentes ficam sem atendimento ou são obrigadas a serem atendidas em espaços inapropriados, como é o caso do PESH Cruzeiro do sul.

Fruto desse quadro de violações, ocorreram na Prefeitura duas vezes Grupos de Trabalhos (GT) para discutir a questão da situação da saúde mental infantojuvenil no município. O primeiro aconteceu em 2008, quando a Secretaria Municipal de Saúde tinha convênio com duas clínicas psiquiátricas e os usuários lá internados tinham alta sem a devida prescrição para seguimento de tratamento medicamentoso. Assim, após saírem das internações, os usuários voltavam até o PESH Cruzeiro do Sul para pegar o receituário azul com as prescrições de medicações (P2).

Esse primeiro GT teve como pauta realizar discussões a respeito das notas de altas que não havia em Porto Alegre, e realizou um mapeamento de toda a rede de leitos em hospitais gerais e sobre os encaminhamentos após as altas hospitalares. Este estudo foi realizado como forma de se conhecer a realidade e fazer propostas para qualificar a alta e encaminhamento para seguimento do tratamento, pois se compreendia que os usuários não poderiam sair de uma internação sem saber para onde ir. Afinal, devem ser orientados sobre onde devem ir para seguir com o seu tratamento, além do profissional que os recebem deve compreender um pouco da história de cada usuário e entender o que aconteceu para ele ser encaminhado e o que aconteceu durante a passagem pela internação (P1).

Esse fato acabou originando um plano de atendimento e acompanhamento para que os usuários saíssem das internações com uma referência nos seus territórios e com uma nota de alta bem elaborada. Este plano foi encaminhado para o Conselho Municipal de Saúde para ser apreciado e aprovado, fato que ocorreu. O GT realizou também seminários de discussões de casos com os profissionais do Capsi Harmonia e com muito dos profissionais que hoje atuam nos EESCA's, assim compartilhando discussões e modos de intervenções a partir de casos reais (P2). Porém, na sequência, esse processo foi abortado pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde, pois ocorreu uma mudança no organograma e se compreendeu que não havia mais a necessidade da permanência do GT e ele foi encerrado.

Ainda hoje, encontra-se questões que eram discutidas nesse GT, por exemplo, a questão das internações nos plantões de emergências com os adultos. Naquela época, já se

discutia sobre a necessidade de haver um plantão específico para atendimento infantojuvenil, para assim esses usuários não fiquem expostos a situações constrangedoras, serem atendidos por profissionais com formação em saúde mental adulta, violando os direitos de serem atendidos em um ambiente adequado e por profissionais com formação em saúde mental infantojuvenil.

No ano de 2015, foram retomadas as mesmas discussões e o GT retornou, pois foi realizada uma denúncia pelos trabalhadores dos plantões de saúde mental do PACS e do IAPI à Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde e, após, encaminhada para o Ministério Público. Em maio de 2015, o GT recomeça suas atividades com a devida portaria oficializando sua criação no diário oficial, com a tarefa de elaborar e apresentar uma proposta para o atendimento em situações de crise de crianças e adolescentes em Porto Alegre para o Conselho Municipal de Saúde, sabendo que o que acontece nas PESM que viola todos os direitos das crianças e adolescentes.

O GT desenvolveu suas atividades de julho até dezembro de 2015, com um encontro mensal, porém, “o que ocorreu ao longo do tempo foi um furo metodológico” (P2), pois não ocorreu a discussão do propósito que gerou o GT, e sim, uma apresentação do que cada serviço faz com um levantamento de dados, como se fosse de desconhecimento público esta realidade sobre os serviços existentes.

Assim, o espaço que conseguiu reunir toda a rede de Saúde Mental Infantojuvenil de Porto Alegre para discutir a questão referente ao atendimento à crise acabou não sendo utilizado para o fim que foi criado, não sendo possível haver nenhuma questão prática. Não foi realizada uma discussão qualificada, desta forma, o GT não propôs nada, porque não discutiu o que tinha se proposto (P2).

Infelizmente, não houve um espaço para discutir a respeito das violações de direitos às crianças e adolescentes que acontecem diariamente nos nossos serviços, e isso é preocupante, porque, no momento em que se encontram formas de silenciar as pessoas, a violação não é só do direito do usuário, mas também, está violando o direito do trabalhador de se expressar a respeito do que acontece nos seus espaços de trabalhos. Logo, acaba ocorrendo uma dupla violação de direitos.

Para pensar em superar esse quadro, necessita-se de pessoas pensando e construindo juntas, pois são espaços fundamentais para ocorrerem discussões qualificadas sobre a necessidade de novos serviços e pensar novas formas de realizar o fazer profissional. Por conseguinte, é fundamental que a discussão se realize em diversos níveis e que seja composta por diversos atores, como a Universidade, por exemplo, pois muitas vezes, o trabalhador

acaba reduzido ao fazer profissional que não consegue ter um distanciamento para a crítica da sua atuação. Logo, a troca de saberes se torna fundamental e enriquece o trabalho do profissional, e é nessa que se deve apostar, pois isso é o trabalho em rede, essa é a rede quente a se construir e gerar um trabalho qualificado e responsável.

Além de tudo, é primordial que se construam espaços nos quais a criança e o adolescente sejam os atores, pois eles têm muito a ensinar, eles devem conduzir e contar a história deles. “É fundamental eles se sentirem parte do processo e se sentirem à vontade para isso, pois eles têm muito a nos ensinar” (P2). Sendo assim, é essencial fomentar a participação, mas para isso ocorrer, é necessário esse sentimento de se reconhecer enquanto sujeito no processo.

3.3 OS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL OFERECIDOS PELO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

O município de Porto Alegre possui uma rede de saúde distribuída em oito gerências distritais, sendo elas: Centro; Glória, Cruzeiro, Cristal (GCC); Sul, Centro-sul (SCS); Norte-Eixo Baltazar (NEB); Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas (NHNI); Restinga, Extremo-sul; Partenon, Lomba do Pinheiro (PLP); Leste, Nordeste (LENO). É nestas gerências que os serviços estão distribuídos e onde se encontram os componentes da rede de atenção de cuidados em saúde mental infantojuvenil.

Porto Alegre tem um conjunto de serviços no âmbito da saúde que conta com os pronto atendimentos Cruzeiro do Sul e Iapi - que são os Plantões de Emergências em Saúde Mental - esses foram criados para atendimento de usuários adultos, porém, como Porto Alegre não possui um serviço que possa vir a atender os usuários infantojuvenis, **são** esses os serviços de referências para as emergências: as Equipes Especializadas em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA) que realizam atendimentos de média complexidade ambulatorial aos usuários, o Capsi (Porto Alegre conta com três) e toda a rede de atenção básica que realiza o suporte de promoção e prevenção de saúde mental nos seus territórios.

Logo, cada serviço tem um compromisso enquanto componente da rede de planejar e realizar ações de cuidados, visando estar em constante aprimoramento para atendimento dos seus usuários, pois a área da saúde mental requer um trabalho de formação permanente, principalmente na área infantojuvenil que necessita de um olhar integral. Pensando sempre no trabalho composto por uma rede de cuidados intersetorial que potencializa o trabalho a ser

realizado, pois o usuário não acessa apenas a política de saúde, mas sim, todas as políticas sociais, circulando principalmente pela saúde e educação.

Pensando na rede de saúde mental infantojuvenil estabelecida hoje em Porto Alegre, com os serviços já mencionados anteriormente, faz-se necessário compreender quais são as suas finalidades, como se dá a sua atuação enquanto componente da rede e as suas demandas.

O projeto EESCA iniciou no ano de 2011, elaborado pela Coordenação da Saúde Mental do Município de Porto Alegre, para substituir o Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA) na área da média complexidade ambulatorial na saúde mental infantojuvenil, que realizava um trabalho preventivo na área da saúde e saúde mental com crianças em idade escolar. Cada núcleo atuava de uma forma singular conforme o número de profissionais, especialidades e demandas do seu território de atuação.

A partir da necessidade de haver um serviço específico que atuasse na área da saúde mental infantojuvenil que possibilitasse um atendimento para aqueles usuários que necessitavam de um atendimento em saúde mental, mas não preenchia os critérios para acessar o Capsi, cria-se o projeto EESCA, que prioriza a saúde integral da criança e adolescente, tendo como principal característica a efetivação do conceito da integralidade, compreendido como "o cuidado de pessoas, grupos e coletividade promovido por uma equipe multidisciplinar, considerando a pessoa como um todo" (PORTO ALEGRE, 2013, p. 2). O objetivo principal do serviço é ofertar atendimento integral e especializado em saúde para crianças e adolescentes, na atenção de média complexidade ambulatorial, atendendo às questões de desenvolvimento integral, transtorno mental, violências, deficiências, uso de crack, álcool e outras drogas para menores de 14 anos e problemas de aprendizagem.

O EESCA atua atendendo às mais diversas questões de saúde mental, seguindo a diretriz da territorialidade com cada gerência distrital de Porto Alegre, contando com uma equipe de referência. Porém, segundo dados sistematizados no Grupo de Trabalho Infância e Adolescência, realizado pela Coordenação de Saúde Mental da Secretária Municipal de Saúde, nenhuma EESCA possui o quadro de profissionais previsto completo, o que acaba por gerar uma alta demanda que se transforma em grandes listas de esperas.

Ainda na média complexidade, o município oferta o Capsi, que como já mencionado, presta um conjunto de ações que possibilita aos usuários um acompanhamento integral que visa à reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Na alta complexidade, há os Plantões de Emergências em Saúde Mental, sendo esses espaços criados, tendo como sua principal finalidade reduzir as internações psiquiátricas de

longa duração que anteriormente eram muito utilizadas, para agora serem passagens de curta durabilidade.

A chamada Permanência de Curta duração (PCD) tem a finalidade terapêutica de trabalhar com o paciente, no espaço máximo de três dias, a fim de compreender os fatores que desencadearam a crise, fortalecer os aspectos saudáveis de insight e contribuir para a remissão dos riscos iminentes que justificaram a permanência na Sala de Observação. Nos casos em que tais metas são atingidas, o paciente recebe alta e é encaminhado para acompanhamento ambulatorial. Nas situações em que não há respostas à terapêutica proposta e os riscos iminentes permanecem, indica-se a internação psiquiátrica (GRASSI, 2015, p. 9).

A rede de cuidados em saúde mental foi fruto da luta que pensava o cuidado do usuário que proporcionasse um acompanhamento com respeito ao valor à vida, tendo como premissa o cuidado, realizando ações em rede para inserir o usuário nos dispositivos de atendimento do seu território, substituindo o modelo de anteriormente, de cuidados hospitalocêntricos. Apesar de toda a construção de uma rede de cuidados em saúde mental, os espaços das emergências não foram pensados para atender ao público infantojuvenil, e sim, para atender ao público adulto, porém: “Como não havia um local especializado para emergência em saúde mental infantojuvenil, o serviço passou a atender também estes casos, para que esta população não ficasse totalmente desassistida (GRASSI, 2015, p. 11). Foi nessa lógica que os plantões acabaram por assumir os atendimentos dos usuários de saúde mental infantojuvenil, pois não havia outro serviço para atender à crise no município, sendo atendidas em um cenário criado para atendimento da população adulta, violando as diretrizes de atendimento para um tratamento terapêutico qualificado e especializado de que a população infantojuvenil necessita.

Na medida em que crianças e adolescentes são acolhidos numa emergência de adultos, presenciam surtos psicóticos de pessoas trazidas pela Brigada Militar ou SAMU, em agitação psicomotora, intoxicadas ou em crises de auto e hetero agressividade. A exposição a essas situações pode produzir um agravo no sofrimento psíquico, tanto das crianças e adolescentes quanto dos seus responsáveis (GRASSI, 2015, p. 12).

Impreterivelmente, o atendimento nessas condições acaba muitas vezes por gerar maior agravo nos casos dos usuários infantojuvenis, pois esses já se encontram em situações delicadas e presenciam cenas que são chocantes, causando maior sofrimento.

Nos casos de internação psiquiátrica, Porto Alegre possui um desafio maior ainda, pois não possui nenhum leito na rede da Secretaria Municipal de Saúde e, quando há a

necessidade, compram-se leitos em clínicas conveniadas com o município. Assim, o município não tem leitos disponíveis para internação.

[...] nos casos em que há indicação de internação psiquiátrica, o paciente precisa ficar no aguardo da compra de um leito, o que é providenciado pela Central de Regulação de Leitos do Município. Esse processo é, muitas vezes, demorado e, em algumas situações, a vaga só é concedida em um ou mais dias, o que significa ter que permanecer por mais tempo em um ambiente inadequado e atemorizante. Essa espera para conseguir leitos, a demora nas remoções de ambulâncias e principalmente, o estresse psicológico do local, ocasionam frequentes assinaturas de “altas a pedido”⁴, perpetuando os riscos de casos realmente graves, com indicação de internação (GRASSI, 2015, p. 13).

Como bem apresenta Grassi (2015), a saúde mental infantojuvenil, na alta complexidade de Porto Alegre, encontra diversas dificuldades, todas elas prejudiciais para os usuários e seus familiares. Ainda hoje, mesmo com todo o reordenamento da Política de Saúde Mental, acabamos por encontrar diversos casos que ocasionam uma série de violações de direitos e prejudicam os usuários.

O município de Porto Alegre mantém a sua Rede de Cuidado a partir do que estabelece a Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, contando com a Atenção Básica até a Alta Complexidade, como demonstrado no Quadro 01.

Tipos de Serviços	Nº Serviços	Gerência Distrital
Rede Básica de Saúde	82	Nas oito gerências distritais
Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente	8	Nas oito gerências distritais
Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência	3	Centro; Norte, Eixo Baltazar; Leste Nordeste
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III	3	Glória, Cruzeiro, Cristal; Partenon, Lomba do Pinheiro; Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas II	2	Norte, Eixo Baltazar; Glória, Cruzeiro, Cristal
Plantão de Emergência/Urgência	2	Glória, Cruzeiro, Cristal; Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas
Leitos de internação em saúde mental	20	

Quadro 1 - Tipos de Serviços da Rede de Cuidado distribuídos por Gerência Distrital no município de Porto Alegre

Fonte: PORTO ALEGRE, 2015. Sistematização realizada pela autora.

⁴ Alta a pedido: termo de responsabilidade que os responsáveis pelos pacientes assinam, para solicitar uma alta contrária à orientação médica (GRASSI, 2015, p. 13).

Analisando o quadro, percebe-se que não existe Capsi em todos os territórios, sendo ofertados somente três para o município, assim, ocorrendo uma falta de cobertura do município. A RAPS (BRASIL, 2011), que dispõe sobre a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, estabelece no seu Art. 2º

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

Assim evidencia-se o fato de que Porto Alegre falha na prestação dos serviços de média complexidade, pois não existe Capsi em todos os territórios, nem uma EESCA com equipe completa em nenhuma gerência distrital, o que ocasiona uma demanda que forma uma longa lista de espera, não tendo como estimar o tempo na lista, uma vez que cada caso é muito singular e requer um tipo de intervenção específica. E em se tratando dos usuários infantojuvenis, se torna ainda mais difícil estabelecer um tempo, pois requer uma intervenção em conjunto que envolve toda a rede intersetorial e as famílias. Constata-se, portanto, que o município possui um déficit de serviços de saúde mental infantojuvenil, assim, violando o direito dos usuários que necessitam de um atendimento especializado na rede de saúde mental.

Em verdade, a discussão sobre a saúde mental está cada vez mais latente na sociedade, prova disso foi o resultado da 7ª Conferência Municipal de Saúde, que teve como proposta mais votada:

Ampliar, fortalecer e implementar a Rede de Atenção Psicossocial: Capsi, CAPSII, CAPSIII, CAPSad, oficina de trabalho e renda, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidade de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território e portarias vigentes (PORTO ALEGRE, 2015, p. 1).

Essa proposta reforça o quanto ainda se deve avançar no que diz respeito ao cuidado integral e aos espaços de efetivação dos direitos dos usuários. Principalmente no que diz respeito à saúde mental da criança e do adolescente, pois existe um déficit assistencial. Para Delgado et al. (2008), a inexistência de políticas de saúde mental para crianças e adolescentes é algo emergencial.

Apesar de Porto Alegre possuir o projeto EESCA - que acolhe grande parte da demanda de saúde mental infantojuvenil - ainda se encontram barreiras, pois hoje existe uma demanda latente que emerge na sociedade com casos de extrema importância, que por algumas vezes, encontram-se em lista de espera nas equipes de Porto Alegre. Assim, há como consequência a superlotação dos serviços, que pode gerar uma sobrecarga por parte dos trabalhadores, em consequência do contato cotidiano de uma grande demanda.

Infelizmente, a capital possui uma grande demanda de crianças e adolescentes para atendimento na saúde mental, principalmente em atendimento nos EESCAS e Capsi, assim identificando que ainda se necessita da realização de um trabalho maior de prevenção e promoção de saúde. Apenas com a detecção e intervenção precoce que se pode conseguir mudar esse cenário, apesar da demanda ir além disso e ser uma questão que atualmente atinge a um grande número de pessoas.

4 O SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

4.1 A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Neste capítulo, será feita uma reflexão sobre um dos espaços sócio-ocupacionais que mais empregam os assistentes sociais no Brasil, o campo da saúde, falando mais especificamente na política de saúde mental, e as demandas que estão postas aos profissionais no contexto atual, sendo que os assistentes sociais inseridos na política de saúde hoje são muito requisitados.

A objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde pública, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde (COSTA, 2006, p. 340).

Neste contexto, é fundamental que, para a realização de um trabalho ético e comprometido, as ações dos profissionais estejam embasadas sob alguma teoria, no caso do serviço social, ele se utilizará como norte para realização das suas ações o materialismo histórico dialético. Assim, ao executar os seus processos de trabalho, embasar-se-á a partir da visão da totalidade, sendo de extrema importância levar em consideração os elementos norteadores da intervenção do assistente social, com:

Uma bagagem teórico-metodológica que lhe permita a elaborar uma interpretação crítica do seu contexto de trabalho, um atento acompanhamento conjuntural, que propicie o seu espaço ocupacional, o estabelecimento de estratégias de ação viáveis, negociando propostas de trabalho com a população e entidades empregadoras (IAMAMOTO, 2003, p. 80).

Com efeito, faz-se de extrema importância uma atuação profissional com embasamento teórico para realização de um trabalho com uma direção política e ideológica, que possibilitará ao profissional uma atuação com um direcionamento e posicionamento ético, realizando uma prática articulada com o Projeto Ético-político da profissão. Este se materializa nos marcos legais da atuação profissional, como o Código de Ética de 1993 e a Lei de Regulamentação da Profissão, sendo esse projeto construído a partir da perspectiva da totalidade social, tendo como base da sua fundamentação as diversas expressões da questão

social. “[...] o projeto ético-político do serviço social brasileiro está vinculado a um projeto de transformação da sociedade” (TEIXEIRA; BRAZ, 2010, p. 5).

As diretrizes da atuação profissional estão estabelecidas no Código de Ética profissional de 1993, no qual se afirma o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, visando à defesa da qualidade dos serviços prestados, com uma postura orientada por uma perspectiva teórico-metodológica embasada na teoria social crítica. Na Lei de Regulamentação da Profissão, está pautado o que é da competência, atribuição e responsabilidade profissional, um aparato legal imprescindível para a atuação dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, na assessoria, no planejamento, na gestão e na mobilização e participação social. As competências e atribuições dos assistentes sociais, nessa direção com base na Lei de Regulamentação da Profissão, requisitam do profissional algumas competências gerais que são primordiais para a compreensão do contexto sócio-histórico em que situa sua intervenção.

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando-se as possibilidades de ações cotidianas na realidade;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (VASCONCELOS, 2003).

O reconhecimento do caráter interventivo do profissional assistente social demanda uma capacitação crítico-analítica e a elaboração criativa de estratégias de intervenção, sempre comprometidas com o projeto profissional do Serviço Social, que:

[...] requisita um perfil profissional culto, crítico e capaz de formular, recriar e avaliar propostas que apontem para a progressiva democratização das relações sociais. Exige-se, para tanto, compromisso ético-político com os valores democráticos e competência teórico-metodológica na teoria crítica em sua lógica de explicação da vida social. Esses elementos, aliados à pesquisa da realidade, possibilitam decifrar situações particulares com que se defronta o assistente social no seu trabalho, de modo a conectá-las aos processos sociais macroscópicos que as geram e as modificam (IAMAMOTO, 2012, p. 208).

Note-se que pensando o trabalho do assistente social articulado com a política de saúde no Brasil, percebe-se que ocorreu uma influência do neoliberalismo nos seus processos e espaços de trabalho. Apesar de a longa luta por uma saúde pública que visa à garantia de

direitos, encontram-se em alguns espaços institucionais profissionais que reproduzem uma lógica conservadora e moralista, fazendo julgamentos dos usuários que acessam os serviços de forma julgadora e negativa. Fato que demonstra que, apesar do projeto ético-político da profissão vigorar no Brasil, há alguns trabalhadores afastados desse, e que não se reconhecem enquanto classe, realizando a sua atuação profissional apenas em um fazer burocrático e institucionalizado. Cabe aos profissionais, enquanto assistentes sociais que trabalham na Política de Saúde Mental, estarem sempre alinhados com o projeto da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, defendendo direitos básicos de humanidade e dignidade.

[...] o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO; MATOS, 2009, p. 206).

Então, compete ao assistente social não só orientar o respeito dos direitos, mas fomentar os usuários para que os mesmos possam reivindicar uma melhor qualidade dos serviços a eles oferecidos, como uma forma de garantir a efetivação da cidadania.

Por longas décadas, a sociedade escondeu, ridicularizou, marginalizou e excluiu pessoas que, por algum motivo, não serviam para o trabalho nos moldes de produção capitalista, pessoas que não se adaptavam aos padrões de normalidade da dita “civilização” da sociedade. Por isso, é fundamental entender que o sofrimento psíquico, muitas vezes, é fruto da própria sociedade capitalista, que acaba por banalizar a vida e tudo aquilo que é inerente ao humano, que produz uma competição entre trabalhadores, um mecanismo de gestão que visa à produtividade e à competitividade e que atualmente está invadindo os setores públicos, que produzem sujeitos individualizados que tendem ao consumismo, que propõem a mera medicalização como uma forma de sobrevivência para que as pessoas apenas suportem o sistema e tudo que ele impõe.

Deste modo, é de extrema importância a atuação do assistente social nesse cenário, compreendendo que o Serviço Social tem como objeto de trabalho as diversas expressões da questão social, por meio da qual o objetivo do trabalho dos assistentes sociais é a defesa intransigente da garantia dos direitos, o fomento à participação e ao controle social, dentre outras perspectivas. Há no contexto da saúde mental como objeto de trabalho as diversas expressões da questão social que envolvem a doença mental que acabam por refletir na vida dos usuários, tendo como principal foco o trabalho com as questões familiares e sociais.

Assim, o trabalho é direcionado para possibilitar um aporte para que as famílias busquem a sua autonomia no processo de garantia de direitos de proteção social, auxiliando-as a pensar sobre as possibilidades de resolução de conflitos, sempre pensando no seu protagonismo nesse processo.

Por essa razão, o acolhimento realizado pela assistente social é essencial para identificar as demandas, compreendido como uma ação contínua, fruto de um posicionamento ético que implica acolher saberes, angústias e possibilidades de intervenções, sempre valorizando as informações do responsável ou adolescente, considerando que o relato é de alta relevância para a intervenção, havendo o cuidado de ter sutileza na abordagem para evitar traumas ou revitimizações.

Os instrumentos técnicos operativos utilizados para o trabalho são diversos, sendo eles: a entrevista de acolhimento, em que ocorre o primeiro contato do profissional com o responsável pela criança ou adolescente, cuja finalidade é coletar o relato sobre a situação e identificar determinantes socioeconômicos e culturais, como situação regional, habitacional, trabalhista, previdenciária e familiar dos usuários para abertura de prontuário, constituindo o direito do usuário de ter seu acompanhamento registrado e evoluído; atendimentos de responsáveis; acompanhamento das relações no âmbito escolar, comunitário e social; realização de consultas na rede de participação comunitária de atendimento à criança e adolescente; elaboração de relatórios, estudos, análises e pareceres em matéria de Serviço Social para o poder judiciário, conselhos tutelares e ministério público; participação a reuniões de equipe e fóruns afins da rede de saúde mental da criança e adolescente; coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

No cenário atual, discussões e questionamentos acerca dessa nem tão antiga realidade (que infelizmente ainda é atual em muitos hospitais psiquiátricos, os “manicômios”) estão sendo construídos e sustentados. O Serviço Social, juntamente com outras profissões que militam na causa e que compõem as equipes multiprofissionais/interdisciplinares, vem trabalhando em prol de uma questão que parece muito simples, mas ao mesmo tempo complexa: olhar para as pessoas enquanto sujeitos de direitos, recuperando a autoridade e autonomia do usuário sobre o seu cuidado, entendendo que não somos iguais, portanto, temos necessidades diferentes. Ou seja, é preciso continuar reafirmando os princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, para que se avance mediante a esse contexto de retirada de direitos. Neste ínterim, é fundamental que o profissional tenha conhecimento sobre

direitos, leis, códigos e normas, para orientar os usuários, embasado nos princípios do Código de Ética da profissão, principalmente na:

- III - Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;

O assistente social que trabalha na perspectiva de lutar pela garantia e efetivação dos direitos sociais dos usuários nos espaços de efetivação das políticas sociais, muitas vezes, depara-se com um quadro de condições de trabalho precárias, que acabam por violar os direitos dos usuários por falta de recursos, de capacitação, de excesso de trabalho, pela falta de recursos humanos.

Isto posto, visando à inserção de assistentes sociais capacitados no mundo do trabalho, a fim de atenderem às demandas dos usuários, que gradativamente tornam-se cada vez mais complexas com o avanço da ofensiva neoliberal e o agravamento da questão social, é imprescindível que haja profissionais com uma formação profissional de qualidade.

Segundo informações da Abepss em relação ao projeto de formação acadêmico-profissional reclama-se a necessidade de aprofundamento teórico-metodológico das matrizes de análise, especialmente do método crítico dialético e respectivo acervo categorial; do significado dos núcleos como estruturantes da formação; dos fundamentos do Serviço Social, articulando as dimensões de história, teoria e método; a necessidade de reforço de conteúdos relativos à formação social brasileira, a compreensão da transversalidade da ética e da pesquisa e o estágio supervisionado (IAMAMOTO, 2014, p. 630).

Uma formação de qualidade, associada à formação continuada, é uma alternativa para que o assistente social não perpetue a prática conservadora. É necessário manter-se por dentro das atuais discussões que acontecem no meio acadêmico no processo de capacitação.

Ademais, é de extrema importância a realização de projetos de trabalhos nas instituições de atuação dos assistentes sociais, realizando ações que vão ao encontro com o Projeto Ético-político da profissão.

O exercício da profissão exige um sujeito profissional que tenha competência para propor e negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade e na aproximação as forças vivas de nosso tempo, tendências e possibilidades aí presentes passíveis de serem apropriadas pelo profissional e transformadas em projetos de trabalho profissional (IAMAMOTO, 2014, p. 611).

Outro fator que possibilita uma atuação profissional competente é a expansão do conhecimento e da pesquisa, pois possibilita um aperfeiçoamento à formação e conseqüentemente à prática dos assistentes sociais. A pesquisa social é um elemento imprescindível para a formação do perfil contemporâneo do profissional de Serviço Social, na medida em que possibilita uma ampla formação teórica e uma perspectiva crítico-investigativa.

[...] a pesquisa longe de ser um luxo intelectual é uma necessidade de realização conseqüente da profissão e condição de possibilidade de rupturas com atitudes e práticas voluntaristas, tópicas e impensadas. Isso porque a pesquisa é parte integral e intrínseca da profissão; por isso, não pode ser dispensada, sob pena de esvaziar o Serviço Social de pertinência científica e, portanto, de status de profissão de nível superior que se apoia em embasamento teórico nutrido por contínuas e sistemáticas investigações da realidade (PEREIRA, 2005, p. 18).

Assim, possibilitará que a intervenção seja beneficiada a se tornar mais segura e consciente, pois irá atuar sobre o objeto e nos processos da realidade que se convive. Logo, o assistente social não será meramente um profissional técnico-operativo.

4.2 AS POSSIBILIDADES E LIMITES DO TRABALHO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

O processo de formação profissional via o Estágio Curricular é uma atividade essencial para a construção do futuro profissional, pois, é a partir dele que se percebe a totalidade de tudo que se aprendeu ao longo da graduação. Segundo as Diretrizes Curriculares do Serviço, o Estágio Supervisionado:

[...] é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor supervisor e pelo profissional do campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de estágio, elaborados em conjunto entre Unidade de Ensino e Unidade Campo de Estágio, tendo como referência a Lei 8662/93 (Lei de Regulamentação da Profissão) e o Código de Ética do Profissional, 1993. O Estágio Supervisionado é concomitante ao período letivo escolar (ABEPSS, 1996).

O processo de estágio está essencialmente ligado ao Projeto Ético-político da Profissão, como afirma Lewgoy (2010), pois ocorre rompendo com as ações fragmentadas do cotidiano, abrindo um caminho na formação profissional dos acadêmicos, construindo um

pensamento por meio de movimentos dialéticos na compreensão da realidade e intervenção, visando à transformação.

O Serviço Social é uma profissão fundamentalmente interventiva, assim, não existe uma mínima possibilidade de ocorrer um processo de formação de qualidade, que forme profissionais críticos e competentes, sem passar pela experiência do Estágio Curricular. É nesse processo formativo, ao realizar uma aproximação com a realidade, via sua leitura e interpretação, que se desenvolve a compreensão da totalidade, entendendo que o usuário está inserido nela.

Dessa maneira, o processo de formação só será viabilizado através da compreensão e transformação da realidade pelo estágio e através das práxis, da prática associada e articulada com a teoria. “As habilidades de investigação, de proposição e de intervenção precisam ser trabalhadas desde o início do curso de Serviço Social, por meio da leitura crítica e propositiva das exigências sociais postas no mundo contemporâneo” (LEWGOY, 2010, p 60). Assim, para efetivar esse processo, é necessário para o futuro assistente social:

Decifrar a gênese das desigualdades sociais num contexto em que há concentração de renda, de propriedade, de poder, exigindo estratégias de enfrentamento à questão social na defesa intransigente dos direitos humanos e sociais. A competência passa pelo deciframento do contexto em que se inserem a formação e a profissão (LEWGOY, 2010, p 60).

Enfim, o processo de estágio possibilita que o aluno de Serviço Social realize uma aproximação com a realidade, aperfeiçoando a sua prática profissional, essas embasadas pelas atribuições e competências interligadas nos três eixos da profissão que são: o ético-político, o teórico-metodológico e o técnico-operativo, pois “tornar-se um profissional competente exige ir além do domínio de conceitos formais; é preciso pensar criticamente no valor de uso efetivo desses conceitos, exercer criatividade, comprometer-se politicamente” (LEWGOY, 2010, p. 62).

Pensando na importância que o Estágio Curricular tem no processo de formação no curso de Serviço Social, é de extrema relevância valorizar o processo que propiciou essa atividade de ensino em Serviço Social na instituição EESCA NHNI. A inserção no campo de estágio possibilitou a aproximação e conhecimento a respeito da política da saúde mental infantojuvenil, tendo o suporte da equipe da instituição para essa imersão no campo. Essa que sempre se mostrou solícita a todos os questionamentos que surgiam ao longo do estágio, além de todas as participações em reuniões de equipe, rede, matriciamento e grupo de trabalho para discussão da saúde mental infantojuvenil da Secretaria Municipal de Saúde.

No Estágio Curricular I, realizou-se uma aproximação e conhecimento da temática da política da saúde mental da criança e adolescente através de observação, leituras, troca de experiências das profissionais da instituição, o que gerou o produto final, a análise sócio-institucional. A partir deste produto, percebeu-se a necessidade de realizar discussões com os usuários a respeito da garantia dos seus direitos sociais e acesso aos serviços públicos. Para além, evidenciou-se a necessidade de acompanhamentos em grupos realizados pela assistente social, pois é um instrumento de intervenção bastante importante no que tange à dimensão coletiva do atendimento profissional, produzindo efeitos distintos do atendimento individual e que podem ser acionados pelo assistente social em seu processo de trabalho sempre que o perfil do público e do tipo de atendimento requisite.

No Estágio Curricular II, identificou-se a demanda emergente retirada da análise sócio-institucional e, a partir desse processo, foi construída a proposta de Projeto de Intervenção que viesse responder à demanda do Estágio Curricular I. Assim, a proposta foi realizar grupo com os familiares das crianças e adolescentes que aguardavam atendimento no EESCA NHNI, entendendo que um serviço de saúde de qualidade deve inserir e prestar atendimento a todos os usuários que o procurarem, intervindo com todos que dele necessitarem. Logo, foi definido pela acadêmica estagiária que o grupo seria composto pelos familiares dos dez primeiros usuários que aguardavam atendimento no serviço, visto não haver espaço físico suficiente para comportar um número maior de pessoas na sala em que o grupo seria realizado.

Posterior a esse momento, o projeto de intervenção foi finalizado e intitulado como “Do direito ao acesso: construindo um espaço de reflexão sobre as Políticas Públicas”, tendo como objetivo geral: “Propiciar um espaço de participação, reflexão e escuta das famílias que aguardam atendimento no serviço a respeito de políticas públicas e direitos sociais para ocorrer uma melhoria no processo de atendimento da criança e adolescente” (PEDROSO, 2014, p. 09) e os objetivos específicos sendo: propiciar um ambiente de reflexão e formação da consciência crítica; incentivar a participação e a vinculação aos atendimentos das crianças e adolescentes, discutir a importância do acesso às políticas públicas como um direito universal (Ibid).

A necessidade de atender em uma abordagem grupal os familiares das crianças e adolescentes que aguardavam atendimento no EESCA NHNI surgiu a partir do processo de estágio, o que resultou em reforçar a importância de dialogar com os usuários que são encaminhados para o serviço, para que se construíssem coletivamente serviços de qualidade, sem fazer uso da lógica burocrática e biológica que muitas vezes se encontra em alguns

espaços. A proposta foi uma ação baseada na lógica da promoção e prevenção em saúde, realizando atendimentos eficientes a todos que dela necessitavam. O trabalho com os usuários que se encontravam na lista de espera foi algo potencializador, pois pôde, de alguma forma, fomentar a reflexão sobre o acesso a um direito social regulamentado pelo Estatuto da Criança e Adolescente de 1993, no art. 4º, que assim dispõe:

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. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Logo, propiciar um espaço de participação, reflexão e escuta das famílias que aguardavam atendimento no serviço fez com que os usuários pudessem conhecer melhor algumas políticas públicas e serviços existentes nos seus territórios, pois muitos deles não sabiam que possuíam diversos direitos sociais. Em resumo, o trabalho com o grupo colaborou em uma melhoria no processo de atendimento das crianças e adolescentes e seus familiares.

A lista de espera do EESCA, da qual se construiu o grupo, é fruto do matriciamento que é realizado duas vezes ao mês com as unidades de saúde da região NHNI, sendo o EESCA a equipe de apoio matricial, utilizando-se da prática de discutir e pensar possibilidades de intervenções.

A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários (CAMPOS; DOMITTI. 2007. p. 02).

Assim, o grupo também pode contribuir com a lógica matricial, que visa ao trabalho articulado entre os serviços de média complexidade e os das unidades básicas, pois a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, nos seus princípios e diretrizes:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e dos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p 19).

A partir desta lógica, o trabalho com o grupo pode contribuir com o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que:

O profissional de Serviço Social deve ter uma ação complexa, objetivando atingir a universalidade e a equidade do atendimento a saúde, para isso sua ação deve estar em rede com os demais serviços que asseguram os direitos sociais para que ocorra verdadeiramente a alteração de realidade e a consolidação do Projeto de Reforma Sanitária, para isso é preciso que o profissional tenha o conhecimento, siga a sua direção profissional, seu projeto ético-político-profissional, tenha um comprometimento e uma vontade, tenha assim uma ação complexa e completa. (SILVA, 2010, p. 17)

Desta forma, cada usuário foi escutado e acompanhado compreendendo as suas demandas, fragilidades, sem julgamentos, pois algumas crianças e adolescentes que participaram do grupo foram encaminhados ao serviço por questões que envolviam a vulnerabilidade social⁵ das famílias e outros encaminhados pelas escolas por questões de aprendizagem. Assim, alguns casos não aderiram ao grupo por ser um encaminhamento institucional e não trabalhado em conjunto com os usuários e seus familiares, criando-se uma relação hierarquizada sem dar autonomia aos mesmos.

O trabalho com os familiares ocupa um lugar de destaque nas políticas sociais, pois, segundo coloca Miotto (p. 2, 2009), “a orientação e o acompanhamento como ações de natureza socioeducativa que, como os próprios nomes indicam, interferem diretamente na vida dos indivíduos, dos grupos e das famílias”, logo, é o momento em que se informa aos usuários sobre direitos. Desse modo, o grupo exerceu a função de proporcionar o espaço para informar e explicar os direitos sociais que estão garantidos e, além disso, propiciou um ambiente de reflexão a respeito do acesso ao SUS, que em alguns espaços estão se esvaziando.

Ao longo do estágio, a acadêmica estagiária pôde realizar uma maior articulação entre a teoria e a prática, possibilitando trabalhar com as demandas que chegavam ao grupo. Para além disso, possibilitou criar um espaço fundamental da profissão, o qual é o trabalho com grupos, que possibilitou uma discussão de caráter socioeducativo que contribuiu na maneira de pensar e agir das famílias que acessam o serviço no contexto de uma totalidade social. Segundo expõe Siqueira (2008, p. 2): “O trabalho com grupos pode trazer resultados mais consistentes, a possibilidade de se vivenciar a cooperação, fortalecendo vínculos entre os

⁵ Vulnerabilidade Social compreendida a partir do conceito ampliado no qual faz parte constitutiva do capital e elementar da questão social, atingindo pessoas e lugares que estão expostos à exclusão social.

membros; pode ser também um caminho para a participação na defesa e conquista de direitos”.

Destarte, contribuindo para questionar as ações colocadas pela sociedade capitalista, e para além, contribuiu na visibilidade das demandas sociais, pensando em promover a promoção da igualdade e equidade das políticas sociais. O grupo propiciou sair da rotina habitual contida no processo de trabalho do Serviço Social realizado no EESCA, que predominantemente compõem-se do atendimento individual. Propiciou ampliar a experiência de trabalho da estagiária e, conseqüentemente, a sua formação profissional, levando para o grupo uma intervenção que abarcou as demandas sociais e a compreensão das relações sociais nas quais os usuários estão inseridos, fortalecendo os vínculos não só dos usuários, bem como dos familiares em relação ao serviço e a sua rede territorial.

O projeto de intervenção com os familiares visava à criação de um espaço de participação, reflexão e escuta das famílias que aguardam atendimento no serviço a respeito das políticas públicas e direitos sociais, para assim propiciar uma melhora no processo de atendimento das crianças e adolescentes. Para isso, foram estruturados dois grupos, cada um com cinco familiares, realizados quinzenalmente com duração de mais ou menos uma hora, sendo os temas dos encontros sempre semelhantes nos dois grupos.

O processo de monitoramento e avaliação ocorreu concomitante à execução do projeto de trabalho através do registro escrito dos grupos, verificando se o grupo estava seguindo com a intencionalidade proposta, assim, dando subsídio para a avaliação. Esse processo foi essencial, pois a realidade é dinâmica e encontra-se sempre em movimento. A avaliação com o núcleo do serviço social e com a equipe também compôs esse processo, sendo fundamental avaliar como foram vistos os processos e os seus resultados, resultando em um espaço reflexivo e de sistematização escrita para a avaliação final.

O primeiro grupo no encontro inicial contou com a participação de 40% dos familiares, porém, a mãe de dois usuários justificou a sua falta, teria consulta médica no mesmo horário. Já o segundo grupo no primeiro encontro teve a participação de 60% dos usuários, sendo que uma não conseguiu realizar contato telefônico. Esses dois encontros foram iniciais e tratou-se de apresentar a proposta do grupo, o seu intuito e a elaboração do calendário em conjunto.

A participação dos familiares nos grupos possuía a meta de 70% de presença dos familiares e a média de participação nos encontros foi de 87,5%. Ao longo do processo grupal, identificou-se a mudança de território de dois usuários, não pertencendo mais ao território do EESCA NHNI, fato importante, pois eles já aguardavam atendimento há quatro

meses. Tão logo identificado o fato, isso no segundo encontro, realizou-se contato telefônico com o EESCA do novo território e encaminhado um relatório ao serviço explicando a situação, por se perceber que ainda havia necessidade de atendimento, além do fato de a situação ter se agravado.

Apenas um familiar não participou do grupo, esse no primeiro encontro não foi possível contatar e, nos outros, foi realizado o contato, porém, não compareceu. Essa usuária que aguardava atendimento não conseguiu aderir ao grupo e, logo após, também não conseguiu comparecer aos atendimentos. Assim, foi informado à unidade básica de saúde de referência e solicitou-se que a enfermeira que acompanha o caso tentasse intervir e ver se ainda havia interesse no atendimento; mesmo assim, a família não conseguiu vincular-se ao atendimento, apesar de demonstrar interesse à enfermeira. O panorama de participação no grupo ficou como o demonstrado a seguir:

DATA DOS GRUPOS 1 e 2	GRUPO 1	GRUPO 2
19/08 e 25/08	2 familiares	3 familiares
01/09 e 11/09	3 familiares	1 familiar
18/09 e 25/09	1 familiar	2 familiares
02/10 e 09/10	2 familiares	2 familiares

Quadro 02 - Lista de Presença de grupo de familiares

FONTE: Elaborada pela autora.

Uma das metas do projeto era a vinculação dos usuários ao serviço para atendimento após o grupo, essa meta atingiu 80% dos usuários. Sendo que um usuário não conseguiu estabelecer o vínculo com a instituição, nem ao grupo, e outro, apesar de o familiar participar do grupo, não conseguiu aderir aos atendimentos com a psicóloga.

A meta seguinte era possibilitar a vinculação dos usuários a outras políticas sociais dos seus territórios, caso necessário, pois havia um desconhecimento das políticas de Assistência Social e Previdência Social e foi previsto algum vínculo com as unidades de saúde e escolas. As políticas, as quais os familiares não acessaram ou não possuíam conhecimento, foram apresentadas e, assim, trabalhou-se na perspectiva de acesso dos usuários a essas, no entanto, foi um fato difícil de ser abordado no grupo, pois ainda há um preconceito de que as políticas são favores do governo. Dessa forma, foi realizado um trabalho para desmistificar isso.

Trabalhar para desfazer essa lógica foi desafiador, contudo, acredita-se que foi estabelecida uma ponte para a construção de um novo olhar. Prova disso é que, após a participação aos grupos, conseguiu-se realizar o encaminhamento de três usuárias a outras políticas, essas em que havia maior desconhecimento por parte dos usuários, sendo elas a Assistência Social e Previdência Social.

Uma usuária se vinculou ao grupo de idosos do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e outras duas acessaram a previdência social, uma conseguindo o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e outra começando a contribuir enquanto trabalhadora autônoma.

A avaliação final realizada pelo núcleo do Serviço Social e equipe técnica do serviço foi positiva, tendo em vista que esse processo foi realizado de modo a contemplar a forma interdisciplinar que o serviço preconiza, assim, foram apresentados os resultados dos grupos em reunião de equipe e a mesma avaliou o processo. A equipe avaliou que o grupo foi algo importante e inovador para o serviço e que ele foi executado com cuidado e responsabilidade pela acadêmica estagiária. Para além disso, houve um retorno das psicólogas de que a construção do vínculo dos familiares foi algo que impactou no serviço, visto que eles conseguiram estabelecer confiança com a instituição e comprometimento com os atendimentos das crianças e adolescentes. Foi constatado que os familiares conseguiram ter uma compreensão maior do papel do assistente social na instituição, surgindo demandas espontâneas desses com o Serviço Social.

O processo do grupo com lista de espera foi avaliado pela equipe como algo muito positivo, identificando que houve um retorno significativo para o serviço, sendo decidido sobre sua continuidade na instituição. Assim, dando sequência ao projeto de trabalho executado pelo núcleo de serviço social, pois, foi possível perceber que os usuários que participaram do grupo conseguiram compreender o intuito do serviço e a importância do vínculo. A equipe técnica também identificou, ao longo do processo de trabalho, que os usuários que não participaram do grupo tiveram uma baixa aderência aos atendimentos e não conseguiram construir um vínculo com o serviço.

A realização do projeto de intervenção por parte da estagiária na EESCA foi um processo de trabalho comprometido com o Projeto Ético-político da profissão, tendo a sua intervenção balizada pelos preceitos da reforma sanitária e psiquiátrica, que assegurou um fazer profissional comprometido, possibilitando “[...] formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto da reforma sanitária” (BRAVO; MATOS, 2009, p. 213).

Assim, todas as ações realizadas durante o período de estágio visaram possibilitar a efetivação dos direitos sociais e estabelecer um vínculo com os usuários, por se compreender que é de extrema importância para os usuários que haja um profissional de referência nos serviços. Ao final dos grupos, continuaram os atendimentos com os familiares, pois esses construíram um vínculo com a estagiária, muitas vezes, procurando-a mesmo quando não estava marcado um atendimento, assim, estabelecendo uma relação que possibilitou o acompanhamento desses usuários, muitas vezes, com demandas espontâneas. Por conseguinte, suscitou-se um suporte por parte da estagiária para acompanhar os processos de acesso à rede e a efetivação de direitos na perspectiva da garantia de acesso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho de conclusão de curso, buscou-se evidenciar as diversas formas de violações de direitos que ocorrem ao longo do processo de atendimento em saúde mental infantojuvenil no município de Porto Alegre, essas que ocorrem de diversas formas, mas uma das mais explícitas embasa-se pela ausência de atendimento ou falta de profissionais nos serviços. Quadro esse que vem se aprofundando ao longo da última década no município, fato decorrente da falta de investimento na área da saúde mental, o que acaba por acentuar o quadro de violações, gerando a precarização dos espaços de trabalhos, desta forma, cada vez mais, crianças e adolescentes acabam ficando sem atendimentos.

Deste modo, a precarização dos espaços de proteção é preocupante e requer um olhar especial, pois impossibilita a execução de um trabalho na direção da garantia dos direitos sociais que estão previstos no ECA, resultando em uma atuação profissional que, por vezes, ocasiona violações de direitos. A falta de investimento por parte da gestão no município acaba gerando esse quadro, pois, encontra-se nos serviços profissionais qualificados e que atuam de uma forma embasada nos princípios e diretrizes do ECA e Política de Saúde Mental Infantojuvenil. Porém, não basta apenas isso, mas também, requer um cuidado e investimento por parte do Estado.

Um fator que influencia neste quadro é a forte onda neoliberal que está instaurada no mundo, que acaba pela desresponsabilização do Estado e precarização dos espaços das políticas sociais e os seus respectivos serviços. Quando o Estado acaba por se ausentar desses espaços, eles acabam por se deteriorar aos poucos, fato esse que justifica o repasse da gestão dos serviços para os setores privados.

Em contrapartida, apesar de todo o avanço que ocorreu em relação à legislação para crianças e adolescentes no Brasil, ainda se compõe um quadro em que, por vezes, o Estado não consegue garantir a efetivação dos direitos sociais das crianças e adolescentes, e por vezes, gera violações severas, assim, o que foi criado para ser uma política protetiva resulta em uma série de violações.

Ademais, o fato de alguns usuários da política de saúde mental de Porto Alegre estarem em situação de vulnerabilidade social influencia no quadro de violações, pois o Estado não consegue estabelecer políticas sociais que garantam ao usuário sair dessa situação. Vive-se em uma sociedade desigual, repleta de contradições e isso impacta diariamente na vida dos usuários que se encontram nessa situação. Infelizmente, as políticas que deveriam assegurar um desenvolvimento sadio a esses usuários, acabam sendo negadas diariamente, e

quando os usuários conseguem o acesso ao atendimento, encontram uma dificuldade de acessar os serviços pela condição de vulnerabilidade social, pela dificuldade, por exemplo, de conseguirem uma passagem para chegar ao serviço, porque muitos não são próximos ao território de moradia.

Com a atual conjuntura política e econômica instaurada no Brasil, e a acentuação do cenário neoliberal, que vai designar o rumo das políticas sociais e as relações de trabalho, é desafiador o trabalho do assistente social, pois, cada vez mais, intensifica-se a luta pelos projetos societários, colocando em xeque até mesmo o Projeto Ético-político da profissão, pois esse vai contra ao que está pautado pelo sistema do Estado. E existe um movimento que luta por outro projeto, esse que está ligado à lógica do Estado. Assim, são necessárias estratégias e tensionamentos ligados diretamente à postura crítica do assistente social.

Por essa razão, para se conseguir lutar contra esses movimentos que vão em desencontro ao que se acredita enquanto profissional do serviço social, embasado pelos princípios do Código de Ética da profissão, o Projeto Ético-político, a lei de regulamentação e as diretrizes curriculares, faz-se necessário estar atento diariamente e lutar enquanto trabalhadores por uma sociedade mais justa e igualitária, sem discriminação e que possibilite a todos direitos sociais efetivos.

Com o atual cenário político, o agravamento das expressões da questão social vai cada vez mais se aprofundando, assim, necessitando-se de profissionais preparados para atuar nos espaços de trabalho, visando à materialização do acesso dos usuários aos serviços. Logo, cabe ao assistente social estar sempre em um processo de formação permanente, pois só assim vai se conseguir atuar e possibilitar a relação com os trabalhadores e usuários para lutar em prol de garantir políticas públicas garantidas e ofertadas pelo Estado. Importante destacar que a sociedade requer profissionais que estejam comprometidos em lutar contra todas as formas de discriminação e a retirada de direitos que este atual governo está realizando, e só com a união dos trabalhadores e movimentos sociais articulados será possível para lutar-se contra.

Ao longo do processo de formação, foi se construindo a profissional que hoje finaliza esse trabalho, esse que foi o ponto final do processo da graduação e o pontapé inicial para o processo de formação permanente, o qual se acredita ser fundamental para uma atuação ética e comprometida enquanto assistente social. Socializar conhecimento e realizar discussões junto com a classe trabalhadora é de extrema riqueza, e apenas dessa forma é que se viabiliza uma construção coletiva e emancipadora. E a pesquisa realizada para auxiliar a construção desse trabalho demonstrou que é fundamental saber valorizar e se reconhecer os processos de trabalhos, pois, muitas vezes, pela alta demanda de trabalho, não é possível visualizar o

quanto é grandiosa esta atuação. Corroborando-se, a pesquisa social trata-se de um importante instrumento que possibilitou ampliar e consolidar o que foi apreendido durante o processo de formação, além de valorizar e reconhecer o trabalho profissional dos atores da política de saúde mental infantojuvenil.

Ao longo deste processo, ficou claro que é de extrema importância o reconhecimento enquanto classe trabalhadora, que é afetada diariamente pelas políticas de Estado que estão colocadas no atual cenário político. Por fim, este trabalho não só possibilitou um aprofundamento a respeito da temática da saúde mental infantojuvenil, mas também, a compreensão da importância de estar articulada enquanto classe para lutar pelos nossos direitos, pois foi através da luta de mobilizações sociais que atingimos um conjunto de legislações que asseguram a seguridade social do país e que, hoje, encontra-se em risco de ocorrerem grandes retrocessos.

REFERÊNCIAS

- ABEPSS (Rio de Janeiro). **Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social. 1996.** Disponível em: <http://www.cressrs.org.br/docs/Lei_de_Diretrizes_Curriculares.pdf> Acesso: 20 out. 2016.
- ANDRADE, LBP. **Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais.** São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/h8pyf/pdf/andrade-9788579830853-07.pdf>> Acesso: 22 nov. 2016.
- BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. Código de ética do/a assistente social. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** – 10. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].
- _____. Conselho Federal de Serviço Social. Código de ética do/a assistente social. **Parâmetros para Atuação do/a Assistente Social na Política de Saúde.** Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, Brasília, 2010.
- _____. Constituição Federal. **Artigo 227 da Constituição Federal.** Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso: 01 nov. 2016.
- _____. **Estatuto da Juventude nº 12.852, de 05 de agosto de 2013.** Brasília, 05 ago. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm>. Acesso: 02 nov. 2016.
- _____. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf Acesso: 30 set. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso: 30 set. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil.** 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Resolução n.º 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, Brasília, SEDH/CONANDA, 2006. Disponível em: <http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-113.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2016.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: Elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo. Cortez, 2007.

CAMPOS, Gastão W. Souza; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/0D/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2016.

CARCANHOLO, Marcelo Dias; BARUCO, Grasiela Cristina da Cunha. A estratégia neoliberal de desenvolvimento capitalista: caráter e contradições. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 1, p. 9-23. Jul. - Dez. 2011.

CORREIA JUNIOR, Carlos Octávio Francisco. **O estatuto da juventude: um estudo sobre os limites e possibilidades da nova lei para as políticas públicas de juventude**. 2012. 73 f. TCC (Graduação) - Curso de Curso de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, 2013. Disponível em: <http://www.puro.uff.br/tcc/2012-2/CARLOS OCTAVIO FRANCISCO CORREIA JUNIOR.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos III**. Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não. Brasília, 2001. p. 121-130. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf> Acesso em: 03 out. 2016.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicol. clín.** 2015, vol.27, n.1, pp.17-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>> . Acesso em: 01 out. 2016.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane Sand. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista**

Brasileira Psiquiatria. [online]. 2008, vol.30, n. 4, pp.384-389. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>> Acesso em: 02 out. 2016.

DIAS, Míriam T. Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental:** uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) — PUCRS, Faculdade de Serviço Social, Porto Alegre, 2007.

FALEIROS, Vicente. Infância e processo político no Brasil. In: PILOTTI, FRANCISCO; RIZZINI, Irene. **A arte de governar crianças:** a história das políticas sociais, da legislação e da assistência no Brasil. Rio de Janeiro: AMAIS, 1995.

FUZIWARA, Aurea Satomi. Lutas Sociais e Direitos Humanos da criança e do adolescente: uma necessária articulação. **Serv. Soc.**, São Paulo, n. 115, p. 527-543, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n115/07.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

GRASSI, Maria Alzira Pimenta. **A saúde mental infanto juvenil na rede de atenção psicossocial de Porto Alegre.** Curso de Especialização: Intervenção psicanalítica na clínica com crianças e adolescentes. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto de Psicologia. UFRGS. Porto Alegre, 2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 120, p. 609-639, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/55d6Pe5x8P5qhN3J0269.pdf>> Acesso em: 14 nov. 2016.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 6. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

LAVORATTI, Cleide; BEGA, Maria Tarcisa Silva. Políticas públicas de enfrentamento a violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Fazendo Gênero 9. **Diásporas, diversidades, deslocamentos.** UFSC. 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277949904_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENEROCLEIDE.pdf>. Acesso: 07 nov. 2016.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Supervisão de Estágio e o Projeto ético-político profissional. In: LEWGOY, A. M. B. **Supervisão de Estágio em Serviço Social:** desafios para a formação e exercício profissional. .2. ed. Cap. 1. São Paulo. Ed. Cortez, 2010, p. 45-63.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias. In: **Serviço Social:** Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

NOGUEIRA NETO, Wanderlino. **Dezenove anos do estatuto da criança e do adolescente:** duas décadas de direitos da criança e do adolescente, no Brasil. Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC). Setembro. 2009. Disponível em:

<<http://www.inesc.org.br/projeto-onda/biblioteca/textos/duas-decadas-de-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-no-brasil>>. Acesso em: 02 set. 2016.

PAES, Janiere Portela Leite. **O Código de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente: avanços e retrocessos**. UFSC. 2013. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/print/conteudo/o-c%C3%B3digo-de-menores-e-o-estatuto-da-crian%C3%A7a-e-do-adolescente-avan%C3%A7os-e-retrocessos>>. Acesso em: 17 nov. 2016.

PEDROSO, Emylin K. de S. **Projeto de intervenção social: Do Direito ao Acesso: Construindo um espaço de reflexão sobre as Políticas Públicas**. Porto Alegre, julho de 2015. Curso de Serviço Social. UFRGS.

PEREIRA, Potyara A. P. A utilidade da pesquisa para o Serviço Social. **Serviço Social & Saúde**. 156. Mai. 2005. Disponível em: <file:///C:/Users/Pedroso/Downloads/2_Pereira.pdf> Acesso em: 14 nov. 2016.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório Final da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/conferenciasaude/usu_doc/relatorio_final_-_votacao.pdf>. Acesso em: 02. Out. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral da Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos. **Documento de Referência para as Ações das Equipes Especializadas para Atendimento Integral à Saúde da Criança e Adolescente**, 2013.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas – Um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2009.

RIZZINI, I. (Org.). **A Arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, 1995.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, Jéssica Caroline Medeiros. O Trabalho do Assistente Social no Sistema Único de Saúde. **intertemas.unitoledo.br/revista/**. 2010. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1965/2094>>. Acesso em: 02. Out. 2016.

SILVEIRA, Darlene de Moraes. **O Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente**. Florianópolis: cultura política e democracia. Dissertação de Mestrado em Serviço Social – PUC, São Paulo, 2004.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do serviço social nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete. **As ideologias da Contrarreforma e o Serviço Social**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010.

SOUZA, Tainara de Jesus. **O movimento nacional de meninos e meninas de rua e a conquista dos direitos**: o marco do Movimento Social em prol da garantia dos direitos da criança e do adolescente no Brasil. 2013. Belo Horizonte, CRESS – BH.

STELLA, Nadia Regina; et. al. CAPSI Casa Harmonia: 12 anos de História, desafio e perspectivas. LEITE, Loiva dos Santos et. al. (Orgs.) **Saúde Mental Convida: Registros da trajetória da Saúde Mental na cidade de Porto Alegre**. Porto Alegre: SMS, 2013.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAZ, Marcelo. O Projeto-Ético político do Serviço Social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

APÊNDICE 1 – Roteiro de Entrevista

1. EXPONHA SEU CONHECIMENTO SOBRE A HISTÓRIA DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CIDADE DE PORTO ALEGRE.

2. SITUE O PROCESSO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CIDADE DE PORTO ALEGRE, RELATANDO OS SERVIÇOS CRIADOS E EXISTENTES.

3. EXPRESSE SUA OPINIÃO SOBRE ESTES PROCESSOS QUANTO AO ALCANCE DOS OBJETIVOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL A ESTE PÚBLICO.

4. RELATE OS FLUXOS DE ATENDIMENTOS NO SEU SERVIÇO E/OU CONSELHO, E COMO VOCÊ OS AVALIA.

EXPONHA SOBRE A EXISTÊNCIA E RELEVÂNCIA DO TRABALHO EM REDE PARA O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CIDADE DE PORTO ALEGRE.

EXPONHA SEU CONHECIMENTO SOBRE O GRUPO DE TRABALHO SOBRE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, E SOBRE A EXISTÊNCIA DE MUDANÇAS APÓS ESSAS DISCUSSÕES.

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: As políticas públicas para atendimento às crianças e adolescentes usuários da saúde mental no Município de Porto Alegre, com destaque ao trabalho dos profissionais dessas políticas no Município de Porto Alegre. O objetivo geral desta pesquisa é analisar a política de saúde mental infantojuvenil no Município de Porto Alegre quanto ao seu processo sócio-histórico e de atendimento prestado a este público.

Solicitamos a sua colaboração para participar da pesquisa através de uma (01) entrevista referente a sua inserção no tema da saúde mental infantojuvenil no município de Porto Alegre, com duração estimada de uma (01) hora. A entrevista se realizará em horário e local escolhido por você, de modo a não prejudicar a realização de suas atividades de trabalho.

Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo. Entretanto, há previsão de que os resultados do estudo contribuam na compreensão sobre o trabalho desenvolvido no processo de atendimento às crianças e adolescentes usuários da saúde mental no Município de Porto Alegre. Esta pesquisa envolve o mínimo de riscos aos participantes considerando se tratar de estudo que não realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos participantes, e que as técnicas de coleta de dados são do tipo: questionários, entrevistas, revisão de prontuários clínicos e outros, nos quais não se identifiquem nem sejam invasivos à intimidade do indivíduo. A pesquisadora tomará a precaução de realizar as entrevistas com respeito incondicional à livre manifestação dos participantes, sem qualquer tipo de interferência e julgamento, de modo a evitar causar qualquer dano quanto a desrespeito pessoal e profissional. Caso se produza no sujeito algum incômodo ou situação adversa durante a realização da pesquisa, a pesquisadora é responsável pelo incômodo que esta possa lhe acarretar.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e será mantido o sigilo de sua participação, ou seja, em nenhum momento do estudo ou do relatório, os sujeitos participantes serão identificados, garantindo o sigilo e anonimato dos mesmos. Os dados coletados serão arquivados e lacrados após suas análises, e armazenados por cinco anos na sala de trabalho da pesquisadora.

Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Você tem a garantia de que

pode se recusar a participar em qualquer momento, sem que isto acarrete em qualquer penalidade e não cause prejuízo para a sua vida pessoal e sua atuação profissional.

Você receberá uma cópia deste termo e, caso você tenha dúvidas ou necessite de algum esclarecimento, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável, a Prof.^a Míriam Dias, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que pode ser contatada pelo fone (51) 3308-5953, orientadora da acadêmica Emylin Pedroso.

Você poderá usar o telefone (51) 3308-5953 ou (51) 3308-5698, para contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, situado na Rua Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre, e para contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, use o telefone (51) 3289-5517, situado na Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico), Porto Alegre.

Declaração de consentimento

Após ter sido informado sobre os objetivos da pesquisa, considero-me esclarecido sobre o trabalho, e aceito participar voluntariamente, entendendo que os pesquisadores terão propriedade intelectual sobre as informações geradas com o trabalho. Ficou claro que a minha participação será somente para responder a uma entrevista e será isenta de despesas, tendo a garantia do acesso aos resultados e esclarecimento de minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que estou livre para decidir a qualquer momento de não participar desta pesquisa, sem nenhum prejuízo ou represália de qualquer natureza. Expresso minha concordância com a divulgação pública dos resultados, uma vez que recebi garantias sobre o anonimato e sigilo de minha identidade.

Nome do Participante:

Pesquisadora:

Data: ___ / ___ / ___ .

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP do Instituto de Psicologia**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A política pública para atendimento infantojuvenil dos usuários da saúde mental no município de Porto Alegre.

Pesquisador: Míriam Thais Guterres Dias

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57201516.0.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.727.435

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa visa a possibilitar uma aproximação com a realidade sócio-histórica dos serviços de saúde mental infantojuvenil no município de Porto Alegre, sendo fruto do processo de formação do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com a proposta de compor o percurso acadêmico de uma estudante que realizou o estágio obrigatório na Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas.

A pesquisadora justifica que a partir da experiência de estágio obrigatório em Serviço Social é que surgiu o interesse pela atual pesquisa que tem como objetivo analisar a Política de Saúde Mental Infantojuvenil no Município de Porto Alegre quanto ao seu processo sócio-histórico e de atendimento prestado a este público. A partir disto, a pesquisa fundamenta-se com a intenção de proporcionar o conhecimento da estrutura que o município de Porto Alegre possui para a promoção, prevenção e atendimentos dos seus usuários da Política de Saúde Mental Infantojuvenil.

Destaca-se que o Município de Porto Alegre realiza ações e oferta serviços no âmbito de saúde mental na perspectiva de garantir a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos seus usuários da saúde mental, seguindo as diretrizes da Política, visando à integralidade nas ações em saúde. Além disso, se refere que diferente da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, Porto Alegre utiliza a terminologia crianças e adolescentes

e não infantojuvenil.

A pesquisadora elucida que neste estudo se utilizará da nomenclatura de saúde mental infantojuvenil, em consonância com a política nacional para este segmento populacional.

A seguinte pesquisa será qualitativa do tipo exploratória e de campo na perspectiva crítica, e para a análise dos dados se utilizará a técnica de análise de conteúdo. Sendo a coleta dos dados realizada através de entrevista semiestruturada com membros do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas Cruzeiro; Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Harmonia; Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; da Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas; Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul - Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM), no total de cinco entrevistas, além da realização de pesquisa documental nas legislações e normas das políticas públicas relacionadas ao tema.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a política de saúde mental Infantojuvenil no Município de Porto Alegre quanto ao seu processo sócio-histórico e de atendimento prestado a este público.

Objetivo Secundário:

- Contextualizar o processo sócio-histórico das conquistas de direitos das crianças e adolescentes quanto à atenção integral em saúde mental;
- Refletir sobre a constituição da política de saúde mental infantojuvenil no Município de Porto Alegre;
- Identificar os serviços que existiram e existem para atendimento em saúde mental infantojuvenil no Município de Porto Alegre.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora, esta pesquisa oferece risco mínimo aos participantes, considerando se tratar de estudo que não realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos participantes, e que as técnicas de coleta de dados são do tipo: questionários, entrevistas, revisão de prontuários clínicos e outros, nos quais não se identifiquem nem seja invasivos à intimidade do indivíduo.

Quanto aos benefícios, a pesquisadora justifica que não há previsão de benefício imediato aos participantes deste estudo. Entretanto, argumenta que há previsão que os resultados do estudo contribuam na compreensão da política de atendimento em saúde mental infantojuvenil do município, apontando caminhos necessários para sua

ampliação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa que está sendo reencaminhado para análise e que contemplou com os apontamentos feitos no parecer deste Comitê de Ética na versão anterior. Atenta-se para orientação feita no item recomendação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados.

Recomendações:

Incluir no TCLE os benefícios que estão dispostos no projeto e no resumo do projeto apresentado na plataforma Brasil. No TCLE, apenas está escrito que não há benefícios imediatos. No entanto, no projeto fica evidenciado também quais são os benefícios. Mesmo que não imediatos, desta pesquisa. Assim como foi feito no projeto e no preenchimento da síntese apresentada na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	A	Postagem	A	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICA ROJETO_741036.pdf	22/08/2016 10:26:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AGOSTO.pdf	22/08/2016 10:25:57	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_tcc_ago.pdf	22/08/2016 10:25:28	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito
Declaração de Instituição e	Aprovacao_Comissao_Pesquisa_o_Psicologia.pdf	20/06/2016 11:09:01	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito

Infraestrutura	Aprovacao_Comissao_Pesquisa_o_Psicologia.pdf	20/06/2016 11:09:01	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	19/06/2016 09:21:31	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SMS_termo_autorizacao_pacs.	15/06/2016 20:51:14	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito
Declaração de Instituição e	SMS_termo_autorizacao_atenc cializada.pdf	15/06/2016 20:50:48	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito

Infraestrutura				
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/06/2016 20:50:25	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_de_utilizacao_e_divulgacao_dos_dados.pdf	15/06/2016 20:49:41	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SMS_formulario_projeto_de_pesquisa.pdf	15/06/2016 20:49:20	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	15/06/2016 20:48:58	Míriam Thais Guterres Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Setembro de 2016

 Assinado por:

Clarissa Marcell Trentini
(Coordenador)

**ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP da Secretaria Municipal
de Saúde de Porto Alegre**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A política pública para atendimento infantojuvenil dos usuários da saúde mental no município de Porto Alegre.

Pesquisador: Míriam Thais Guterres Dias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57201516.0.3001.5338

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.761.972

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa tem como objetivo possibilitar uma aproximação com a realidade sócio-histórica dos serviços de saúde mental infantojuvenil no município de Porto Alegre, sendo fruto do processo de formação do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que irá compor o percurso acadêmico da estudante que realizou o estágio obrigatório na Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas no período de agosto de 2014 a dezembro de 2015. A partir da experiência de estágio é que surgiu o interesse pela atual pesquisa que tem como objetivo analisar a Política de Saúde Mental Infantojuvenil no Município de Porto Alegre quanto ao seu processo sócio-histórico e de atendimento prestado a este público. A partir disto, a pesquisa fundamenta-se com a intenção de proporcionar o conhecimento da estrutura que o município de Porto Alegre possui para a promoção, prevenção e atendimentos dos seus usuários da Política de Saúde Mental Infantojuvenil. O Município de Porto Alegre realiza ações e oferta serviços no âmbito de saúde mental na perspectiva de garantir a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos seus usuários da saúde mental, seguindo as diretrizes da Política, visando à integralidade nas ações em saúde. Só que diferente da Política Nacional de Saúde Mental

Infantojuvenil, Porto Alegre utiliza a terminologia crianças e adolescentes e não infantojuvenil. Neste estudo se utilizará da nomenclatura de saúde mental infantojuvenil, em consonância com a política nacional para este segmento populacional. A seguinte pesquisa será qualitativa do tipo exploratória e de campo na perspectiva crítica, e para a análise dos dados se utilizará a técnica de análise de conteúdo. Sendo a coleta dos dados realizada através de entrevista semiestruturada com membros do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas Cruzeiro; Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Harmonia; Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; da Equipe Especializada em Saúde da Criança e Adolescente Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas; Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul - Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM), no total de cinco entrevistas, além da realização de pesquisa documental nas legislações e normas das políticas públicas relacionadas ao tema.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a política de saúde mental infantojuvenil no Município de Porto Alegre quanto ao seu processo sócio-histórico e de atendimento prestado a este público.

Objetivo Secundário:

- Contextualizar o processo sócio-histórico das conquistas de direitos das crianças e adolescentes quanto à atenção integral em saúde mental;
- Refletir sobre a constituição da política de saúde mental infantojuvenil no Município de Porto Alegre;
- Identificar os serviços que existiram e existem para atendimento em saúde mental infantojuvenil no Município de Porto Alegre.
- Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa oferece risco mínimo aos participantes, considerando se tratar do estudo que emprega não realiza nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos participantes, e que as técnicas de coleta de dados são do tipo: questionários, entrevistas, revisão de prontuários clínicos e outros, nos quais não se identifiquem nem seja invasivos à intimidade do indivíduo.

Benefícios:

Não há previsão de benefício imediato aos participantes deste estudo. Entretanto, há previsão de que os resultados do estudo contribuam na compreensão da política de atendimento em saúde mental infantojuvenil do município, apontando caminhos necessários para sua

ampliação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Pesquisador responsável: Míriam Thais

Guterres Dias Equipe de pesquisa: Emylin Karoline de Souza Pedroso Instituição: UFRGS

Curso: Psicologia Tipo de estudo: TCC

Local de realização: Centro de Atenção Psicossocial

Álcool e outras drogas Cruzeiro; Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Harmonia;

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente; da Equipe Especializada em

Saúde da Criança e Adolescente Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas; Pronto Atendimento

Cruzeiro do Sul - Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM).

Número de participantes:5 TCLE: sim

Data de início:19/09/2016 Data de término:08/12/2016

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a avaliação ética foram identificadas as seguintes pendências:

1 - No TCLE, não está descrito o número de encontros necessário para coleta de dados e o tempo de duração das entrevistas. Incluir estas informações no documento. PENDÊNCIA ATENDIDA.

2 -Na coleta de dados, haverá algum impacto na rotina do serviço dos servidores que participarão no estudo? Esclarecer. PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma. Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	A	Postagem	A	Situação
Informações do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BA ROJETO 741036.pdf	22/08/2016 10:26:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AGOSTO.pdf	22/08/2016 10:25:57	Míriam Guterres	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_tcc_ago.p	22/08/2016 10:25:28	Míriam Guterres	Aceito
Informações do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BA ROJETO 741036.pdf	20/06/2016 11:52:12		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_Comissao_Peso_Psicologia.pdf	20/06/2016 11:09:01	Míriam Guterres	Aceito
Informações do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BA ROJETO 741036.pdf	19/06/2016 09:22:12		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAssinada.pdf	19/06/2016 09:21:31	Míriam Guterres	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SMS_termo_autorizacao_p	15/06/2016 20:51:14	Míriam Guterres	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SMS_termo_autorizacao_a cializada.pdf	15/06/2016 20:50:48	Míriam Guterres	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/06/2016 20:50:25	Míriam Guterres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_de e_divulgacao_dos_dados.p	15/06/2016 20:49:41	Míriam Guterres	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SMS_formulario_projeto_d nal.pdf	15/06/2016 20:49:20	Míriam Guterres	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	15/06/2016 20:48:58	Míriam Guterres	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 05 de outubro de 2016

Assinado por:

MARIA MERCEDES DE ALMEIDA BENDATI

(Coordenador)