

## ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: A COMPREENSÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE DE UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE

### INSTITUTIONAL RECEPTION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: UNDERSTANDING THE MULTIDISCIPLINARY HEALTH TEAM OF A HIGH COMPLEXITY HOSPITAL

Elidiane FELIX \*  
André Luis da SILVA\*\*

---

**Resumo:** Este artigo pretende discutir a compreensão da equipe multiprofissional de um hospital de alta complexidade acerca do acolhimento institucional de crianças e adolescentes. É resultado de uma pesquisa qualitativa, de nível explicativo, que tem como referência o método dialético-crítico. Participaram do estudo dez profissionais que atuam no Setor Pediátrico daquele Hospital e que estão envolvidos na tomada de decisão em casos que o acolhimento institucional é pensado como uma possibilidade de proteção à criança ou ao adolescente atendido. Os resultados indicaram o desconhecimento da legislação pertinente à essa medida, bem como a fragmentação do trabalho e a responsabilização de algumas categorias profissionais. Conclui-se, a partir dos resultados, a dificuldade de concretizar os avanços legais contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, do mesmo modo que a fragilização da compreensão da totalidade dos sujeitos atendidos.

**Palavras-Chave:** Atenção Terciária, Criança e Adolescente, Trabalho Coletivo, Alta Complexidade em Saúde.

---

**Abstract:** This article intends to discuss the understanding of the multiprofessional team of a hospital of high complexity about the institutional reception of children and adolescents. It is the result of a qualitative research, of explanatory level, that has as reference the dialectical-critical method. Ten professionals working in the Pediatric Sector of that Hospital participated in the study and are involved in decision-making in cases where institutional reception is thought of as a possibility of protection for the child or adolescent attended to. The results indicated the lack of knowledge of the legislation pertinent to this measure, as well as the fragmentation of work and the responsibility of some professional categories. It is concluded from the results, the difficulty of concretizing the legal advances contained in the Statute of the Child and the Adolescent, in the same way as the weakening of the comprehension of the totality of the subjects attended.

**Keywords:** Tertiary Care, Child and Adolescent, Collective Work, High Complexity in Health.

---

Submetido em 20/02/2018.

Aceito em 10/08/2019.

---

\* Assistente social. Especialista em saúde da criança formada pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Travessa Tapir nº 10, Bairro Dona Eliza, CEP 99020-540. Passo Fundo- RS. E-mail: <lidifelix1202@gmail.com>.

\*\* Assistente Social, Mestre e Doutor em Serviço Social. Hospital de Clínicas de Porto Alegre- RS. Rua Murilo Furtado, nº 268, Bairro Padre Réus, CEP 94198- 522, Gravataí- RS. E-mail: <andrelsilva@hcpa.edu.br>.

## **Introdução**

O presente artigo foi construído a partir dos resultados obtidos ao longo da pesquisa qualitativa realizada com profissionais da área da saúde. Tais profissionais atendem crianças e adolescentes em situação de violação de direitos durante o período de sua internação hospitalar. A pesquisa teve como objetivo principal conhecer a compreensão da equipe multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) acerca do acolhimento institucional de crianças e adolescentes, a fim de avaliar se esta medida é tomada conforme prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu caráter de excepcionalidade e visando a proteção integral dos sujeitos.

O Acolhimento Institucional é uma das medidas de proteção aos direitos de crianças e adolescentes, contida no artigo 101 do ECA, constituindo a 7ª medida de proteção desse mesmo estatuto, havendo várias outras medidas que a antecedem (BRASIL, 2016). Assim, prioriza-se sempre a permanência da criança ou adolescente na família, até ser esgotada toda e qualquer possibilidade de desenvolvimento na família de origem ou família extensa (SANTOS, 2011). A aplicação desta medida, por decisão do Conselho Tutelar e por determinação judicial, implica na suspensão do poder familiar, ocasionando o afastamento temporário da criança do convívio familiar (BRASIL, 2009).

Atualmente, o acolhimento institucional de crianças e adolescentes é regulamentado pelo ECA, pelas Orientações Técnicas para Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2009), bem como pelo Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária - PNCFC (BRASIL, 2006). O serviço de saúde no qual foi realizada a pesquisa, pertence à rede de atenção terciária do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Porto Alegre – RS, que se constitui em referência no atendimento especializado em saúde. A Unidade de Internação Pediátrica do HCPA se destaca como serviço da atenção terciária, voltado ao atendimento integral de crianças e adolescentes, contando, para o atendimento dessa população, com uma equipe multiprofissional<sup>1</sup> que trabalha numa perspectiva interdisciplinar.

As hospitalizações são constituídas por pacientes com doenças crônicas e agudas, e as patologias apresentadas por eles são as mais diversas, como doenças respiratórias, neurológicas, de pele, genéticas, entre outras. As internações também podem ser decorrentes de uma situação de violência sofrida pela criança ou adolescente. Vale ressaltar que dentro da conjuntura sociofamiliar, apresentam-se algumas expressões da questão social<sup>2</sup> vivenciadas por essas crianças e adolescentes em situações de violação de direitos, como por exemplo situação de rua, vulnerabilidade social, risco social, abandono, violência física, sexual, estrutural, entre outros.

---

<sup>1</sup> Composta pelas profissões: Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

<sup>2</sup> A questão social é um conjunto de problemas sociais, econômicos e políticos, resultante do conflito entre capital e trabalho, originado entre a compra (detentores dos meios de produção) e venda da força de trabalho (trabalhadores), que gera manifestações e expressões. Estas manifestações e expressões, por sua vez, geram desigualdades, como o desemprego, a exploração, o analfabetismo, a fome, a pobreza, entre outras formas de exclusão e segregação social (FRAGA, 2010).

Portanto, a problematização da temática do acolhimento institucional de crianças e adolescentes objetiva contribuir para a qualificação do processo de trabalho da equipe profissional, no que tange ao cuidado integral em saúde. Primeiramente será abordada a metodologia do projeto, a qual expõe o caminho percorrido para a realização da pesquisa. Posteriormente serão apresentados os resultados obtidos por meio dos núcleos temáticos resultantes desse processo, bem como as problematizações destes. Por meio da análise de conteúdo, surgiram os seguintes núcleos temáticos: *O Acolhimento Institucional de crianças e adolescentes: medida de proteção e cuidado?*, *O acolhimento institucional de crianças adolescentes e o trabalho coletivo*. Por fim, as considerações finais trazem um fechamento das discussões da pesquisa a partir dos referenciais teóricos que embasaram a discussão ao longo de todo o trabalho.

## 1. Metodologia

A pesquisa que resultou no presente artigo foi orientada pelo método dialético crítico. Esse método visa dar conta de responder aos questionamentos levantados ao longo da pesquisa, de forma que possamos absorver os múltiplos fatores e determinantes do estudo, e os fenômenos ligados a ele (TRIVIÑOS, 2007). O trabalho caracterizou-se pelo enfoque qualitativo, com caráter explicativo. A técnica de coleta de informações foi a de entrevista semiestruturada. Para a análise dos resultados da pesquisa, foi utilizada Análise de Conteúdo com referencial teórico em Bardin (2011). O estudo, após ser submetido ao Comitê de ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, obteve aprovação.

Foram selecionados e convidados a participar da pesquisa 18 profissionais de diferentes áreas de atuação (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social), entretanto, destes apenas 10 participaram efetivamente do estudo. Cabe aqui ressaltar que quase a metade dos selecionados não aceitou participar do estudo, o que nos faz refletir sobre o quanto a temática mexe com os sujeitos, e nos faz questionar as razões de tamanha dificuldade de falar sobre ela.

## 2. Resultados e Discussão

### 2.10 *Acolhimento Institucional de crianças e adolescentes: medida de proteção e cuidado?*

O acolhimento institucional é considerado uma medida de proteção reconhecida pelo ECA, e, segundo o estatuto, deve possuir caráter excepcional e provisório (BRASIL, 2016). Quando se discute tal questão em um serviço de saúde da rede terciária, alguns fatores interferem na decisão, como por exemplo: doenças crônicas, dependência de tecnologias, uso contínuo de medicamentos, dentre outros, que demandam o cuidado específico desses sujeitos no processo saúde-doença.

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi possível identificar que grande parte dos atendimentos realizados são voltados a crianças e adolescentes acometidos por questões de saúde neurológicas, congênitas, genéticas, crônicas, raras, incapacitantes, as quais geram impactos familiares importantes. Esses impactos podem incluir desde o uso de uma sonda nasogástrica, passando pela administração de vários medicamentos, até o uso de equipamentos de tecnologia (respiradores, bombas de infusão, entre outros). Há, ainda, o impacto da doença no cotidiano familiar, no convívio social e na inserção no mercado de trabalho, dentre outros fatores.

Dentre os sujeitos entrevistados, muitos justificam a necessidade do acolhimento institucional por acreditarem que as famílias não conseguem suprir as necessidades advindas do processo de adoecimento, expressas nas demandas da Rede Terciária do SUS, o que pode vir a representar riscos e prejuízos à vida das crianças e adolescentes atendidos. Vejamos os trechos a seguir:

[...] tem às vezes os pacientes que vão para casa, com diversas comorbidades, utilizando diversos medicamentos. Muitas vezes a gente encontra pais analfabetos; não sabem nem ler o nome dos medicamentos, identificam pela cor ou qualquer coisa assim [...]. Então a gente poderia contribuir nessa forma de avaliar, e junto com uma equipe multiprofissional, pensar numa forma que esse sujeito tenha todo o tratamento necessário, adequado para que tenha uma qualidade de vida [...] (E1)<sup>3</sup>.

[...] quando a família não consegue lidar ou não segue as orientações mínimas para manter a vida dessa criança[...]. Quando tiver uma situação muito extrema [...], que põe em risco a vida de uma criança. Por exemplo uma criança com uma lesão neurológica muito grave, onde a família não leva em consideração não consegue ter um cuidado com aquela criança, de uma forma geral pela patologia. (E5).

Nos relatos acima, percebe-se grande preocupação da equipe com os cuidados que o paciente irá receber no seu domicílio, após a alta hospitalar. Os entrevistados identificam fragilidades por parte dos familiares para desempenhar o cuidado em saúde, mas relacionam as dificuldades à patologia do paciente. O primeiro sujeito traz como contraponto a necessidade de elaboração de alternativas de apoio, buscando trabalhar as demandas de forma multiprofissional, a partir de ações e estratégias que visem evitar o acolhimento institucional.

Todavia, percebe-se uma fragilidade na avaliação profissional acerca dos motivos que podem levar à utilização da referida medida. Quando a não adesão estiver relacionada à falta de conhecimento da família sobre o tratamento e sua importância no processo de recuperação da criança – associada à pouca escolaridade dos responsáveis ou ainda à falta de acesso à medicação, por exemplo – é imprescindível que os profissionais criem vínculos com os sujeitos atendidos. Dessa forma, lançar mão de uma rede de apoio social, a fim de ofertar suporte para o enfrentamento das adversidades que surgem no decorrer do tratamento da criança ou adolescente com doença crônica, é fundamental (FREITAS et al., 2011).

---

<sup>3</sup> Visando preservar a identidade dos participantes, foram utilizados códigos para as entrevistas. Ex: Entrevista 01 (E1) e assim sucessivamente. As entrevistas foram realizadas após a explicação dos objetivos da pesquisa para os participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo da Resolução de número 510 do Conselho Nacional de Saúde, datada de 07 de Abril de 2016.

Dentro dessa perspectiva do cuidado, observa-se um desafio, o qual envolve questões de gênero. A centralidade do cuidado na mulher foi uma questão apresentada pelo estudo, o que de certa forma configura a culpabilização destas:

A gente tem pacientes que a mãe não tem condições de ficar, aí vai ter que ir para uma instituição para realizar os cuidados que a mãe não tem condições. A gente vê se a mãe é interessada, se ela tem condições, se é presente (E6).  
O processo em si de acolhimento tá muito relacionado a essas situações que a criança ou o adolescente são expostos, ou acabam muitas vezes sendo deixados de lado ou tendo que tomar uma decisão, porque a família não tá dando conta. Não tem uma avó que tome partido, ou uma tia que assuma essa criança (E8).

Neste sentido, no que se refere à aplicação da medida de acolhimento institucional, é possível perceber que as crianças, os adolescentes e as mulheres configuram-se em um alvo privilegiado dos comentários dos entrevistados. As primeiras por serem o objeto primordial da proteção, e as segundas por serem constantemente responsabilizadas tanto pelas condições que geraram a necessidade do acolhimento, quanto pelas iniciativas para a recuperação da guarda de seus filhos (MOREIRA, 2013, p.02).

O estudo nos faz refletir que, embora as legislações que orientam o acolhimento institucional de crianças e adolescentes, como o PNCFC (2006)<sup>4</sup>, considerem a diversidade das configurações familiares, é possível perceber que entre a “família vivida” e a “família imaginada” persiste a família idealizada, de tipo conjugal nuclear, na qual os papéis de gênero são distribuídos de forma estereotipada, ficando a cargo das mulheres o papel do cuidado e aos homens o de provedor. Tal dificuldade está relacionada à concepção de que o cuidado é uma atividade de gênero feminino, devendo ser exercida pelas mulheres. Portanto, a tutela acaba por incidir mais fortemente sobre as mulheres do que sobre os homens (MOREIRA, 2013).

Em contrapartida, houve sujeitos participantes da pesquisa que consideram a questão clínica importante, mas não central. Assim, eles reconhecem a existência de outras medidas, e que estas devem ser esgotadas, bem como que outros serviços precisam ser acessados e corresponsabilizados em parceria com a família:

[...] o acolhimento institucional acaba sendo o último recurso, depois de todas as tentativas que são feitas não só por nós aqui do hospital, ou enquanto equipe multiprofissional também, e esgotados os recursos de rede (E10).  
[...] compreendo o acolhimento, o resultado final de tentativas, de manutenção de vínculo familiar, onde não foi possível se manter por determinado motivo, mas que colocaria em risco a integridade física, emocional da criança ou adolescente envolvido (E9).

O último trecho menciona a importância do esgotamento de investimentos na família e de recursos em rede. Isso exige articular outros setores e ações, tendo em vista que a intersectorialidade nas políticas

---

<sup>4</sup> Plano nacional destinado à promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. Trata-se de decisão do Governo Federal em dar prioridade a essa temática, com vistas à formulação e implementação de políticas públicas que assegurem a garantia dos direitos das crianças e adolescentes, de forma integrada e articulada com os demais programas de governo. Resultado do processo participativo de elaboração conjunta, envolvendo representantes de todos os poderes e esferas de governo, da sociedade civil organizada e de organismos internacionais, os quais compuseram a Comissão Intersetorial que elaborou os subsídios apresentados ao Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes – CONANDA e ao Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS (BRASIL, 2006, p.13).

públicas busca articular os diversos saberes, bem como superar práticas fragmentadas, visando resultados mais exitosos e o alcance de objetivos mais amplos (BELLINI et al., 2013).

Diante do exposto, e em articulação com ideias trazidas pelos sujeitos envolvidos no estudo, pode-se observar a contradição do que está previsto em lei, e como esta é efetivada. Sabe-se que as políticas públicas que deveriam assegurar apoio às famílias, tornam-se, por diferentes fatores, ineficientes e insuficientes. Isso ocorre, por exemplo, quando o sujeito é pensado de forma isolada dos demais membros que compõem o núcleo familiar, e se adota o Acolhimento Institucional sem considerar as medidas que antecedem a institucionalização. É necessário superar a fragmentação da atenção e do atendimento para a efetivação da proteção integral (TEIXEIRA, 2010). Desta forma, esses serviços devem prestar atendimentos mais totalizantes, aliados a intersectorialidade, a qual considera-se um grande desafio, pois exige a atuação de diferentes setores de forma integrada e inclusiva, visando compartilhar recursos, metas e desenvolvendo estratégias conjuntas a partir das experiências já vivenciadas (SANTOS, 2011).

O estudo aponta ainda que a falta de conhecimento a respeito da medida de acolhimento institucional, impossibilita a superação da visão assistencialista existente na história do Brasil no que diz respeito ao atendimento das demandas sociais. Os antigos abrigos, por exemplo, eram vistos exclusivamente como um local de moradia para as crianças e adolescentes, onde não eram trabalhadas outras questões de desenvolvimento da infância e da adolescência. (RIZZINI, 2007). Assim sinalizou o entrevistado:

[...] é quando uma criança é retirada de sua família, de certa forma **pra viver num abrigo, cuidado por profissionais**, por pessoas desse abrigo assim. Essas crianças são tiradas por algum motivo, não sei dizer exatamente todos, mas vivenciei aqui no hospital pouquíssimos, mas eu sei que problemas de saúde também são considerados [...]. (E4)

Pode-se apontar que as falas apresentadas anteriormente compartilham e conferem o mesmo grau de importância às questões de saúde quando o assunto é acolhimento institucional. No entanto, colocam como prioridade a questão clínica (patologia), esquecendo por vezes que a família é, sim, a instituição primeira que deve ser responsável por seus membros e dar conta de suas necessidades de forma integral (o processo saúde/doença). Além disso, o PNCFC reconhece que cabe às políticas públicas potencializar as condições de sobrevivência digna da criança dentro de sua família, por meio do acesso a uma rede de serviços potencializada, haja vista a superação de suas vulnerabilidades<sup>5</sup>, envolvendo o Estado, a família e a sociedade (BRASIL, 2006). Além disso, de acordo com o ECA, quando o acolhimento institucional da criança ou adolescente for representar o seu melhor interesse, ou ainda o menor prejuízo ao seu processo de desenvolvimento, todos os empenhos devem ser feitos para garantir que isso ocorra no menor tempo possível, mantendo-se a garantia de retorno à família de origem ou ainda a inserção em família substituta (BRASIL, 2009).

---

<sup>5</sup> As vulnerabilidades sociais não se restringem às condições de pobreza, mas abarcam, igualmente, vitimizações, fragilidades e contingências que o cidadão, a cidadã e suas famílias enfrentam na trajetória de seu ciclo de vida, em decorrência de imposições sociais, econômicas e políticas. (SEMZEZEM; ALVES, 2013, p.02)

Dessa forma, o acolhimento institucional não tem por objetivo ofertar a permanência no local como moradia, sendo este um local transitório, até que as famílias construam autonomia para responderem às necessidades de cuidados em saúde do acolhido. Nesse sentido, Cabral (2009), ao observar os aspectos relativos à hospitalização, lembra que, embora a família seja responsável pelo desenvolvimento e cuidado da criança, precisa encontrar suporte nas redes de apoio no pós-alta hospitalar. A necessária articulação das políticas públicas e a consequente responsabilização do Estado são essenciais para que não haja a culpabilização familiar.

Ainda, ressalta-se que é um grande desafio para a família assumir os cuidados no domicílio, sem o suporte da equipe multiprofissional, somado a atribuições complexas, bem como a fragilidade emocional que envolve o adoecimento de um membro da família. Sobre isso, um dos entrevistados ressalta que:

[...] muitos dos nossos pacientes requerem alguma tecnologia, e nesse sentido a família tem muito receio de levá-los para casa. Isso gera um sentimento de bloqueio, vontade de cuidar, sentimento de impotência, angústia, medo, sentimento de perda e um monte de coisas que devem passar pela cabeça dessa família, um luto, enfim. A gente dá um tempo para a família se organizar, só que esse tempo aqui dentro, é um tempo um pouco diferente que as outras pessoas têm pra organização, para resolver as coisas (E3).

Pode-se observar nessa fala que, embora a família seja vista como central nesse processo de cuidado, o que é percebido já durante a internação hospitalar, existe uma realidade que não favorece a organização da atenção à criança e adolescente adoecido. Portanto, quando se fala da complexidade do cuidado que deve ser assumido pela família no pós-alta hospitalar, acaba-se por revitimizar a família, pois, além de a criança ou adolescente ser acometido de uma doença crônica e suas complexidades, a família acaba sendo penalizada pela retirada deste do seio familiar. Sobre isso, Teixeira (2010) reafirma a necessidade de orientação e acompanhamento dos cuidadores durante o período de adoecimento.

Assim, a equipe multiprofissional que atende a família deve ser clara e objetiva no que tange às orientações acerca dos cuidados de saúde, objetivando a autonomia no cuidado e fazendo com que os sujeitos participem efetivamente dos processos, desde o período de internação hospitalar até o retorno para o domicílio. Tais medidas tornam o cuidador parte do processo terapêutico, podendo evitar o acolhimento institucional de crianças e adolescentes. Desta forma, ao dividir vivências, alguns sentimentos são expressos, propiciando o esclarecimento de dúvidas, tal qual um espaço de atuação e participação do sujeito cuidador (TEIXEIRA, 2010).

Percebe-se, ainda, que, para além da dificuldade de entendimento da medida acolhimento institucional por parte dos profissionais, há o desconhecimento da legislação pertinente à essa mesma medida:

Estou tentando me lembrar de alguma situação de acolhimento que me remetam a alguma coisa de legislação, porque enfim, a gente não lê muito sobre isso, na minha área pelo menos [...] (E1).  
Não sei nada assim de lei. Não, não sei. A gente geralmente pesquisa no jurídico, geralmente fica com o jurídico (E3).

Nenhuma! Eu fui conhecer aqui [...] e mesmo assim não é uma coisa que eu gravei (E4). Não tenho! Não tenho conhecimento assim de legislações, que eu tenha lido assim na íntegra, não me recordo (E5).

Apesar dos avanços legislativos, fica claro o desconhecimento profissional de legislações que devem ser consideradas na tomada de decisões acerca do acolhimento institucional de crianças e adolescentes. Embora haja direitos legitimamente conquistados, estes precisam ser conhecidos para que de fato sejam efetivados. Dessa forma, são os profissionais que atuam e intervêm nos serviços de saúde os operadores desse direito, são eles que farão com que documentos legais se transformem em práticas cotidianas (NERY, 2010).

Santos (2013) lembra que todos os cidadãos são responsáveis pela promoção plena de direitos fundamentais como saúde, educação, esporte, lazer, cultura, alimentação, habitação, entre outros. Logo, conhecer os direitos básicos da população atendida pode empoderar os sujeitos acerca de seus direitos e deveres, ou ainda o desconhecimento pode resultar na violação dos direitos dos usuários atendidos, constituindo um problema da coletividade. Isso torna-se evidente a partir da verificação do fato de que o Estatuto da Criança e do Adolescente é a única legislação a qual os profissionais se remetem em situações que envolvem o acolhimento institucional:

O Estatuto da Criança e do Adolescente que embasou toda a prática, [...] o conselho tutelar. O Estatuto para essa questão de acolhimento, acho que tudo se embasa no estatuto [...] mas está previsto lá no Estatuto que não se “tira” crianças da família por questões de vulnerabilidade social [...]. O Estatuto dá um espelho bom, para articular às outras políticas (E2).

Eu acabo sempre me reportando ao Estatuto da Criança e do Adolescente, não sei de cor informar nada de artigo específico, mas eu sei que é ali que dá o amparo[...]. O que me respalda é sempre o Estatuto da Criança e do Adolescente (E10).

Observou-se, particularmente, a ausência de referência ao Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC), qual constitui uma importante ferramenta de fortalecimento da família, preservação dos vínculos familiares e comunitários, bem como a aplicação de outras medidas de proteção. Segundo o PNCFC, o acolhimento institucional é previsto apenas para casos de maior complexidade, nos quais não seja possível a resolução da situação dentro do âmbito familiar (BRASIL, 2006). Diante do exposto, avalia-se que, de maneira geral, os avanços legais ainda não se concretizam na prática e, embora a aprovação do ECA já tenha ocorrido há quase três décadas. Diante da complexidade faz-se necessário um trabalho interprofissional, além de um processo de educação permanente, o que muitos espaços não ofertam, ou, se ofertam, ainda não de maneira suficiente.

O estudo mostrou, também, que os profissionais verbalizam e afirmam a articulação em rede como necessária, todavia, não a associam a questões legais, parecem não compreendê-la como estratégia de enfrentamento para que o acolhimento institucional seja evitado, principalmente em situações que demandam cuidados específicos de saúde. Sobre isso, os entrevistados compartilharam suas impressões:



Eu acho que os serviços devem ser desde Conselho Tutelar, Ministério Público, até as instâncias entre um e outro. A escola é uma instituição que também faz parte, toda a parte comunitária, que essa criança e essa família está inserida, se tiver um centro comunitário, o próprio CRAS. Eu acho que o envolvimento é abrangente, e quanto maior a gravidade, infelizmente é maior o número de envolvidos, que a gente precisa de apoio, pra tá entrando em contato (E5).

Eu acho que o primeiro passo é articular com o programa de saúde, ver a que território essa família se remete e o que esse território tá fazendo por essa família, acho que esse é o primeiro ponto de articulação (E3).

A contradição presente no cotidiano profissional da instituição em que o estudo foi realizado assemelha-se e soma-se a contradição vivenciada pelo trabalho em rede. A legislação vigente prevê a rede como potencializadora da família e passível de evitar o acolhimento institucional, entretanto, ela também possui suas fragilidades. Santana (2013) reflete que a execução das políticas públicas estão muito aquém das diretrizes propostas nos documentos de base legal, bem como do debate político. Atualmente observa-se o descaso dos governantes com os serviços socioassistenciais, o que deixa uma significativa parcela de crianças e adolescentes vulneráveis a riscos diversos, fazendo-se necessário o acolhimento institucional.

O trabalho em rede, apesar de contraditório, é fundamental para suprir as demandas familiares e evitar o acolhimento institucional. Todavia, ao responsabilizarem a família pelas violações de direitos vividas pelos seus membros, não contribuem para a garantia do direito à convivência familiar e comunitária (MORAIS, 2013). A não culpabilização das famílias, permite a integralidade e a legitimação de práticas e estratégias de atendimento, assim como auxiliar todos os envolvidos no seu fazer cotidiano.

Dessa forma, o estudo nos mostrou algumas fragilidades quanto à aplicação da medida de acolhimento institucional, sobretudo quando pensada como recurso de proteção à criança e adolescente. As legislações preveem a atuação em rede, o que engloba diversas intervenções, pensando a família de forma mais ampla. Quando a rede não é acionada ou ainda não efetivada, acaba por fragilizar a família, tornando o acolhimento a resposta mais fácil a ser tomada, devido ao fato de que os esforços para evitar o rompimento familiar são incipientes (MORAIS, 2013). Como resultado disso, a família é punida, através de uma lógica perversa que não possibilita outros recursos, senão o acolhimento institucional.

## *2.2 O acolhimento institucional de crianças e adolescentes e o trabalho coletivo*

No mundo das necessidades em saúde, não há trabalhador que de forma solitária consiga dar conta da complexidade do cuidado, pois uma caixa de ferramenta profissional deve complementar a outra. Dessa forma, o trabalho coletivo configura-se na troca profissional, e na transmissão do conhecimento profissional de um trabalhador a outro (MERHY, FRANCO, 2003). Através dos dados coletados, e análises realizadas, foi possível identificar que o trabalho em equipe é apontado pelos profissionais de saúde que tomaram parte no estudo:

Então não é só saber das intervenções médicas que vai trazer melhoria das condições clínicas da criança, mas como cada categoria pode trazer também, de que forma vai estar

colaborando e também trazendo provocações quanto a realidade que está posta naquele momento, do contexto que se apresenta durante a internação (E10).

Eu acho que a equipe multi ela tem que ser ouvida, se ouvir, acho que é importante a contribuição de cada integrante, a gente pode construir e aprender cada vez mais, com a construção de olhares diferentes, de saberes diferentes, [...] (E5).

Percebe-se que os profissionais compreendem a importância do trabalho coletivo e o quanto este é vantajoso para os usuários. A proposta do trabalho multiprofissional e interdisciplinar visa o alcance da compreensão da totalidade do sujeito/usuário, de modo que as profissões, cada uma com suas especificidades, possam contemplar as necessidades destes (LEAL, XAVIER, 2015). A efetivação do cuidado em saúde, se dá por meio da interação entre profissionais, usuários e suas famílias, além de criação dos novos modelos de assistência, adesão ao tratamento, prevenção e promoção em saúde, ampliação da autonomia dos sujeitos e efetivação do trabalho em equipe (ARAÚJO, 2009).

Outra questão apontada pelos participantes da pesquisa, é que o trabalho coletivo ainda é um processo em construção, e que lugares que reúnem diferentes sujeitos acabam por gerar diferentes opiniões e estratégias de intervenção:

É difícil! É porque são muitas pessoas reunidas, e cada uma com sua opinião, tem pessoas que são mais resistentes. [...] e é sempre algo a se pensar, nos desfechos. É um processo, que tem que ser construído aos poucos (E4).

O trabalho coletivo prevê o comprometimento de cada profissional, os quais se aceitam como iguais, dispostos a dividir criticar e acatar os conhecimentos disponibilizados pela equipe. Envolve educação formal distinta, sentimento de pertencimento, em relação a um determinado projeto, e expressam o exercício maior ou menor da relação democrática. Esse tipo de trabalho presume também a conciliação entre os sujeitos profissionais dispostos a colocar os conhecimentos e práticas a serviço de um projeto terapêutico, não mais ligado a uma única profissão, mas definido e construído pelo conjunto dos profissionais, numa perspectiva interdisciplinar (SOUZA; OLIVEIRA; CASTRO, 2011).

Pensando o acolhimento institucional de crianças e adolescentes, o trabalho coletivo não pode ser compreendido como o ato de apenas dispor profissionais num mesmo espaço de trabalho. Tal situação exige o esforço conjunto, o compartilhamento de saberes, projetos, poderes e vontades, bem como o estabelecimento de parcerias e responsabilização coletiva do trabalho. As soluções devem ser encontradas de maneira coletiva na definição do projeto terapêutico, com o sentido de colocar em prática o que foi discutido e aceito pelo grupo a partir das leituras que cada um faz da realidade da criança ou adolescente atendido.

Entretanto, por meio do estudo, identificou-se que o trabalho coletivo ainda não se efetivou de forma consistente, que as diferentes ciências envolvidas no cuidado em saúde ainda tendem a compartimentalizar o conhecimento, fazendo da interdisciplinaridade um grande desafio à Saúde Pública, e aproximando a transdisciplinaridade ainda mais da utopia. Nessa mesma linha de raciocínio, os entrevistados

destacaram, ainda, a necessidade de avançar em termos de formação profissional, bem como no trabalho integrado em saúde:

[...] procurar ao longo do tempo se aperfeiçoar, existem tantos fóruns por aí a fora, e seminários, sobre políticas públicas voltadas para esse segmento, até mesmo para discutir a problemática em função do próprio acolhimento institucional e dos recursos em rede cada vez mais escassos, do cuidado em família, desse olhar um pouco mais ampliado e trabalhar de forma integrada [...] (E10).

Para que o cuidado integral ocorra em um serviço de saúde, é necessário que a equipe profissional valorize a subjetividade dos sujeitos atendidos, levando em consideração seus medos, sentimentos, suas falas, ouvindo-os e sabendo que também trazem julgamentos, atitudes e potencialidades. Para isso, exige-se um olhar para outros determinantes do processo saúde-doença, como o modo de vida, o contexto socioeconômico e a forma como crianças e adolescentes, ou suas famílias, estão inseridos no processo de cura ou cuidado (GUEDES; CASTRO, 2009).

A partir disso, é necessário considerar que, se houve participantes do estudo que identificaram melhorias no processo do trabalho coletivo a partir do trabalho em equipe, no entanto, tais mudanças positivas aparecem condicionadas à equipe na qual se trabalha. Considerando a equipe na qual estão inseridos, os entrevistados observam avanços, bem como espaço para a inserção e contribuição de todas as áreas profissionais:

[...] depende ainda muito de quais são as equipes. Tem equipes que são mais abertas, isso acontece em todos os lugares. A percepção da equipe multi, a opinião de todo mundo, isso melhorou muito[...]. Então hoje em dia, as equipes que conseguem trabalhar com reuniões multidisciplinares, com outras equipes, chamar outras especialidades, ouvir todo mundo, fazendo planejamento (E3).  
Pediatría é um dos lugares, que entra nessa possibilidade, tem umas diferenças, mas eu sempre vi espaço. Alguns assumindo mais, outros menos[...] (E9).

Apesar das diferentes ideias profissionais, alguns sujeitos percebem que há abertura, que há envolvimento e uma movimentação para superação da fragmentação enquanto equipe, ou ainda do sujeito atendido. Os entrevistados pensam que, embora haja espaço, nem todos os sujeitos envolvem-se nesse processo de tomada de decisão. Dessa forma, observou-se que o modelo de gestão da equipe de saúde envolvida no estudo baseia-se na racionalidade técnico-burocrática, ou seja, ordenado em tempos espaciais e regulado por protocolos de ações verticais. Este por sua vez possui uma organização na qual cada profissional ocupa seu lugar, tentando preencher os requisitos do seu papel profissional, guiada por comunicações verticais hierarquizadas e horizontais corporativistas (MERHY; FRANCO, 2003).

Ressalta-se que, se trabalho em saúde acontece majoritariamente na modalidade de trabalho coletivo multiprofissional de forma cooperativa, geralmente se concretiza por meio de ações fragmentadas, em que cada área técnica se responsabiliza por uma parte da atividade (PIRES, 2008). Assim sendo, constata-se que tal realidade não se configura apenas na equipe profissional participante do estudo, mas como uma fragilidade apresentada pelos serviços de saúde de forma geral.

Constatou-se, também, que cada profissão expõe a forma como atuaria, enquanto categoria profissional, no que se refere a tomada de decisão em situações nas quais o acolhimento institucional é discutido. Os profissionais parecem não conseguir enxergar-se como parte da equipe multiprofissional, ou ainda, para além de intervenções pertinentes à sua profissão, lançar mão de um olhar mais ampliado, em busca de abarcar a realidade de cada sujeito:

Agora tem uma parte jurídica, a gente não sabe disso, precisa uma equipe multidisciplinar mesmo, que todos têm que contribuir. [...] a gente passa para o Programa de Proteção e aí ele vai passando adiante, acho que para o advogado do hospital, para a parte jurídica tudo e aí vai andando. (E6)

[...] eu acho que a gente acaba sendo muito mais formada para uma coisa mais da clínica, do que pra abrangência inter e multiprofissional. (E8)

Pelo exposto percebe-se a fragilidade da prática interdisciplinar. Silva (2016) afirma que a atuação interdisciplinar demanda esforço dos sujeitos envolvidos em seu processo de operacionalização, dado que o não estabelecimento dialógico, de forma criativa e construtiva, acaba por resultar em ações pontuais e desarticuladas.

O estudo realizado demonstra que alguns profissionais não sentem-se parte da equipe multiprofissional, referindo-se a esta como “um mundo à parte”, o que pode vir a ocasionar a fragmentação do cuidado, inviabilizando a interdisciplinaridade. Além disso, alguns profissionais reconhecem que tal fragmentação está relacionada ao processo de formação profissional, o qual muitas vezes educa o profissional para a parte clínica e biológica, excluindo os demais fatores da prática de intervenções, o que fragmenta o cuidado coletivo. A abordagem reducionista, que não leva em conta fatores como ambiente físico e desigualdades sociais, por exemplo, fatores esses que também influenciam no processo saúde-doença, compromete a promoção de saúde, bem como um processo mais abrangente e contínuo. Assim, teorias biológicas e biomédicas apresentam limites explicativos, e são insuficientes, quando consideradas isoladamente, para organizar as respostas sociais ao cuidado integral à saúde de crianças e adolescentes (MOTTA; BATISTA, 2015).

Outro fator revelado foi o quanto algumas intervenções permanecem focalizadas em determinadas profissões. Tal pensamento faz questionar como o cuidado integral, a partir de uma prática multiprofissional, com foco no trabalho interdisciplinar, vem sendo aplicado. Assim, os sujeitos entrevistados ressaltaram que alguns profissionais estão à frente desse cuidado, sendo considerados principais, enquanto outros assumem uma posição mais “secundária”, e por isso necessitam, ainda, de uma maior inserção:

Eu vejo como os profissionais principais hoje em dia, a equipe médica, a equipe de enfermagem, o serviço social, a psicologia (E5)

[...]. Eu vejo que a Educação Física, a Fonoaudiologia, a Terapia Ocupacional são áreas que precisam estar mais inseridas nas equipes (E8).

Ao classificar profissões como primárias e secundárias, reconhecendo que existem profissões que assumem a frente do cuidado em saúde, acaba-se por se promover uma oposição à lógica de integralidade.

A integralidade contesta a fragmentação de ações profissionais, pois essa forma de atuação não possui capacidade de superar a complexidade das demandas advindas da população (SILVA, 2016). Nessa mesma linha de reflexão, foi mencionado pelos entrevistados que a focalização profissional pode estar relacionada ao crescente número de situações envolvendo conflitos familiares e vulnerabilidades sociais, o que tende a coagir profissionais, e fragilizar o envolvimento de todos:

[...] a gente percebe que ainda tem muita dificuldade, as situações de hoje em dia, tem situações cada vez mais de conflito nas famílias e vulnerabilidades, muitas vezes a equipe se sente ameaçada quando tem que tomar esse tipo de decisão, e acaba muito focando no assistente social (E10).

De forma geral os profissionais de saúde, apresentam dificuldades em trabalhar com situações que envolvam violência, independentemente do seu nível de formação, isso se dá pelo fato da formação em saúde assumir uma visão biomédica, que atua na lógica curativa, não contemplando a complexidade da violência, a qual não é passível de medicalização, e exige outras estratégias. As situações conflitivas e de vulnerabilidade social exigem preparo profissional, todavia, alguns profissionais não se sentem preparados para intervir nessas situações, o que acaba por limitar demandas que deveriam ser trabalhadas conjuntamente. Assim, a focalização de intervenções profissionais na tomada de decisão ao acolhimento institucional de crianças e adolescentes pode estar vinculada a dificuldade de manejo em situações que envolvem maior complexidade, como é o caso da violência.

No seguimento da mesma lógica, o estudo identificou, ainda, a separação do sujeito como “ser social” e “ser clínico”, como se os sujeitos atendidos pudessem ser divididos e cada profissional pudesse pensar o paciente de forma isolada:

Eu acredito que a gente poderia ter alguns núcleos com maior participação em alguns casos. Alguns membros da equipe médica por exemplo, não estão tão próximos, ou não se envolvem tanto, “ah essa é a parte social!”, como se o social não fizesse parte da integridade do paciente ou delegando a função para um terceiro. Não tô generalizando, mas sei de umas situações que a gente não tem um apoio assim da equipe como um todo, pra ver essa situação (E5).

Diante disso, a complexidade que envolve a saúde não deve ser delegada a apenas uma área do conhecimento, é necessária a articulação entre a equipe multiprofissional no intuito de proporcionar à população um atendimento integral em saúde (LEAL; XAVIER, 2015). Os sujeitos participantes do estudo, ao exporem a divisão entre o social e a clínica, reforçam a ideia da fragmentação profissional, e o quanto as situações, quando envolvem fatores sociais, não são trabalhadas na sua totalidade.

Deve-se compreender que as expressões da questão social estão diretamente relacionadas com a questão de saúde, podendo, assim, serem consideradas como fatores agravantes (LEAL; XAVIER, 2015). Dessa forma, faz-se necessário que cada profissional conjugue seu conhecimento aos demais saberes na busca do atendimento integral aos usuários do serviço de saúde.

A ideia de focalização em uma categoria profissional é reforçada quando o assunto é articulação em rede. Todos os profissionais devem, em algum momento de suas intervenções, articular a rede de serviços intersetorial do território de moradia dos sujeitos atendidos, pois entende-se que todos possuem a competência e o dever de desempenhar tal atividade, conforme prevê as diretrizes do SUS. No entanto, observa-se que não é isso que ocorre, ficando à cargo de algumas profissões o referido contato. Isso, como consequência, faz com que alguns atores sejam considerados principais no processo de decisão ao acolhimento institucional, e outros ajam apenas como coadjuvantes.

[...] esse contato com a rede, compreender esse funcionamento, essa dinâmica lá fora, acaba muito focado no assistente social. Existem alguns movimentos ainda um pouco tímidos por parte da enfermagem, mas são contatos assim diretos com enfermeira, principalmente em situações de crianças que já tem histórico de internações prévias aqui no hospital (E10).

Eu, por exemplo, não me sinto preparada pra fazer toda essa busca de rede, de tudo. Por exemplo se não tivesse um assistente social, em hipótese alguma sabe, acho que daí seria aquela coisa de por onde que eu começo sabe? Eu acho que o serviço social é sempre o serviço adequado pra entrar em contato com as redes ou saber onde buscar, com quem tem que falar (E1).

Assim como na interdisciplinaridade, quando o assunto é intersectorialidade, os profissionais associam a responsabilização de algumas profissões no processo decisório sobre acolhimento institucional, ou mesmo a dificuldade de trabalhar de forma interdisciplinar ao fato de algumas formações e vivências profissionais serem diferentes.

Assistentes sociais têm uma bagagem muito maior, de poder dizer não, não é assim, primeiro é esse caminho que tem que ser tomado, então a vivência é outra da formação. Essa troca de entenderem um pouco da prática do outro profissional [...] (E8).

[...] profissionais não só os que estão envolvidos nesses espaços como os demais terem talvez um esclarecimento melhor sobre a situação de acolhimento[...] Poderia ser fortalecido em termos de formação para os próprios funcionários[...] (E7).

As falas expressam a necessidade de uma formação profissional voltada para o conceito ampliado de saúde, a qual deve abarcar a compreensão dos elementos que constituem o sujeito, sendo estes, por sua vez, permeados por determinantes biológicos, sociais e mentais. A articulação em rede não é uma função exclusiva do assistente social: todo e qualquer profissional pode desempenhar tal função. Na articulação em rede, diversos atores são envolvidos, sendo esta uma tentativa de superar a fragmentação dos saberes e políticas, buscando atender de forma integrada as necessidades dos usuários.

A Lei 8.080, em seu art.7º, dispõe que entende-se por integralidade de assistência o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 2016). Assim, percebe-se que o trabalho coletivo exige uma proposta de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que compreenda a totalidade dos sujeitos atendidos, por meio das especificidades de cada profissão. Isso também inclui a continuidade do cuidado, através da rede socioassistencial.

Portanto, entende-se que a equipe de saúde, a partir do trabalho coletivo logrará êxito em suas ações, fazendo frente ao desafio de romper a lógica de fragmentação do saber e da intervenção. Isso ocorrerá dentro do contexto de prática interprofissional, comprometidos com a complexidade da realidade e transformação social, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (SILVA, 2016).

## **Considerações Finais**

Observou-se, conforme pontuado ao longo das últimas páginas, diversos aspectos relacionados à contradição que envolve a excepcionalidade da medida de acolhimento institucional de crianças e adolescentes, a importância do trabalho em equipe na perspectiva de atendimento à complexidade da demanda em saúde e a importância do trabalho na perspectiva da integralidade.

É necessário notar os avanços legislativos existentes, como o ECA, a PNCFC, as Orientações Técnicas para Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, os quais possuem grande relevância social e constituem marcos nas políticas públicas no Brasil, efetivando os direitos das crianças e adolescentes, reconhecendo-os como sujeitos de direito. Para além disso, a legislação vem para romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes e fortalecer o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários. No entanto, as maiores transformações nunca se darão por meio de normas, portarias ou concessões governamentais, elas se constroem no cotidiano e suas relações, pois, para além da existência de legislação, faz-se necessária a execução do que nela está previsto.

Dessa forma, é necessária a realização de trabalhos com a família na perspectiva de fortalecê-la, para que não seja preciso a aplicação da medida de acolhimento, devendo ser aplicadas outras medidas de proteção, de acordo com o que foi visto ao longo deste estudo. Portanto, antes da medida ser aplicada, deve-se assegurar à família o acesso à rede de serviços públicos que possam potencializar as condições de um ambiente seguro de convivência para a criança ou o adolescente.

Por se tratar de um serviço de saúde, ressalta-se a necessidade de resgate dos princípios estruturantes do SUS, em especial a integralidade. Tal princípio busca efetivar uma nova concepção de saúde, a qual deve ser compreendida também como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. A interdisciplinaridade, intersetorialidade e a educação permanente são requisitos indispensáveis, na prática profissional, não só de trabalhadores atuantes na área da saúde, mas em toda e qualquer área voltada ao atendimento da criança e adolescente.

## **Referências**

ARAÚJO, T. C. C. F. de. Comunicação em Saúde: Contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. Rio de Janeiro, v.61, n. 2, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BELLINI, M.I. et al. Políticas públicas e intersetorialidade em debate. SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIA. **Anais**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, de dezembro de 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei 12.010 de 03 de agosto de 2009**. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12010.htm)>. Acesso em: 10 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Edições Câmara, 2016.

CABRAL, I. E. Desafios e perspectivas do cuidar de Enfermagem na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2009; 13(4): 691-93.

FRAGA, C. K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010.

FREITAS. T. A. R. de et al. Proposta de cuidado domiciliar a crianças portadoras de doença renal crônica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene**, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):111-9.

GONÇALVES; A. S.; GUARÁ, I. M. F. R. Redes de proteção social na comunidade: por uma cultura de articulação e cooperação em redes. In: GUARÁ, Isa Maria (Coord.). **Redes de proteção social**. 1. ed. São Paulo: NECA, 2010.

GUEDES. H. H. da S.; CASTRO. M. M. de C. e. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serviço Social em Revista**. LONDRINA, V. 12, N.1, p. 4-26, JUL/DEZ. 2009.

LEAL. R.A.S.; XAVIER. A. Alta hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/servico-social/wp-content/uploads/sites/17/2014/11/TCC-ROBERTA-SANTIN-LEAL.pdf>>. Acesso em: 14 de nov. de 2017.

MOREIRA. M. I. C. Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes: uma leitura na perspectiva de gênero. SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 10. **Anais**. Florianópolis, 2013. Disponível em: <[www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373072908](http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373072908)>. Acesso em 17 nov. 2017.

MOTTA. L. C. de S.; BATISTA. R. S. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. Bras. de Educ. Médica**, 39 (2): 196-207; 2015. Disponível em:



<[www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0196.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0196.pdf)> Acesso em: 16 nov. 2017.

NERY M. A. A convivência familiar e comunitária é direito da criança e do adolescente e uma realidade a ser repensada pela escola. **Cad. CEDES**, vol.30 n.81 Campinas May/Aug. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622010000200005>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Annablume; 2008.

SANTANA, S. S.V. Acolhimento Institucional de Crianças e adolescentes: o Abrigo Ronaldo Araujo como espaço de contradições da execução da política de acolhimento. VI JOR INTER. DE POL. PÚBLICAS: O Desenvolvimento da Crise Capitalista e a Atualização das Lutas Contra a Exploração, A Dominação e a Humilhação. **Anais**. São Luiz do Maranhão, 2013.

SANTOS. A. M. A. dos. Acolhimento institucional de crianças e adolescentes: mudanças na história brasileira. III SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS... **Anais**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em:

<<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/acolhimento%20institucional%20de%20crian%20e%20adolescentes%20mudan%20na%20hist%20ria%20brasileira.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SANTOS. N. N. dos. **A intersectorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil** – O caso do Programa Bolsa Família no Município de Guarulhos. 2011. Dissertação (Mest. em Adm Púb e Governo) – Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. São Paulo 2011.

SEMZEZEM. P; ALVES. J. M. Vulnerabilidade social, abordagem territorial e proteção na Política de Assistência Social. **Serviço Social em Revista**, v. 16, n. 1 (2013).

SILVA, A. L. da. **A imagem e identidade profissional do assistente social expressas no cotidiano: um estudo a partir da demanda de trabalho na alta complexidade em saúde**. 2016. 226 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – PUCRS, Porto Alegre, 2016.

SOUZA. A. I. S. de; OLIVEIRA. L. M. L. de; CASTRO. M. M. de C. e. O trabalho coletivo e as profissões em saúde. **Revista Eletrônica Tempus: Actas de Saúde Coletiva**. Universidade de Brasília-Centro de Estudos Avançados. Núcleo de Estudos de Saúde Pública, v. 5, n1, 2011. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/921>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

TEIXEIRA, S. M. Políticas públicas para a família: o desafio da superação do subdesenvolvimento em serviços de apoio à família. **SER Social**, Brasília, v. 12, n. 27, p. 63-87, jul./dez. 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.