

UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP

POLYANA BARBOSA XAVIER

**A PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS QUE TRABALHAM COM MEDIDA DE
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOBRE
A APLICABILIDADE DO PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO (PIA)**

RIBEIRÃO PRETO - SP

2026

POLYANA BARBOSA XAVIER

**A PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS QUE TRABALHAM COM MEDIDA DE
ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOBRE
A APLICABILIDADE DO PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO (PIA)**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Práticas
Institucionais em Saúde Mental da
Universidade Paulista – UNIP, para obtenção
do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Regina
Gonçalves Correia Zanini.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2026

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial da UNIP
Campus Ribeirão Preto**

X3p	Xavier, Polyana Barbosa A percepção dos técnicos que trabalham com medida de acolhimento institucional para crianças e adolescentes sobre a Aplicabilidade do Plano Individual de Atendimento (PIA) / Polyana Barbosa Xavier. --Ribeirão Preto: Universidade Paulista, 2026. 113 f. il.: Orientadora: Profa. Dra. Marta Regina Gonçalves Correia Zanini Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Práticas Institucionais em Saúde Mental, Universidade Paulista 1. Criança acolhida. 2. Defesa da criança e do adolescente. 3. Psicólogos. 4. Assistentes sociais. 5. Análise institucional. CDU 364.4
-----	--

FOLHA DE APROVAÇÃO

Xavier, P. B. (2026). *A percepção dos técnicos que trabalham com medida de acolhimento institucional para crianças e adolescentes sobre a aplicabilidade do Plano Individual de Atendimento (PIA)* [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Práticas Institucionais em Saúde Mental – Universidade Paulista, UNIP. Ribeirão Preto, SP. (Orient. Marta Regina Gonçalves Correia Zanini)

Aprovada em: ____/____/____

Banca examinadora:

Profa. Dra.: Marta R. Gonçalves C. Zanini (Orientadora)

Instituição: Universidade Paulista (UNIP)

Prof. Dr.: Alex Sandro Gomes Pessoa

Instituição: Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Prof. Dr.: Lucas Duarte Manhas Ferreira do Vales

Instituição: Universidade Paulista (UNIP)

DEDICATÓRIA

Aos meus familiares, por todo amor, apoio e incentivo.

À minha afilhada Emanuelly, que durante todo esse percurso foi minha companhia, deixando esse caminho mais leve.

A todos os profissionais com quem compartilhei esses anos de trabalho e que me inspiraram a aprofundar meus conhecimentos sobre o acolhimento institucional.

A tantas crianças e adolescentes que por mim passaram durante minha trajetória profissional, por me reafirmarem o valor de cada vida e a importância de lutar por um mundo mais justo.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela graça de me permitir concluir essa caminhada, por ter me fortalecido em cada etapa, mesmo diante das adversidades e dos desafios.

Aos meus familiares, que tanto contribuíram para que esse percurso fosse realizado, pelo amor incondicional, paciência e incentivo. Por terem cuidado de mim durante essa jornada, que ocorreu de maneira concomitante ao maior desafio que já enfrentei na vida: um tratamento oncológico.

Ao meu esposo, pelo amor, apoio e incentivo desde o primeiro momento em que sonhei com esse percurso.

Aos meus amigos, que tanto me incentivaram a continuar.

À minha amiga e professora Ana Carolina Castanho, pela dedicação e pelos ensinamentos. Por não ter me deixado desistir quando me descobri doente no início da jornada e por ter me ensinado a maior de todas as lições: precisamos ter pressa em ser feliz!

À minha orientadora, Marta, que compartilhou comigo tantos ensinamentos e me acolheu quando mais precisei.

Aos demais professores, pelas trocas valiosas que ampliaram meu olhar acadêmico e pessoal.

Aos colegas do programa de pós-graduação, pela escuta e pelas conversas de incentivo constante, mesmo nos momentos de incerteza.

Aos profissionais e participantes que colaboraram com esta pesquisa, pela disponibilidade e pela generosidade em compartilhar suas experiências.

Por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se tornasse possível. Cada gesto de apoio e estímulo foi essencial para concretizar essa etapa da minha vida.

“Deus, conceda-me a serenidade para aceitar as coisas que não posso mudar,
a coragem para mudar as coisas que posso
e a sabedoria para discernir uma da outra.

Vivendo um dia de cada vez,
apreciando um momento de cada vez,
recebendo as dificuldades como um caminho para a paz.

E, como Jesus, aceitando as circunstâncias do mundo como realmente são,
e não como gostaria que fossem”.

Reinhold Niebuhr

RESUMO

O Plano Individual de Atendimento (PIA) é um importante instrumental utilizado pelos acolhimentos institucionais no Brasil. Desempenha papel essencial para uma investigação aprofundada sobre crianças e adolescentes e seus contextos, reunindo informações que permitem entender sua história de vida, suas referências familiares e sociais, suas aptidões e projetos de vida. Utilizando-se desses dados, o PIA visa identificar e superar as vulnerabilidades e os riscos que motivaram a aplicação da medida de proteção, estabelecendo metas e atividades a serem desenvolvidas para promover a reintegração familiar da criança e/ou adolescente. No entanto, no cotidiano profissional de técnicos que o operacionalizam, apresenta potencialidades e dificuldades em sua aplicação. Este estudo de caráter exploratório, *survey* e quantitativo, teve como objetivo geral conhecer a percepção de assistentes sociais e psicólogos que trabalham em acolhimento institucional, medida de proteção prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) sobre o preenchimento, a execução e a aplicabilidade do PIA. Os objetivos específicos incluíram comparar a percepção dos técnicos a respeito do PIA e identificar as principais dificuldades e facilidades encontradas em sua elaboração, execução e aplicação. Participaram do estudo 151 técnicos, sendo 94 assistentes sociais e 57 psicólogos, de todas as regiões do Brasil. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário *on-line*, desenvolvido pela autora, contendo 26 perguntas que compreendiam informações sociodemográficas, perfil profissiográfico e percepção dos participantes sobre elaboração, execução e aplicabilidade do PIA, bem como formas de participação da rede socioassistencial na contribuição do instrumental. Análises estatísticas descritivas, correlacionais e comparativas de médias e distribuição de categorias foram realizadas. Os resultados indicaram que, de forma geral, o PIA foi considerado importante e funcional, estando as dificuldades mais presentes relacionadas à articulação entre usuários, famílias e demais agentes da rede psicossocial. Psicólogos e assistentes sociais apresentam um padrão semelhante de percepção sobre a elaboração, a aplicação e a importância do PIA. Algumas diferenças pontuais, que serão destacadas ao longo da discussão, foram observadas, como idade, sendo psicólogos mais jovens; acúmulo de função mais observado nos assistentes sociais; psicólogos usam com maior frequência o modelo de PIA elaborado pelos próprios técnicos; e divergências na forma de participação do Centro de Referência de Assistência Social, Educação e Saúde Mental na elaboração do PIA. A pesquisa apresenta limitações para fins de análise inferencial, tendo em vista o número de participantes e o uso majoritário de medidas categóricas. Tais fatores restringem a variabilidade dos dados, o que pode comprometer a sensibilidade e o poder estatístico das análises inferenciais. Ainda assim, pode-se compreender que o número de participantes alcançados possibilitou fazer um levantamento e caracterização sobre o uso e a elaboração do PIA de forma confiável, contribuindo com a literatura nacional sobre a temática, que é escassa. Para além, acredita-se que o presente estudo pode beneficiar o cotidiano profissional e fomentar discussões que subsidiem políticas públicas e o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional.

Palavras-chave: Criança acolhida. Defesa da criança e do adolescente. Psicólogos. Assistentes sociais. Análise institucional.

ABSTRACT

The Individual Care Plan (Plano Individual de Atendimento - PIA) is an important instrument used by institutional care facilities in Brazil. It plays an essential role in the in-depth investigation of the child or adolescent in care and their context, gathering information that allows for an understanding of their life history, family and social references, as well as their skills and life projects. Utilizing these data, the PIA aims to identify and overcome the vulnerabilities and risks that motivated the protective measure, establishing goals and activities to promote family reintegration. However, it presents both potentialities and difficulties in its application within the daily professional routine of the technicians who operationalize it. This exploratory, survey-based, and quantitative study aimed to understand the perception of social workers and psychologists working in institutional care — a protective measure provided for by the ECA/1990 and PNAS/2004 — regarding the completion, execution, and applicability of the PIA. Specific objectives included comparing the technicians' perceptions of the PIA and identifying the main difficulties and facilitators found in its preparation and implementation. The study included 151 participants (94 social workers and 57 psychologists) from all regions of Brazil. An online questionnaire developed by the author was used as the data collection instrument, containing 26 questions covering sociodemographic data, occupational profiles, and technicians' perceptions of the PIA, as well as the forms of participation of the social assistance network. Descriptive, correlational, and comparative statistical analyses of means and category distribution were performed. The results indicated that, in general, the PIA was considered important and functional, and that the most prevalent difficulties are related to the coordination between users, families, and other agents of the psychosocial network. Psychologists and social workers show a similar pattern of perception regarding the elaboration, application, and importance of the PIA. Some specific differences were observed, such as age (psychologists being younger), a higher accumulation of roles among social workers, and the fact that the PIA models used by psychologists were often developed by the technicians themselves. Furthermore, divergences in the participation of CRAS, Education, and Mental Health services in the preparation of the PIA are highlighted throughout the discussion. Study limitations include the relatively small number of participants and the use of categorical measures, which may reduce data variability and limit the sensitivity and statistical power of inferential analyses. It can be concluded that the study enabled the mapping and characterization of the use and development of the ICP, contributing to the limited national literature on the subject. Furthermore, this work may benefit the daily professional practice within institutional care services and foster deeper reflection on the topic and its continuous improvement.

Keywords: Child Foster. Child Advocacy. Psychologists. Social Workers. Institutional Analysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência comparativa entre variáveis sociodemográficas	60
Tabela 2 – Média e desvio padrão de idade e tempo de trabalho entre os participantes	62
Tabela 3 – Frequência comparativa sobre o conhecimento e a elaboração do PIA entre psicólogos e assistentes sociais (n = 150).....	62
Tabela 4 – Frequência comparativa sobre a elaboração do PIA (n = 150).....	63
Tabela 5 – Frequência comparativa sobre o modelo de PIA adotado pelos serviços na percepção de psicólogos e assistentes sociais (n = 150).....	64
Tabela 6 – Frequência comparativa em relação à variável quem elabora (constrói e preenche) o PIA na percepção de psicólogos e assistentes sociais (n = 151).....	64
Tabela 7 – Frequência comparativa entre os fatores considerados na elaboração do PIA na percepção de psicólogos e de assistentes sociais (n = 150)	65
Tabela 8 – Médias e desvios padrão sobre a percepção geral dos técnicos em relação ao PIA adotado em seus cotidianos profissionais	66
Tabela 9 – Frequência comparativa em relação à participação da rede socioassistencial na construção do PIA na percepção de psicólogos e assistentes sociais (n = 151)	67
Tabela 10 – Frequência comparativa em relação à participação dos serviços da política de assistência social na percepção de psicólogos e assistentes sociais	67
Tabela 11 – Frequência comparativa em relação à participação dos serviços do Sistema de Justiça na percepção de psicólogos e assistentes sociais	68
Tabela 12 – Frequência comparativa em relação à participação dos demais serviços na percepção de psicólogos e assistentes sociais.....	69
Tabela 13 – Frequência comparativa entre as principais dificuldades relatadas por psicólogos e assistentes sociais na elaboração (construção e preenchimento) do PIA (n = 150).....	71
Tabela 14 – Frequência comparativa em relação às principais dificuldades relatadas por psicólogos e assistentes sociais na aplicação do PIA durante o acolhimento (n = 147).....	72
Tabela 15 – Frequência comparativa entre os fatores elencados como benefícios fornecidos pelo PIA na percepção de psicólogos e assistentes sociais (n = 149).....	74
Tabela 16 – Síntese dos dados levantados pelo estudo	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese da graduação histórica relacionada à infância no Brasil	39
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação e Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CONANDA	Conselho Nacional da Criança e do Adolescente
CONGEMAS	Congresso Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRP	Conselho Regional de Psicologia
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FCBIA	Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência
FEBEM	Fundação Estadual do Bem-estar do Menor
FONSEAS	Fórum Nacional do Secretários de Assistência Social
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-estar do Menor
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
ONU	Organização das Nações Unidas
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNBM	Política Nacional do Bem-estar do Menor
PNCFC	Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária
PSE	Proteção Social Especial
SAGI	Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SAICA	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SGD	Sistema de Garantia de Direitos

SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
SNA	Sistema Nacional de Acolhimento e Adoção
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIP	Universidade Paulista

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 O abandono de crianças na Antiguidade	18
1.2 A história da criança no Brasil	19
1.3 Marcos políticos e mecanismos legais de proteção à infância no Brasil.....	23
1.4 O período após o Estatuto da Criança e do Adolescente.....	31
1.5 Risco, perigo e vulnerabilidade	40
1.6 O serviço de acolhimento institucional	42
1.7 O Plano Individual de Atendimento	46
1.8 A relação do PIA com a saúde mental	48
1.9 A equipe técnica: psicólogos e assistentes sociais no acolhimento institucional	49
1.10 Justificativa.....	51
1.11 Objetivos.....	53
1.11.1 <i>Objetivo geral</i>	53
1.11.2 <i>Objetivos específicos</i>	53
2 MÉTODO	55
2.1 Delineamento.....	55
2.2 Participantes	55
2.3 Local.....	57
2.4 Materiais	57
2.5 Procedimento	58
2.6 Procedimento de análise dos dados	58
2.7 Considerações éticas.....	59
3 RESULTADOS	60
3.1 Caracterização sociodemográfica e perfil profissional dos participantes.....	60
3.2 Variáveis relacionadas ao conhecimento e manejo do PIA.....	62
3.3 A participação da rede socioassistencial na construção do PIA.....	66
3.4 Principais dificuldades e benefícios relativos ao PIA mencionados pelos técnicos...	70
4 DISCUSSÃO	77
4.1 Dados sociodemográficos.....	77
4.2 Conhecimento e manejo do instrumental	81
4.3 Percepções sobre a aplicabilidade do PIA.....	84

4.4 A participação da rede na construção do PIA	87
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS.....	92
Anexo A – Questionário	109
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	115
Anexo C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética.....	117
Anexo D – Convite enviado por WhatsApp.....	122
Anexo E – Convite enviado por <i>e-mail</i>	123

APRESENTAÇÃO

Trabalhar com a infância sempre constituiu um desafio, não em razão da mera execução de tarefas, mas sobretudo pelo impacto que as intervenções produzem na vida de cada criança e adolescente e, conseqüentemente, suas famílias. Desde o início de minha trajetória acadêmica e profissional como assistente social, compreendi que tal atuação não poderia prescindir de um compromisso ético e empático, aliado à permanente disponibilidade para a aprendizagem e para o constante aprimoramento técnico.

Iniciei minha trajetória profissional no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), atuando na condução de grupos com crianças, adolescentes e idosos. Anos mais tarde, ao assumir meu primeiro vínculo como assistente social na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, fui convidada a ingressar no campo do acolhimento institucional, o que marcou uma inflexão significativa em minha trajetória profissional, visto a mudança no nível de complexidade do trabalho.

Após cinco anos de atuação nesse contexto, comecei a ficar incomodada com a problemática institucional e a relação dela com a minha prática profissional, o que me motivou a retomar os estudos e a buscar mais conhecimento na temática. Iniciando pela gestão pública, me especializei também no atendimento psicossocial a vítimas de violência e em medidas protetivas, com ênfase no acolhimento institucional. Esse aprofundamento teórico-prático intensificou minhas inquietações acerca das práticas profissionais, especialmente no que se refere ao Plano Individual de Atendimento (PIA), instrumento central na operacionalização do acolhimento institucional, cuja efetivação, entretanto, apresenta desafios significativos no cotidiano.

Nesse período, ampliei minha carga horária na Prefeitura Municipal, passando a acumular dois vínculos no mesmo Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA), o que proporcionou maior imersão na realidade institucional. No contexto posterior à pandemia de covid-19, tais inquietações se intensificaram, tendo em vista o aumento do número de acolhimentos, a complexidade dos casos e a ampliação das demandas de trabalho, elementos que suscitaram reflexões mais aprofundadas acerca dos instrumentos técnico-operativos vigentes.

Diante desse cenário, emergiu a necessidade de revisitar e atualizar o PIA utilizado pelo município de forma mais consistente e efetiva, o que me conduziu à decisão de investigá-lo de maneira aprofundada no âmbito de um mestrado profissional. Posteriormente, em razão de questões de saúde, redefini o foco da pesquisa, passando a buscar a compreensão de possíveis

diferenças percebidas por assistentes sociais e psicólogos, visando investigar se as inquietações relativas às dificuldades na execução do trabalho percebidas por mim também eram compartilhadas por outros profissionais.

Atualmente, após 11 anos de atuação no acolhimento institucional, reconheço o potencial transformador do PIA na vida de crianças e adolescentes. Quando elaborado de forma qualificada, esse instrumento pode impactar significativamente o tempo de permanência no acolhimento, bem como favorecer processos de desligamento mais adequados e protetivos.

1 INTRODUÇÃO

O Plano Individual de Atendimento (PIA) é um instrumento orientador de ações voltadas à garantia da proteção integral e à promoção da reintegração familiar e comunitária de crianças e adolescentes em situação de acolhimento. No entanto, embora seja uma exigência legal, na prática, enfrenta desafios estruturais e metodológicos, em todos os seus níveis de aplicação. Por ser um recurso de planejamento, que parte de um minucioso estudo individualizado de cada caso, precisa reconhecer a singularidade de cada criança, adolescente e suas famílias e estruturar atividades e ações a serem realizadas no decorrer da aplicação da medida de proteção.

Partindo dessa premissa, este trabalho pretende compreender como esse importante instrumental tem sido utilizado nos acolhimentos institucionais brasileiros, os modelos vigentes, bem como as principais dificuldades e facilidades encontradas por psicólogos e assistentes sociais em sua elaboração e aplicação.

Nesse sentido, ao analisar a percepção dos técnicos acerca da aplicabilidade do PIA, é fundamental compreendê-la não apenas como opinião, mas como uma construção mediada por representações sociais. Conforme destacam Araújo et al. (2023), as representações sociais constituem o modo de operar dos sujeitos em seus contextos de inserção, orientando as formas pelas quais os grupos percebem, interpretam, elaboram sentidos e comunicam suas compreensões sobre determinado objeto.

Experiências laborativas pessoais, de convívio diário com a problemática, instigaram a busca por esse entendimento, uma vez que, na prática, o que se observa é um grande hiato entre o que está normatizado e a realidade das instituições. Existe algo a ser realizado, mas faltam parâmetros sobre como isso ocorre na prática e a aplicabilidade dessas ações. Além disso, há um entendimento multifacetado acerca da normativa, o que faz cada serviço e cada profissional o aplicar com focos diferenciados.

Desse modo, espera-se que este levantamento de percepções possa contribuir para o entendimento do fenômeno, propiciando reflexões acerca do fazer profissional e consequente aprimoramento do trabalho desenvolvido e ofertado a crianças e adolescentes e seus familiares.

1.1 O abandono de crianças na Antiguidade

A história do acolhimento institucional marca sua identidade. Ela reflete a história do Brasil e do abandono de crianças. Marcilio (2010) afirma que a história da criança é paradoxal,

ou seja, contraditória. É difícil devido à raridade, pois suas fontes sempre foram escritas por adultos letrados, do sexo masculino e em posição privilegiada, como médicos, membros do clero ou professores. No entanto, o estudo da criança abandonada, de todos os setores da infância, é o que possui rica documentação individualizada e coletiva.

Segundo Faria (2010), na Antiguidade, o sentimento em relação ao abandono de crianças era diferente do que o de hoje. Deixava-se a criança na natureza, para que os deuses a cuidassem. A possibilidade de que ela morresse era grande. Posteriormente, abandonavam-na em lugares habitados, de modo que pudesse ter alguma chance de sobreviver. Dessa forma, a deuses e a terceiros era atribuída a consciência de deixar morrer ou de cuidar, ou seja, à entrega da sorte, estava nas mãos de Deus. Marcilio (2010) complementa que o abandono de crianças sempre existiu, desde a mais remota Antiguidade, como na Grécia, em Roma e na Idade Média. Ele perpassou a Idade Moderna e a Contemporânea, chegando aos dias atuais.

Apesar disso, segundo Marcilio (2010), em comunidades primitivas, como a dos indígenas brasileiros, antes da chegada dos europeus, bem como em tribos asiáticas e africanas, o abandono de crianças era praticamente inexistente. Quando ocorria, geralmente se restringia a bebês com deformidades, configurando mais um infanticídio do que um simples abandono, com o objetivo de levar à morte.

A Igreja Católica sempre teve uma postura tolerante em relação ao abandono de crianças (Marcilio, 2010). Por isso, procurou estabelecer meios para sua guarda, proteção e salvação. Como o Estado, na maioria dos países católicos do Antigo Regime (e, em muitos casos, até o século XIX), estava estreitamente ligado à Igreja, a proteção do pequeno desvalido também contou com o apoio dele, como ocorreu em Portugal e no Brasil independente. Esse apoio se concretizou, anos mais tarde, na criação de leis de proteção social, na fundação e na manutenção de instituições de assistência, no desenvolvimento de doutrinas de amparo e no financiamento de amas de leite, por exemplo.

1.2 A história da criança no Brasil

Existem poucas palavras para definir a criança no passado, especialmente em um período marcado por grande instabilidade e constante mobilidade populacional dos primeiros séculos de colonização. Termos como “miúdos”, “ingênuos” e “infantes” aparecem frequentemente nos documentos sobre a vida social na América Portuguesa. O fato é que, na mentalidade coletiva da época, a infância era vista como uma fase sem grande identidade, um momento de transição (Priori, 2024).

Os europeus, navegadores e colonizadores, trouxeram a marca das desigualdades sociais, as relações de subalternidade, superioridade e servilidade em suas naus (Gulassa, 2010). Era o início de um processo promotor de vulnerabilidades que incidia, muitas vezes, no abandono de crianças e adolescentes.

Segundo Ramos (2024), algumas crianças vieram embarcadas nas naus quinhentistas rumo ao Brasil. Consideradas *pajens* ou *grumetes*, embora poucas, logo se tornaram indispensáveis à epopeia marítima. Quer embarcadas como tripulantes ou passageiros, em menor quantidade conseguiam resistir à insalubridade das embarcações portuguesas, à inanição e às doenças, quanto mais ao naufrágio, quando este ocorria. Poucas chegavam vivas ao Brasil. Era uma certeza não chegar ileso ao destino, ou por ter sofrido grandes traumas, ou por deixar de ser criança, vendo seu universo de sonhos, esperanças e fantasias desmoronar diante da cruel realidade do cotidiano das naus. Outras crianças, ainda menos afortunadas, quando não morriam durante a viagem, enfrentavam a fome, a sede, os abusos sexuais, as humilhações, o cansaço e um profundo sentimento de impotência diante de um mundo que, embora não fosse seu, precisava ser aceito contra sua vontade. Era um cotidiano infantil marcado por tragédias pessoais e coletivas.

Resultado do aumento populacional, do empobrecimento de certos setores e da crescente urbanização, surgiram novas instituições para lidar com o aumento do abandono de crianças (Marcilio, 2010). O atendimento a crianças e adolescentes em serviços de acolhimento no Brasil teve início no período Colonial por meio de atendimentos ligados à igreja e à caridade (Faria, 2010; Heggendorn, 2022).

De acordo com Faria (2010), a responsabilidade pela assistência aos abandonados deveria, teoricamente e inicialmente, ser incumbida às Câmaras ou aos Conselhos Municipais, mas poucos destinaram recursos para tal fim. Ao Conselho Municipal caberia acolher, encaminhar e manter a criação dos bebês encontrados expostos naquele território (Marcilio, 2010).

Além de ter como responsabilidade recolher a criança abandonada, a Câmara deveria registrá-la no livro de matrícula de expostos e encaminhá-la a uma ama de leite por três anos (Rodrigues, 2010). Após esse período, a criança era transferida para uma ama seca, que a cuidava em sua casa até aproximadamente os 7 anos de idade. A partir desse momento, a criança deveria ser encaminhada ao juiz de órfãos.

Com o tempo, essa responsabilidade foi gradualmente transferida para a Santa Casa de Misericórdia, embora, por lei, os Conselhos Municipais continuassem sendo os responsáveis. A primeira Santa Casa de Misericórdia a cuidar das crianças abandonadas foi a de Salvador,

mas foi apenas em 1726 que a roda dos expostos foi criada. No Rio de Janeiro, a roda foi estabelecida em 1738 e, em Recife, no ano de 1789. Para o restante do Brasil, o mais comum era o abandono das crianças em casas particulares ou, em alguns casos, em espaços públicos como ruas, becos e praias (Faria, 2010).

Rodrigues (2010, p. 127) descreve a roda como uma

[...] caixa cilíndrica de madeira, colocada dentro de um prédio. Girava num pino colocado sob seu eixo vertical, e era repartida ao meio; a criança era deixada na caixa e o seu peso fazia tocar uma sineta do lado interno do prédio avisando a chegada do exposto.

Ainda sobre a roda dos expostos, Marcilio (2010) complementa que esse cilindro rotatório instalado em um dos muros do hospital para recolher discretamente as crianças abandonadas tinha duas finalidades principais: garantir o batismo ao inocente abandonado e preservar o anonimato do responsável, de modo que ele fosse incentivado a deixar a criança na roda, evitando o risco de abandoná-la em qualquer lugar, o que poderia resultar em sua morte sem o batismo.

Havia registros individualizados e em série, como a Coleção de Registro da Roda de Expostos da Santa Casa de Misericórdia. Neles, continham data e hora em que a criança foi depositada na roda, as circunstâncias do abandono, as características físicas do exposto, seu estado aparente de saúde, o eventual enxoval que deixavam junto a ela e possíveis objetos encontrados junto ao bebê, como santinhos, medalhas, joias, roupas, bilhetes e outras informações fornecidas por meio desses deixados (nome, se já era batizado, “brechas” sobre a mãe). No livro, também era feitas anotações sobre os eventos ocorridos na vida de cada criança, como: nome e endereço da ama de leite, data do casamento, data da morte, situações que ocorressem enquanto permaneciam na instituição. Cada exposto era inscrito em uma página (Marcilio, 2010).

Embora os índices de exposição fossem elevados, poucos bebês nessa situação tinham chances de alcançar a vida adulta ou mesmo completar 1 ano. A mortalidade infantil era extremamente alta entre as crianças em geral. No entanto, apesar das dificuldades, uma parcela dos bebês rejeitados conseguia sobreviver (Moreno, 2010).

Segundo Faria (2010), a exposição não privilegiava um ou outro sexo. Em municípios com ou sem a roda, o número de meninas e meninos era praticamente o mesmo. Dessa maneira, verifica-se que o fenômeno do abandono não estava relacionado ao sexo da criança, mas, sim, à situação dos pais no momento do nascimento dos filhos ou pouco depois.

No século XVIII, as expressões “criança exposta” ou “criança enjeitada” eram mais comuns no vocabulário português, substituindo o termo “criança abandonada”, para

caracterizar o abandono de crianças na primeira infância. Já no Brasil Colonial, as expressões “exposto” e “enjeitado” também eram usadas para se referir a crianças abandonadas. Nesse período, ambos os termos coexistiam com o conceito de abandono (Rodrigues, 2010).

Segundo Marcilio (2010), após os 7 anos, considerada a “idade da razão”, as crianças recebiam outro destino, saindo das casas da roda. Havia preocupação com seu futuro. Para as meninas menos afortunadas, muitas encontravam guarida em casas de família, tornando-se criadas ou domésticas. Outras terminavam na rua, em mendicância ou até mesmo prostituição. Para protegê-las, foi criada uma casa-abrigo, a fim de que permanecessem até que encontrassem um casamento. Iniciava-se ali os chamados Recolhimentos, instituições de reclusão estabelecidas com fins devocionais, destinadas a abrigar e proteger a honra e a virtude das meninas vulneráveis. Nesses locais, elas recebiam educação elementar (instrução básica, leitura, escrita e matemática), artes domésticas, bordados e costuras.

Também foram criados os Seminários de Educandos em São Paulo e, posteriormente, instituições semelhantes em Salvador e no Rio de Janeiro, denominadas Padre Pio e Seminário São Joaquim, respectivamente, com o objetivo de cuidar do ensino dos meninos órfãos e desvalidos, para que, uma vez educados e com profissões honestas, fossem úteis à nação. Também foram criadas escolas de aprendizes junto às forças militares, nos arsenais de guerra e na Marinha, surgindo, assim, as Companhias de Aprendizes Marinheiros e depois, as Companhias de Aprendizes do Arsenal de Guerra, onde os meninos permaneciam até a maioridade. Posteriormente, também foram criadas colônias agrícolas e industriais para acolher meninos pobres e abandonados, proporcionando-lhes um treinamento profissional (Marcilio, 2010).

A partir da década de 1870, começaram a ocorrer mudanças no caráter das rodas e na assistência à infância desvalida no Brasil. O sistema de amas mercenárias — acusado de ser o maior responsável pela alta mortalidade dos expostos — foi gradualmente abolido. Apesar das resistências, foram introduzidos sistemas de escritórios de admissão aberta, que possibilitavam identificar os pais das crianças. Com essas mudanças, embora algumas rodas de expostos ainda existissem, houve uma redução significativa no número de crianças abandonadas. Os asilos de expostos que surgiram passaram a ter um caráter mais de creche do que de asilo. Além disso, as crianças acolhidas nessas instituições eram, em sua maioria, legítimas e filhas de mães trabalhadoras. No Brasil, a última roda parou de rodar em 1950 (Marcilio, 2010).

Esse modelo passou a ser considerado inadequado e incompatível com a mentalidade do século XIX, posto que higienistas e moralistas começaram a criticar a assistência caritativa, com base em argumentos sustentados pela moral e pelos conhecimentos da ciência médica. Por

um lado, ela representava uma afronta à moralidade, pois incentivava uniões ilegítimas, resultando em filhos abandonados anonimamente nas rodas. Além disso, era sabido que, em períodos de escassez, os pais entregavam seus filhos para se livrar do encargo de criá-los. Por outro lado, o número elevado de crianças violava todos os preceitos da higiene, o que era amplamente comprovado pela facilidade com que as crianças morriam nessas instituições (Rizzini, 2011). Sobre essa concentração excessiva de crianças, Passetti (2024) afirma que o acolhimento de crianças pobres refletia as dificuldades de muitas famílias em garantir a sobrevivência de seus filhos. Essas famílias viam na misericórdia cristã, expressa nas Santas Casas, uma possibilidade de garantir a sobrevivência e nutriam a esperança de que a sorte trouxesse soluções para um futuro menos desesperador. Acreditavam nas ordens religiosas ou nas iniciativas filantrópicas de particulares como uma forma de obter os recursos necessários para superar a situação de pobreza que se agravava.

1.3 Marcos políticos e mecanismos legais de proteção à infância no Brasil

Os termos “criança”, “adolescente” e “menina” já figuravam nos dicionários da década de 1830. O termo “menina” surgiu inicialmente como um tratamento carinhoso e, mais tarde, passou a ser utilizado para designar uma criança ou pessoa do sexo feminino que está no período da meninice. Já “creança”, naquela época, referia-se à cria da mulher, assim como os animais e as plantas têm suas próprias crias. Foi apenas com o uso generalizado do termo pelo senso comum, nas primeiras décadas do século XIX, que os dicionários passaram a reservar a palavra “criança” para se referir exclusivamente à espécie humana. O termo “adolescente” já existia, embora seu uso não fosse comum no século XIX. A adolescência era definida como o período entre os 14 e os 25 anos, sendo os sinônimos mais frequentes para essa fase “mocidade” ou “juventude”. Quanto à definição de “infância”, era considerada a primeira fase da vida, delimitada pela ausência ou pela fala imperfeita, abrangendo o período de nascimento até os 3 anos (Manuad, 2024).

No Brasil, a primeira lei penal do Império, o Código Criminal de 1830, determinava que pessoas entre 9 e 14 anos seriam punidas caso tivessem discernimento. A noção de discernimento, que orientava a prática em relação aos menores de idade, estabelecia que as penas seriam aplicadas de acordo com o grau de consciência dos indivíduos em relação aos crimes cometidos. Com base nessa mesma noção, discutiam-se os parâmetros de discernimento entre menores e pessoas consideradas loucas (Rizzini, 2011).

Em 1890 foi promulgado o primeiro Código Penal da República. Segundo Rizzini (2011), ele teria sido elaborado de forma apressada, sem um debate adequado sobre questões essenciais para o país. Foi considerado um retrocesso, especialmente ao ser comparado ao Código Criminal de 1830, pois reduziu a idade penal de 14 para 9 anos, em um momento que se discutia a importância de evitar a punição de menores.

Já o primeiro Código Civil brasileiro foi sancionado em 1916 e vigorou por quase 90 anos (Arend, 2010). Com diversas modificações ao longo do tempo, tal legislação foi fundamental para consolidar a norma familiar burguesa nos diferentes grupos sociais do Brasil. O texto assegurava direitos apenas aos filhos considerados legítimos ou legitimados, *status* que dependia de um nascimento após o casamento dos pais ou, alternativamente, da adoção. À semelhança da legislação penal de 1890, o Estado utilizava a figura jurídica do pátrio poder para transferir aos pais consanguíneos o dever de criar e educar os filhos menores (Arend, 2010).

Rizzini (2011) refere que, em meio às transformações econômicas, políticas e sociais que caracterizaram a era industrial capitalista do século XIX, o conceito de infância assumiu novos significados e ganhou uma dimensão social inédita no mundo ocidental. A criança deixou de ser apenas um objeto de interesse e preocupação no âmbito privado da família e da Igreja e passou a ser uma questão de natureza social, sob a sua responsabilidade.

No século XIX, o termo “infância” era amplamente utilizado para se referir aos anos de desenvolvimento de um indivíduo até alcançar a maioridade (Rizzini, 2011). Na legislação penal vigente à época, o termo “menor” era comumente empregado para englobar aqueles que ainda não haviam atingido a maioridade, fixada aos 21 anos. Os “menores”, que demandavam cuidados e proteção, passaram a ser alvo de investigações detalhadas, com o objetivo de classificar sua situação e determinar o tipo de tutela mais apropriado. A partir dessas informações, tentava-se estabelecer uma classificação para a criança ou jovem, avaliando seu grau de “perversão”, se era abandonado ou delinquente, vicioso, se tinha má índole ou tendências negativas, se era vagabundo, pervertido ou libertino, ou se estava em risco de se tornar um desses (Rizzini, 2011).

Ainda de acordo com Rizzini (2011), o interesse pela infância deveria ser entendido como um reflexo das novas ideias em formação. A criança deixava de ocupar uma posição secundária ou menos relevante na família e na sociedade, passando a ser vista como um valioso patrimônio de uma nação — um ser em desenvolvimento, flexível e moldável, que podia ser transformado em um homem de bem (um elemento útil para o progresso) ou em um degenerado (um vicioso, inútil e oneroso para os cofres públicos). Desse modo, zelar pela criança

significava garantir a ordem e a paz social. O abandono de natureza moral, frequentemente associado aos pobres, deveria ser combatido, pois a ele estariam ligadas consequências indesejáveis para a sociedade, como a vadiagem, a mendicância e outros comportamentos viciosos que, acreditava-se, inevitavelmente levariam à criminalidade e ao descontrole social.

Essa visão ambivalente em relação à criança, ora vista como em perigo, ora como perigosa, tornou-se dominante no contexto das sociedades modernas. No Brasil, no fim do século XIX, identifica-se a criança “material e moralmente abandonada” como um problema social grave, que exige uma ação urgente. A partir desse referencial jurídico, a infância foi dividida em duas, passando a simbolizar a criança pobre e potencialmente perigosa: a abandonada ou em risco de ser abandonada, da pervertida ou em risco de se tornar tal. Ser “menor” significava carecer de assistência, estar associado à pobreza, à baixa moralidade e à periculosidade (Rizzini, 2011).

Para Rizzini (2011), a romantização da infância foi desafiada pela perspectiva racional do século XIX. A ideia de inocência passou a ser associada exclusivamente às crianças de “boas famílias”, em contraste com a noção de perversidade inata atribuída à infância das classes pobres. Dessa maneira, entendendo se tratar de infâncias dicotômicas, Rizzini (2011, p. 105) afirma que “era preciso encontrar mecanismos de coerção que atuassem sobre a infância separando o ‘joio do trigo’, ‘salvar’ aqueles que tinham potencial e pô-los a trabalhar e imobilizar o que se mostravam renitentes”.

Representantes da Justiça e da Assistência assumiram a causa da infância e passaram a defender a criação de um “sistema de proteção aos menores”, com a elaboração de uma legislação específica e ação tutelada pelo Estado, apoiada pelas iniciativas privadas de amparo à infância. Ecoava-se, no Brasil, o apelo de que o problema da criança era um problema do Estado (Rizzini, 2011).

Até os anos de 1900, não se costumava fazer distinção entre infância e adolescência. No entanto, no início do século XX, surgiram referências ao “púbere”, ao “rapaz” e à “rapariga”, geralmente associadas ao problema da criminalidade. O termo “delinquência juvenil”, que se tornaria muito comum anos depois, começou a ser utilizado nesse período (Rizzini, 2011). Em nome da proteção da criança, justificava-se a criação de um complexo aparato médico-jurídico-assistencial, cujas metas eram definidas pelas funções de prevenção, educação, recuperação e repressão. Caberia à Justiça regulamentar a proteção tanto da criança quanto da sociedade (Rizzini, 2011).

Referente à aplicação da noção de discernimento, que ocorreu nos diferentes períodos históricos, foram estabelecidas faixas etárias específicas para atribuir à criança a capacidade de

discernir, sendo ela submetida às leis aplicáveis de acordo com o crime do qual fosse acusada. Ao longo do século XIX, a noção de discernimento foi sistematicamente questionada no meio jurídico, mas continuou sendo aplicada na prática. Nas duas primeiras décadas do século XX, período de formulação de uma legislação específica para menores, a noção de discernimento foi abertamente ridicularizada e, finalmente, erradicada com a promulgação do Código de Menores de 1927 (Rizzini, 2011).

Em 1926, foi aprovado o decreto que instituiu o Código de Menores e, no ano seguinte, as leis de assistência e proteção aos menores foram consolidadas com a promulgação do Decreto nº 17.943 (Código de Menores “Mello Mattos”). Entre os dispositivos, destaca-se a especificação minuciosa das atribuições da autoridade competente, o Juiz de Menores, bem como as prerrogativas do Juizado de Menores (Rizzini, 2011).

A Justiça de Menores no Brasil teve um escopo bastante amplo, tendo como foco a infância pobre, especialmente aquela cujas famílias não eram vistas como capazes de educar seus filhos conforme os padrões morais estabelecidos na época. Os filhos de famílias pobres que se enquadravam nesse perfil passaram a ser sujeitos de intervenção judicial (Rizzini, 2011).

Para Arend (2010), o Código de Menores de 1927 é considerado um marco na legislação infantojuvenil. Esse ordenamento jurídico refletia as discussões que estavam sendo realizadas em nível internacional, especialmente no Congresso Pan-americano da Criança, e na sociedade brasileira. Com a instituição da primeira legislação voltada para os menores, o Poder Judiciário passou a ser uma peça fundamental na gestão da assistência. Foi com o Código de Menores que o Estado assumiu, pela primeira vez, a responsabilidade pela internação de menores, tratando do abandono e buscando aplicar medidas corretivas para ajustar comportamentos delinquentes. Os menores abandonados passaram a estar sob a vigilância do Estado (Passetti, 2024).

Heggendorn (2022) afirma que o atendimento ao público infantojuvenil passou a ser efetivado pelo Estado, com intervenção sancionatória policial, ou seja, às crianças e aos adolescentes pobres, abandonados e vadios, passando a ser “problema de polícia”.

Com a Declaração Universal dos Direitos das Crianças (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 1959), a situação da proteção à infância desvalida começou a sofrer mudanças importantes. Sua evolução culminaria com a doutrina da proteção integral anos mais tarde. Segundo Marcilio (2010), foi em consequência dela que a criança se tornou sujeito de direitos e prioridade absoluta da nação, deixando de ser considerada incapaz, juridicamente dependente e submissa ao pátrio poder.

Heggendorn (2022) refere que, no decorrer do século XX, vários serviços foram criados para atuar diretamente com crianças e adolescentes abandonados, como o Serviço de

Assistência aos Menores (SAM), na década de 40, e a Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM), na década de 60. Nesse período, também foi criado o Serviço Social de Menores Abandonados e Delinquentes (Decreto nº 9.744, de 19 de novembro de 1938), que assumiu diversas responsabilidades, como fiscalizar o funcionamento administrativo e a orientação médico-pedagógica dos estabelecimentos destinados ao acolhimento e reeducação de “menores”, “recolher temporariamente” esses menores para investigação e processo, e distribuir os “menores julgados” pelos diferentes estabelecimentos do serviço, além de exercer vigilância contínua sobre eles (Passetti, 2024).

No Rio de Janeiro, foi criado o Serviço de Assistência a Menores (SAM), por meio do Decreto-Lei nº 3.799, de 5 de novembro de 1941. Ele substituiu a Escola Correccional Quinze de Novembro, criada em 2 de março de 1903 pelo Decreto nº 4.780, que estabeleceu seu regulamento e definiu sua organização com a finalidade de “educar e velar sobre menores que, pelo abandono ou miséria dos pais, viviam à mercê das ruas e expostos à prática de transgressões próprias da idade”.

Sant’anna (2021) refere que o SAM tinha como objetivos: sistematizar e orientar os serviços de assistência a menores desvalidos e delinquentes, internados em estabelecimentos oficiais e particulares; realizar investigações sociais e exames médico-psicopedagógicos desses menores; abrigar os menores sob a supervisão do Juiz de Menores; encaminhar os menores para estabelecimentos adequados, a fim de proporcionar educação, instrução e tratamento de saúde até seu desligamento; estudar as causas do abandono e da delinquência infantil para orientar as ações dos poderes públicos; e promover a publicação periódica dos resultados de pesquisas, estudos e estatísticas.

Segundo Rizzini (2011), por meio do Decreto-Lei nº 3.799 (1941), o Governo Federal inaugurou uma política mais visível de proteção e assistência ao menor. No entanto, essa política não teve uma atuação efetiva em nível nacional, permanecendo restrita em sua operacionalização. Ainda sobre o SAM, Silva e Mello (2004) percebem o serviço de modo diferente e afirmam que ele estava subordinado ao Ministério da Justiça, funcionando como o equivalente ao Sistema Penitenciário, mas voltado para a população infantojuvenil, com um enfoque essencialmente correcional e repressivo.

Estava sendo preparado o terreno para os programas interdisciplinares de reeducação, iniciados com a Política Nacional do Bem-estar do Menor (PNBM), que buscavam substituir a ênfase repressiva anterior por uma abordagem educativa. A Lei nº 4.513, de 1º de dezembro de 1964, extinguiu o SAM e propunha sua modernização, com a criação da FUNABEM. Essa instituição tinha a responsabilidade de formular e implementar a PNBM em cada estado,

integrando-a a programas nacionais de desenvolvimento econômico e social, além de atender às necessidades afetivas, nutricionais, sanitárias e educacionais dos internos, buscando otimizar os métodos aplicados (Passetti, 2024).

Criada em 1964, a FUNABEM tinha como missão implementar uma política nacional voltada para crianças em situação de vulnerabilidade e para menores infratores. De acordo com seu estatuto, seus objetivos eram promover o bem-estar da criança por meio de estudos, planejar soluções e fiscalizar as entidades responsáveis pelo atendimento dos menores (Marcilio, 2010).

Tratava-se de uma entidade autônoma, com personalidade jurídica, situada no Distrito Federal, mas com jurisdição em todo o território nacional (Sant'Anna, 2021). Era vinculada ao Ministério da Justiça, que estabeleceu e implementou a PNBM, por meio da criação da Fundação Estadual do Bem-estar do Menor (FEBEM) nos governos estaduais, além de convênios firmados com prefeituras e entidades privadas (Gomes, 2008). Durante a vigência do SAM e da FUNABEM, conviveu-se também a Legião Brasileira de Assistência (LBA), cujo limite de constituição data-se de 1942 e extinção em 1995. Tal convivência tinha gestões centralizadas e superpostas, isoladas entre si (Gomes, 2008).

Sant'Anna (2021) refere que a LBA, ao longo dos anos, estabeleceu parcerias com instituições privadas por meio de convênios, oferecendo diversos serviços, como atendimento médico, internação de “menores desvalidos”, vagas em creches e cursos profissionalizantes. Contudo, suas ações não eram direcionadas a crianças e adolescentes considerados transgressores ou delinquentes, pois estes já estavam sob responsabilidade dos serviços mencionados acima.

A PNBM, instituída durante a Ditadura Militar, em 1964, de acordo com Passetti (2024), apresentava uma nova metodologia interdisciplinar que reconfigurava a visão sobre a periculosidade, antes centrada nos aspectos médicos. A principal intenção dessa abordagem era fundamentada no conceito “biopsicossocial”, criando um sistema que levasse em conta as condições de vida dos abandonados, carentes e infratores. Considerava-se também os traços de personalidade, o desempenho escolar, as deficiências potenciais e as dificuldades de desenvolvimento e se propunha a modificar o cenário da violência crescente nas periferias, alimentada por conflitos entre gangues. A política visava acabar com a marginalização, formando jovens responsáveis para a vida em sociedade. Contudo, não alcançou nem um objetivo nem o outro, resultando, em vez disso, na estigmatização das crianças e dos jovens da periferia como “menores perigosos”.

Desde o Código de Menores de 1927 até a PNBM, que ficou consolidada no Código de Menores de 1979 (Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979), mais de 60 anos de práticas de

internação para crianças e jovens se passaram, independentemente de o regime político ser democrático ou autoritário. Em certos períodos, a ênfase recaiu sobre a correção de comportamentos; em outros, sobre a educação para a integração social. Inicialmente, destacava-se o atendimento especializado, e, depois, o modelo interdisciplinar. A Lei nº 6.697 (1979) introduziu a categoria de “situação irregular”, aplicável a crianças e adolescentes que não atendiam aos padrões estabelecidos pela classe dominante (Passetti, 2024; Sant’Anna, 2021).

Faleiros (2011) aponta que o Código de 1979 definia como “situação irregular” a privação de condições essenciais a subsistência, saúde e educação, seja por omissão, ação ou irresponsabilidade dos pais ou responsáveis; por ser vítima de maus-tratos; por estar exposto a perigo moral devido à exploração ou a atividades contrárias aos bons costumes; por falta de representação legal; ou por desvio de conduta ou autoria de infração penal.

De acordo com Silva (2004), a Associação Brasileira de Juízes de Menores adotou a doutrina da situação irregular, justificando que ela se alinhava à tradição legislativa brasileira, que só tomava conhecimento das questões relativas à criança quando se configurava que ela estava em uma situação irregular dentro da família. O Código especificava, então, a natureza do tratamento necessário para o “menor infrator”, diferenciando-o do órfão e do abandonado, embora todos fossem considerados em situação irregular.

Sant’Anna (2021) observa o quão interessante é perceber que as condições sociais apresentadas nesse Novo Código se reduziam às ações dos pais ou da criança/adolescente, o que, na prática, transformava as vítimas em réus. Ao analisar os dois Códigos de Menores, verifica-se que as medidas adotadas nas instituições eram marcadas por uma abordagem higienista, moralista e punitiva, apesar do discurso de proteção. Para a autora, os Códigos de 1927 e de 1979 legalizavam a separação da criança de sua convivência familiar quando a família não possuía meios de subsistência. Ou seja, a situação de pobreza e as dificuldades financeiras eram justificativas para a perda do poder familiar, que na época era denominado pátrio poder.

Silva (2004) complementa que, durante a vigência de ambos os códigos, o abrigo no Brasil não era visto como uma medida temporária e reparadora, com o objetivo final de restituir a normalidade da organização familiar. Pelo contrário, era tratado como uma medida definitiva, excludente, que reforçava a situação de desvio sociofamiliar.

Durante longo período, o Brasil manteve a cultura das “instituições totais”, que tinham como objetivo segregar e disciplinar crianças e adolescentes. A perspectiva predominante era a de corrigir aqueles que não se enquadrassem na ordem vigente e nos bons costumes, de acordo com a visão conservadora da elite e da justiça. A Igreja Católica também exerceu forte influência nesse processo. Dessa forma, não se priorizava a proteção integral e a

responsabilização do Estado no que se referia à atenção às crianças e aos adolescentes (Sant'Anna, 2021).

Na década de 1980, o país vivenciou um período efervescente, marcado pelo processo de transição político-democrática. No que diz respeito à criança e ao adolescente, o crescimento e a consolidação de espaços de debate culminaram na criação, em 1986, da Comissão Nacional da Criança e Constituinte (Sant'Anna, 2021).

Passetti (2024) reforça que, com o início da abertura política após o regime militar, diversos setores organizados passaram a exigir uma revisão imediata do Código de Menores. A Constituição Federal de 1988 marcou o fim da estigmatização formal entre pobreza e delinquência, abrindo caminho para a criação de um novo marco legal, que se concretizaria anos mais tarde no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Segundo Heggendorn (2022), a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a assistência social passou a ser definida como política pública, fazendo parte do chamado tripé da seguridade social, juntamente com as políticas de saúde e a previdência social.

Em seu Artigo 203, alíneas I e II, a Constituição da República Federativa do Brasil (1988) assegura que a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição, tendo por objetivos: a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e o amparo a crianças e adolescentes carentes. Desse modo, inicia a proteção da infância e adolescência, assegurando direitos e deveres da família, do Estado e da sociedade civil. Segundo Sant'anna (2021), a Constituição Federal representou um marco garantidor de direitos, contemplando, em seus Artigos 226, 227 e 228, a proteção integral às crianças e aos adolescentes.

Nos referidos Artigos, há prerrogativa de que a família tem especial proteção do Estado, entendendo-a como a comunidade formada por qualquer de seus pais e seus descendentes. Também asseguram que é dever dela, da sociedade e do Estado, garantir com absoluta prioridade, à criança e ao adolescente, 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-lo a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). Temos aí uma mudança de paradigmas. Saímos da doutrina da situação irregular para a doutrina da proteção integral.

1.4 O período após o Estatuto da Criança e do Adolescente

A partir da década de 1990, com a promulgação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), crianças e adolescentes passaram a ser percebidas como sujeitos de direitos, em condições peculiares de desenvolvimento, trazendo inquestionáveis avanços nas políticas de atendimento a essa população (Heggendorn, 2022). Em contraste aos conteúdos abordados pelos Códigos de Menores, com a implementação do ECA, foram estabelecidos dispositivos e normas para regular o cuidado de crianças e adolescentes, o que exigiu uma ruptura com os antigos modelos de internatos e instituições totais, que por séculos adotaram formas disciplinares de gestão (Sant'anna, 2021).

Marcilio (2010) afirma que, a partir de então, todas as crianças, sem distinção, teriam seus direitos garantidos, instituindo-se como prioridade absoluta da nação. O ECA foi euforicamente recebido por todos ligados à proteção da infância e manteve-se fiel à Convenção sobre os Direitos da Criança, promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990, e à nova Constituição do Brasil (1988).

O ECA redefiniu o papel do Estado nas políticas sociais. Em nível nacional, continuou a orientar e supervisionar as ações, mas diminuiu sua intervenção direta no atendimento, facilitando o crescimento das organizações não governamentais (ONGs). Esse período marcou uma nova administração, com a atuação estatal limitada a um patamar mínimo, baseada em uma política tributária que incentivava os investimentos de empresas em ONGs responsáveis pelo atendimento a crianças carentes, abandonadas e vítimas de violência. Ao mesmo tempo, observa-se uma mudança no cenário internacional das políticas sociais, com a redução dos investimentos estatais e o aumento da participação filantrópica da sociedade, especialmente com o apoio de iniciativas empresariais. Acreditava-se novamente na eficácia do atendimento privado, inaugurando uma nova era para a presença de técnicos tanto nas organizações governamentais quanto nas não governamentais, priorizando determinadas áreas e grupos (Passetti, 2024).

Segundo o ECA (1990), toda criança e adolescente deve estar a salvo de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Em seu Artigo 19, assegura o direito à convivência familiar (em família de origem e excepcionalmente em família substituta) e comunitária. Também norteia, no Artigo 101, as medidas de proteção, entre as quais, a inclusão em acolhimento institucional e familiar, de modo provisório, a crianças e adolescentes afastados do convívio familiar, em função de abandono e/ou outras negligências, cujas famílias ou responsáveis encontram-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua

função de cuidado e proteção, até que seja viabilizado o retorno ao convívio com a família de origem ou, na sua impossibilidade, o encaminhamento para família substituta.

A criança e o jovem passam a ser considerados prioridades do Estado. A legislação visa a protegê-los de famílias desestruturadas e de maus-tratos, assegurando-lhes acesso à educação, a políticas sociais, à alimentação e às bases para o exercício da cidadania. A internação é recomendada como um último recurso, com o objetivo de superar a associação entre pobreza e delinquência, que estigmatizou grande parte de crianças e jovens como “menores”. Sem dúvida, a Constituição Federal (1988) e o ECA (1990) exigem a presença ativa do Estado, cuidando do bem-estar de crianças e adolescentes e punindo aqueles que violam seus direitos por meio de políticas de proteção (Passetti, 2024). Também foi criado o Conselho Tutelar, funcionando em cada município como um “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (Artigo 131). Assim, sua função é de fiscalização da sociedade sobre o Estado, garantido os direitos fundamentais previstos no Estatuto.

O ECA (1990) estabelece direitos fundamentais e medidas preventivas, socioeducativas e protetivas para garanti-los. Define também as linhas de ação da política de atendimento, abrangendo políticas e programas sociais, serviços de prevenção, entidades de atendimento, medidas de proteção e organização pública.

A partir da promulgação do ECA, houve a extinção da FUNABEM. Foi criada, então, a Fundação Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência (FCBIA) pelo Decreto nº 99.763, de 4 de dezembro de 1990, no âmbito da Secretaria da Ação Social, com a missão de implementar os novos princípios do Estatuto e promover ações integradas com outras esferas governamentais (Sant’Anna, 2021).

Embora o ECA tenha sido promulgado em 1990, seu impacto nos serviços de acolhimento foi gradual, até que uma regulação específica fosse estabelecida no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), reconhecendo-o como um serviço socioassistencial dentro da proteção especial (Sant’Anna, 2021). Foram necessários mais de dez anos para que os efeitos dessas mudanças se consolidassem.

Em 1995, ocorreu a extinção da FCBIA (Sant’anna, 2021). No ano de 2003, a área de direitos humanos foi desmembrada do Ministério da Justiça, resultando na criação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), vinculada à Presidência da República. A gestão da política de assistência social foi elevada ao *status* de ministério próprio. No entanto, no início de 2004, essa estrutura foi rebaixada novamente a uma Secretaria de Estado, integrada ao novo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Com essa mudança, as

responsabilidades pela execução do atendimento em instituições e pelo suporte técnico e financeiro aos programas na área da infância passaram a ser assumidas pela política de assistência social (Sant'Anna, 2021).

Enquanto política pública, a assistência social já havia avançado, com a promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) (Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993), que assegurava níveis de proteção e estabelecia normas e critérios para sua organização. A LOAS (1993), em seu Artigo 6º, assegura que a gestão da assistência social ficaria organizada pelo SUAS, de forma participativa e descentralizada, tendo como objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território. Também a organizava por níveis de proteção, sendo eles: I — proteção social básica (PSB), configurando-se como um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios, com objetivo de prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; e II — proteção social especial (PSE), que se estabelece como um conjunto de serviços, programas e projetos que objetivam contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos. No mesmo Artigo, fica assegurado que as proteções sociais serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao SUAS, respeitadas as especificidades de cada ação (Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993).

Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Ela desenha coletivamente a política de assistência social, na perspectiva de implementação do SUAS, e materializa as diretrizes da LOAS (MDS, 2005). É importante destacar que, somente na PNAS, observa-se uma divisão específica no âmbito da PSE, contemplando a proteção social de média complexidade e de alta complexidade. No entanto, apesar de mencionado como serviço de proteção social de alta complexidade, os acolhimentos institucionais ainda não são mais bem definidos.

Sant'Anna (2021) esclarece que, embora as proteções sociais de média e de alta complexidade abordem violação de direitos, a PSE de alta complexidade foca em casos nos quais ocorre o rompimento dos vínculos familiares e comunitários, exigindo acompanhamento contínuo e flexibilidade nas respostas. Essas situações demandam articulações e encaminhamentos eficazes, com monitoramento e foco na qualidade da atenção.

A PNAS define que os serviços de PSE de alta complexidade são aqueles destinados a garantir proteção integral — incluindo moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido — para indivíduos ou famílias que se encontram sem referências ou em situação de risco, necessitando ser afastados de seu núcleo familiar e/ou comunitário, estabelecendo de forma normativa a oferta do Serviço de Acolhimento Institucional (MDS, 2005). Para tanto, oferece serviços especializados por meio de diferentes modalidades e equipamentos, com o intuito de garantir acolhimento a indivíduos ou famílias temporariamente afastados do núcleo familiar ou comunitário, assegurando proteção integral e atendimento personalizado, com respeito às diversidades, promovendo a preservação e/ou reconstrução dos vínculos familiares, utilizando metodologias apropriadas (MDS, 2005).

Sant’Anna (2021) ressalta que a PSE precisa ser concebida de modo ampliado, à luz do SUAS, verificando se os serviços estão efetivamente aplicando os conceitos de proteção e de segurança social, uma vez que, no caso do acolhimento institucional, persiste a presença de modelos higienistas e normativos sobre a vida familiar. Para a autora, apesar do avanço e do aprimoramento dos serviços, é essencial que o SUAS e o Sistema de Justiça, responsável pela garantia dos direitos, estabeleçam um diálogo constante e firmem acordos que fortaleçam a implementação dos direitos socioassistenciais.

Em 2006, foi aprovado o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC) (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente [CONANDA] & Conselho Nacional de Assistência Social [CNAS], 2006), que destacava que a capacidade da família para cumprir suas responsabilidades e funções estaria diretamente ligada ao acesso a direitos sociais que assegurassem serviços de qualidade nas áreas de saúde, educação, assistência social, entre outras. Ele também reafirmava que o direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária estaria intimamente relacionado à inclusão social das suas famílias.

Gulassa (2010) refere que o PNCFC denominou “acolhimento” a ação de cuidar temporariamente e atender crianças e adolescentes que necessitam ser separados do contexto familiar por situações de vulnerabilidade ou risco. Trata-se, assim, de uma instituição especialmente planejada para isso, a partir de um projeto amplamente profissionalizado, pois trabalha com situações de alta complexidade, com necessidades especiais e emergenciais a serem atendidas e múltiplos direitos a serem garantidos. Dessa forma, o serviço precisa ter muita clareza em seu projeto de atendimento e oferta de cuidado, necessitando de uma equipe profissionalizada, com processos de reflexão e formação constante.

Ainda em 2006, foi instituída a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH), definindo a constituição de uma equipe de referência para a execução do serviço de acolhimento. Segundo o MDS (2006), as equipes de referência para o atendimento psicossocial e para serviços destinados ao atendimento a pequenos grupos (Abrigo Institucional, Casa Lar e República) deverão prever a existência de assistentes sociais e psicólogos, devendo ser estes de nível superior e um profissional de cada área para atendimento a, no máximo, 20 crianças e/ou adolescentes em situação de acolhimento em até dois equipamentos.

Com a regulamentação da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, por meio da Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009, o acolhimento institucional passou a integrar a segurança de acolhida, sendo responsabilidade da política de assistência social no contexto da seguridade social brasileira, e foi incorporado à gestão do SUAS, conforme estabelecido pela Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 (Sant'Anna, 2021).

A regulamentação da organização e da oferta de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes no âmbito da política de assistência social, formulada a partir de discussões em diversos fóruns e que culminou na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, bem como a Nova Lei da Adoção (Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009), e demais normativas referentes a esse contexto, afirmam o compromisso com o direito da criança e do adolescente à convivência familiar e comunitária e estabelecem orientações metodológicas e diretrizes nacionais para que os serviços cumpram efetivamente a função protetiva e de reestabelecimento de direitos. Trata-se de parâmetros de funcionamento dos serviços (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009).

Em 2009, também ocorreu uma importante modificação no ECA, por meio da Lei nº 12.010/2009, que estabeleceu a prioridade pela manutenção ou pela reintegração de crianças e adolescentes ao convívio familiar, em detrimento de outras medidas. Tal ordenamento apresentou mais força no campo jurídico e fortaleceu a discussão sobre a centralidade da família nas políticas sociais, especialmente nos serviços de acolhimento institucional, trazendo inovações significativas, como: o tempo de permanência no acolhimento não deve ultrapassar dois anos, salvo em casos excepcionais devidamente justificados por autoridade judiciária competente; reavaliações periódicas da situação de acolhimento devem ser feitas no máximo a cada seis meses, sendo que as decisões devem se basear em relatórios elaborados por uma equipe multidisciplinar; e obrigatoriedade de um PIA, que deve ser produzido imediatamente após a chegada da criança ou do adolescente e ficar sob responsabilidade da equipe técnica dos serviços de acolhimento (Sant'Anna, 2021).

Sendo uma ação prevista no PNCFC, também em 2009, por meio da Resolução conjunta nº 1, de 18 de junho de 2009, foi aprovado o documento *Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes*, com o objetivo de regulamentar a organização e a oferta de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009). É por meio desse documento que o serviço se organiza, em termos de orientações, quanto ao seu funcionamento.

Para Sant’Anna (2021), tanto a Tipificação quanto as Orientações Técnicas seguem uma mesma linha: regulamentar a oferta de serviços, aprimorar a qualidade da atenção destinada a crianças e adolescentes e, de forma clara, integrar a família no contexto excepcional de afastamento do convívio familiar. Ambas as normativas estabelecem diretrizes para o atendimento, definindo padrões relativos a qualidade, higiene, habitabilidade e acessibilidade. Ressaltam a importância de se preservar a privacidade dos usuários nos espaços de acolhimento e a necessidade de se promover vivências que incentivem a construção de novos projetos de vida, com base no respeito próprio e ao próximo, fundamentados em princípios éticos, de justiça e cidadania.

Apesar dos avanços significativos nas legislações que previam estratégias para a superação da cultura da institucionalização e no trabalho ofertado a crianças e adolescentes, o PNCFC já antevia a necessidade de um processo de reordenamento dos serviços de acolhimento. Em 27 de setembro de 2013, o CNAS publicou a Resolução nº 23, que aprovou critérios para partilha de recursos federais e o reordenamento de serviços de acolhimento para crianças, adolescentes e jovens de até 21 anos, no âmbito dos municípios e do Distrito Federal.

Esse processo ocorreu em 2014 e tinha como objetivo garantir a proteção integral a essa população. Para tanto, cada município que efetuou o aceite deveria elaborar um plano com a aprovação do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e do Conselho Municipal da Criança e Adolescente que contemplasse cinco dimensões: I — Porte e estrutura; II — Recursos humanos, compreendendo a composição adequada de recursos humanos dos serviços de acolhimento (equipe técnica completa e educadores/cuidadores na proporção estabelecidas pelas normativas); III — Gestão dos serviços; IV — Metodologias de atendimento; e V — Gestão da rede (Sant’Anna, 2021).

Nesse período, por meio do Provimento nº 32, de 24 de junho de 2013, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) determinou a realização obrigatória de audiências concentradas, que tinham como objetivo realizar a revisão semestral das medidas de acolhimento, mediante a homologação e a análise dos PIAs de crianças e adolescentes, contando com a participação de

representantes do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e do Poder Executivo (Sant’Anna, 2021).

Em 11 de maio de 2016, foi emitida a Nota Técnica SNAS/MDS nº 02, destinada ao Judiciário, com a finalidade de esclarecer o funcionamento, a estrutura e as competências do SUAS. A interação entre os dois sistemas se mostra fundamental, pois o encaminhamento de crianças ao programa de acolhimento gera uma demanda direta por atendimento socioassistencial. Esse vínculo resulta da aplicação de medidas específicas de proteção, como a inserção em programas de acolhimento familiar ou a colocação em famílias substitutas. Dada a grande quantidade de processos relacionados a crianças e adolescentes e as lacunas existentes nos programas de acolhimento, é crucial fortalecer a cooperação entre os poderes. Portanto, o aprimoramento das relações entre os órgãos do SUAS e do SGD é essencial para garantir a efetividade das políticas socioassistenciais, especialmente no campo da proteção dessa população (MDS, 2013a).

Em 2014, foi instituída a Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Conhecida como a “Lei da Palmada ou Lei do Menino Bernardo”, altera artigos do ECA e prevê que crianças e adolescentes têm o direito de serem educados e cuidados sem o uso de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante, pelos pais, integrantes da família ampliada, agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou qualquer pessoa encarregada de cuidá-los, tratá-los, educá-los ou protegê-los.

Dois anos depois, foi promulgada a Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Considerada o marco legal da primeira infância, estabelece diretrizes e princípios para a formulação e a implementação de políticas públicas para essa etapa do desenvolvimento — período compreendido entre os primeiros seis meses completos a 72 meses de vida da criança. Garante-se o direito de brincar, de ser cuidado por profissionais qualificados, de ter prioridade nas políticas públicas, de ter cuidado médico adequado, da licença-maternidade, entre outros.

Por sua vez, a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, criou o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha da violência e faz alterações no ECA. A normativa assegura direitos e garantias fundamentais, define as formas de violência e estabelece a escuta especializada e o depoimento especial. Sua regulamentação ocorreu no ano seguinte, com a publicação do Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Quatro anos depois, visando à criação de mecanismos de prevenção e enfrentamento da violência doméstica e familiar contra crianças e adolescentes, foi promulgada a Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022, também conhecida como “Lei Henry Borel”.

Em janeiro de 2024, foi sancionada a Lei nº 14.811, que institui medidas de proteção à criança e ao adolescente contra a violência e prevê a Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente, alterando artigos do Código Penal, da Lei de Crimes Hediondos e do ECA.

Em dezembro de 2025, 19 anos após a publicação do PNCFC, foi publicada a Resolução conjunta CNAS/CONANDA nº 1, que institui o novo PNCFC 2025 a fim de aprimorar o SGD para o decênio 2025-2035.

Observando que o Brasil dispõe de um amplo e importante ordenamento jurídico para garantir os direitos da criança e do adolescente, o Quadro 1 foi construído.

Quadro 1 – Síntese da graduação histórica relacionada à infância no Brasil

Traçado legal sobre a infância no Brasil	
1726–1950	• Roda dos expostos
1830	• 1º Código Criminal do Império
1890	• 1º Código Penal da República
1903	• Escola Correcional Quinze de Novembro
1916	• 1º Código Civil Brasileiro
1927	• Código de Menores Melo Mattos
1938	• Serviço Social de Menores Abandonados e Delinquentes
1959	• Declaração Universal dos Direitos das Crianças
1941–1964	• Serviço de Assistência ao Menor (SAM)
1942–1995	• Legião Brasileira de Assistência (LBA)
1964	• Política Nacional de Bem-estar do Menor (PNBM)
1964	• Fundação Nacional do Bem-estar do Menor (FUNABEM)
1979	• Novo Código de Menores
1986	• Comissão Nacional da Criança e Constituinte
1988	• Constituição Federativa do Brasil
1990	• Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
1990	• Convenção Internacional dos Direitos da Criança
1990–1995	• Fundação Centro Brasileiro para Infância e Juventude (FCBIA)
1993	• Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)
2004	• Política Nacional de Assistência Social (PNAS)
2005	• Sistema Único de Assistência Social (SUAS)
2006	• Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC)
2006	• Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH)
2009	• Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais
2009	• Orientações Técnicas para Serviços de Acolhimento Institucional
2009	• Nova Lei de Adoção
2013–2014	• Reordenamento dos Serviços de Acolhimento
2014	• Lei da Palmada ou Lei do Menino Bernardo
2016	• Nota Técnica SNAS/MDS
2016	• Marco Legal da Primeira Infância
2017	• Sistema de garantia de direitos da criança vítima ou testemunha de violência
2022	• Lei Henry Borel
2024	• Lei nº 14.811/2024
2025	• Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária 2025

Fonte: Própria autoria (2026).

1.5 Risco, perigo e vulnerabilidade

Todo percurso histórico das legislações relacionadas à proteção da infância e da adolescência está intrinsecamente ligado às noções de risco, proteção e vulnerabilidades nesse período do desenvolvimento. Há uma transição significativa da forma de tratar essa fase da vida, saindo de um modelo tutelar e passando a um modelo de proteção integral. Dessa maneira, a criança em situação de vulnerabilidade deixa de ser vista como menor em situação irregular e passa a ser reconhecida como sujeito de direitos, muitas vezes ameaçados e/ou violados, conforme estabelece o ECA (1990). Nessa direção, compreender as noções de risco, perigo e vulnerabilidade é fundamental não apenas para interpretar os fundamentos que sustentam as medidas protetivas, mas também para avaliar criticamente as formas como elas são efetivadas no cotidiano.

Durante a maior parte do século XX, as políticas direcionadas à infância estavam alinhadas a uma concepção de infância perigosa, produzindo uma equivalência entre essa perspectiva e a de infância pobre, diante da qual surge como estratégia de governabilidade a prevenção (Hillesheim & Cruz, 2014). Para as autoras, políticas e programas de assistência à infância se proliferaram, principalmente voltadas a crianças em situação de pobreza, pautados em políticas compensatórias. É fato que a pobreza não pode configurar-se unicamente como parâmetro para aplicação de medidas de proteção. No entanto, esse conceito ainda perpassa a sociedade atual, sendo um importante viés no entendimento dos contextos de risco, perigo e vulnerabilidade.

Ao estudarem noções de risco e vulnerabilidade, Hillesheim e Cruz (2008) apontam que a palavra risco emerge na pré-modernidade, sendo empregada para fazer referência à possibilidade de ocorrência de eventos futuros, em um contexto concebido como passível de controle. Para Costa (1993), a situação de risco na infância está ligada a fatores que ameacem ou causem danos efetivos às integridades física, psicológica ou moral da criança ou adolescente, por conta da ação ou omissão de agentes como a família, os grupos sociais ou o próprio Estado. Segundo Weber (2006), o risco está inserido em uma ordem contida na ação humana deliberada, na qual há probabilidade do seu acontecimento a partir do comportamento assumido pelo indivíduo, enquanto o perigo está relacionado ao acaso, ao imponderável, onde não há como aplicar cálculo de probabilidade.

Para Pereira e Souza (2006), apesar de se relacionar aos conceitos de risco e de vulnerabilidade, o perigo é um evento associado à concretização do dano, deixando de ser risco quando o fato acontece. As autoras entendem que o conceito de vulnerabilidade complementa

o conceito de risco, ao mencionarem que a noção de vulnerabilidade está associada à existência de um risco diante do qual há incapacidade de resposta e inabilidade de adaptação ao perigo. Essa condição pode ser observada nos contextos socioambientais, os quais apresentam distintos níveis de resposta e habilidade de enfrentamento e de adaptação (Pereira & Souza, 2006).

Hillesheim e Cruz (2014, p. 80) propõem a equação “infância + pobreza = vulnerabilidade = risco = perigo”. Segundo as autoras, à medida que crescem os fatores de risco, aumenta também a vulnerabilidade de determinada população, elevando as possibilidades de ocorrência de danos. Diante disso, torna-se fundamental intervir sobre o perigo, de modo a deslocá-lo da esfera do imprevisível e incontrolável para um campo em que sejam possíveis a previsão e o controle. A incorporação da noção de vulnerabilidade na equação é o que promove a possibilidade de intervenção, na medida em que sua redução por meio de estratégias mitigadoras contribui diretamente para a diminuição dos riscos e, por consequência, do perigo.

No âmbito da PNAS (MDS, 2005), os conceitos de risco e de vulnerabilidade operam como eixos estruturantes das seguranças afiançadas pelo Estado. A PSB tem como escopo a prevenção de situações de risco mediante o fomento de potencialidades, aquisições e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Tal modalidade de proteção é direcionada a segmentos populacionais em condição de vulnerabilidade social — fenômeno multidimensional decorrente da pobreza, de privações econômicas e do acesso precário a serviços públicos, além da fragilização de vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social. Por sua vez, a PSE destina-se ao provimento de atenção socioassistencial a indivíduos e famílias em situação de risco pessoal e social. Nesse cenário, o risco é caracterizado pela efetiva violação de direitos, manifestada em situações como abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua ou exploração do trabalho infantil.

Assim, podemos inferir que, para a política de assistência social, a vulnerabilidade está relacionada a fragilidade e carências, trabalhadas pela PSB, enquanto o risco se associa a violações de direito, como violência e abandono, ligadas à PSE, na qual o acolhimento institucional se insere. O acolhimento institucional, medida de proteção prevista no ECA (1990), configura-se como uma intervenção legítima nas situações em que o ambiente familiar representa ameaça concreta às integridades física, emocional ou moral da criança e do adolescente, assegurando a proteção integral à infância marcada por violações, em situações de risco pessoal e social.

1.6 O serviço de acolhimento institucional

O ECA (1990) estabelece que o foco central do acolhimento institucional é a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. Um de seus princípios fundamentais é a valorização da família, priorizando a manutenção dos convívios familiar e comunitário.

A *Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais* (MDS, 2009) delineou o modelo institucional para o serviço de acolhimento. Ele oferece acolhimento provisório e excepcional para crianças e adolescentes de ambos os sexos, incluindo aqueles com deficiência, sob medidas de proteção (conforme o Artigo 101 do ECA) e em situações de risco pessoal e social, quando suas famílias ou responsáveis se encontram temporariamente incapazes de garantir cuidado e proteção. As unidades devem estar próximas, do ponto de vista geográfico e socioeconômico, às comunidades de origem das crianças e adolescentes atendidos, sendo fundamental que grupos familiares, como irmãos e primos, sejam mantidos juntos na mesma unidade até que seja viável o retorno à família de origem (nuclear ou extensa) ou a colocação em uma família substituta.

A organização do serviço deve estar alinhada com os princípios e as diretrizes do ECA (1990) e seguir o estabelecido nas *Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes* (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009). Assim, podemos entender que o acolhimento institucional é um serviço voltado para crianças e adolescentes, assim como para suas famílias, com parâmetros unificados e tipificados em todo o país.

O serviço de acolhimento institucional deve ter aspecto semelhante ao de uma residência e estar inserido na comunidade, em áreas residenciais, oferecendo ambiente acolhedor e condições para o atendimento com padrões de dignidade. Precisa ofertar atendimento em pequenos grupos (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009). É um serviço essencial, com funcionamento ininterrupto.

É importante frisar que, segundo a *Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais* (MDS, 2009), esse serviço pode ser desenvolvido em duas modalidades: Casa Lar, que se configura como um atendimento em unidade residencial onde uma pessoa ou casal trabalha como educador/cuidador residente, prestando cuidados a um grupo de até 10 crianças e/ou adolescentes; e acolhimento institucional, que prevê o atendimento em unidade institucional semelhante a uma residência, destinada ao atendimento de um grupo de até 20 crianças e/ou adolescentes, com equipe atuando em escalas e plantões. Essas são suas principais diferenças, uma vez que contam com os mesmos objetivos e provisões, inclusive relacionadas à equipe mínima. Em ambos os locais, as formas de acesso se dão por determinação judicial ou por

requisição do Conselho Tutelar, que comunica a autoridade competente em até 24 horas após o acolhimento da criança ou do adolescente (MDS, 2009).

Segundo as *Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes* (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009), a oferta desse serviço deve ser baseada em respeito e inclusão, sendo necessário considerar diversos aspectos, como a condição socioeconômica das famílias, os diferentes arranjos familiares, crenças e especificidades físicas e de saúde, entre outras questões. Deve, ainda, oferecer um atendimento de qualidade, individualizado e personalizado, de forma articulada com a rede de garantia de direitos (saúde, educação, lazer, esporte e cultura).

O serviço de acolhimento institucional apresenta características específicas que exigem uma articulação contínua com outros serviços socioassistenciais e a integração territorial para garantir o acesso das famílias a políticas públicas essenciais. Somente dessa forma é possível enfrentar as situações de desproteção que levaram a esse desfecho. Dessa maneira, as ações devem ocorrer de maneira articulada com os diferentes atores do SGD, respeitando as competências de cada órgão.

Sant’Anna (2021) refere que as legislações relacionadas à temática evidenciam a necessidade de uma abordagem integrada, envolvendo diversas políticas sociais para garantir o melhor interesse da criança. A rede precisa incluir outros serviços da assistência social, como CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), além de promover a articulação intersetorial com a rede de saúde — integrando-se às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) — e com instituições de educação, para dar apoio às famílias, efetivar ações de saúde e dar acesso à educação, entre outros direitos fundamentais.

Em relação a isso, as *Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes* (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009) afirmam que o afastamento da criança ou do adolescente acarreta profundas implicações, tanto para os infantes quanto para suas famílias, e, por isso, deve ocorrer somente quando representar o melhor interesse do jovem e o menor prejuízo ao seu desenvolvimento. Portanto, deve ser aplicada apenas nos casos em que não for possível realizar intervenções mantendo a criança ou o adolescente no convívio de sua família nuclear e extensa.

O acolhimento passa a ser uma medida protetiva de caráter excepcional e provisório, devendo ser ofertado somente em casos nos quais todos os demais recursos e alternativas tenham sido esgotados, por ser uma intervenção drástica e que impacta significativamente a vida de cada criança e adolescente (Heggendorn, 2022; Pozzobon et al., 2023). Após a

publicação da *Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais*, o serviço de acolhimento institucional recebeu regulamentação específica e uma padronização que define sua capacidade de vagas, formas de convivência interna e externa e obrigatoriedade do PIA em todo o território nacional (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009).

Em seu Artigo 98, o ECA (1990) estabelece que as medidas de proteção devem ser aplicadas sempre que os direitos garantidos por lei forem ameaçados ou violados. Isso pode ocorrer por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por negligência, abuso ou abandono por parte dos pais ou responsáveis, ou até em razão da conduta da própria criança ou adolescente.

Sant’Anna (2021) alerta que, para superar possíveis resquícios de uma abordagem punitiva nos serviços de acolhimento institucional, é crucial entender que as medidas protetivas não devem ter caráter de punição. Não se pode utilizar o acolhimento como uma “lição” às famílias, pois essa prática contradiz os princípios da proteção integral e social, além de desrespeitar os direitos das crianças e dos adolescentes. Ora, tal alerta é de fundamental importância, pois rompe com a antiga concepção de reformatórios como espaços destinados à correção do comportamento e com a lógica ultrapassada dos orfanatos e internatos como instituições totais e de correção.

A PNAS (MDS, 2005) assegura que a PSE deve priorizar a reestruturação dos serviços de abrigo para indivíduos que, por diversos motivos, perderam o cuidado e a proteção de suas famílias. Historicamente, no Brasil, o acolhimento dessas pessoas era realizado em grandes instituições de longa permanência, como orfanatos, internatos, educandários e asilos, onde permaneciam por extensos períodos, frequentemente durante toda a vida. É fundamental compreender que, uma vez superadas as situações de desproteção e violação que motivaram o acolhimento institucional de crianças e adolescentes, a reintegração familiar deve ser devidamente realizada, evitando-se a perpetuação de violações que neguem os direitos desses indivíduos e de suas famílias (Sant’Anna, 2021).

Diante das complexas situações de desproteção social que levam ao afastamento das crianças de seu núcleo familiar, é imprescindível a articulação de uma rede de proteção que ofereça apoio efetivo e transparente às famílias, garantindo-lhes segurança e clareza durante os processos (Sant’Anna, 2021). A permanência máxima da criança e do adolescente em programas de acolhimento institucional não deve se prolongar por mais de 18 meses, de acordo com a previsão legal, salvo comprovada necessidade que atenda ao seu interesse, devidamente fundamentada a autoridade judiciária, a fim de evitar possíveis impactos ao desenvolvimento (MDS, 2018).

Para entender melhor como o serviço de acolhimento institucional se insere na gestão do SUAS, é crucial considerar que, ao longo de sua trajetória, ele esteve majoritariamente sob a tutela do Judiciário e vinculado à esfera estadual. Foi somente por volta de 2005 que ocorreu a municipalização desse serviço no campo da assistência social. Esse período também coincidiu com a consolidação da PNAS, momento em que a sociedade e novas normativas reforçaram a necessidade de romper com o modelo tradicional de instituições totais (Sant'Anna, 2021).

Essa mudança é relevante, pois ainda hoje existem magistrados que não associam os serviços de acolhimento institucional à política pública de assistência social nem aos direitos socioassistenciais. Muitas vezes, a interação é limitada à equipe do abrigo, que não apresenta ao juiz essa nova referência nacional, enquanto a gestão municipal se omite, prejudicando o avanço da concepção de proteção social para crianças e adolescentes (Sant'Anna, 2021).

Nesse contexto, o juiz é uma figura de mediação essencial, pois é ele quem delibera sobre a necessidade de afastamento da criança ou do adolescente do ambiente familiar ou do convívio com o responsável, determinando seu ingresso temporário em um serviço de acolhimento (Sant'Anna, 2021). Para a autora, quando essa medida é aplicada, o impacto sobre as famílias é significativo. Em geral, elas chegam ao serviço emocionalmente abaladas, buscando entender as razões para a retirada da criança do lar. Esse afastamento, em algumas ocasiões, conta com apoio policial, incluindo a autorização para entrada forçada na residência.

Tal intervenção abrupta rompe os vínculos familiares, muitas vezes utilizando uma abordagem coercitiva. Isso pode levar a uma sensação imediata de submissão por parte do responsável, que se vê marcado por um dispositivo judicial que sinaliza sua incapacidade em garantir a proteção da criança ou do adolescente, configurando uma violação aos princípios estabelecidos pelo ECA (Sant'Anna, 2021). Diante dessa realidade, é imprescindível que o Poder Judiciário exija do Poder Executivo a implementação de uma estrutura robusta que assegure um atendimento digno e qualificado às famílias, garantindo a efetivação dos serviços e benefícios previstos em lei (Sant'Anna, 2021).

Desse modo, o SAICA necessita ser um local de vinculação e relacionamento, onde crianças e adolescentes desenvolvam atividades que proporcionem aconchego e desenvolvimento. Para tanto, é proposto pela equipe de profissionais um projeto coletivo e personalizado que considera cada criança e cada adolescente em sua relação com o grupo, levando em conta interações, vida comunitária e troca entre pares, fazendo com que este, de forma individualizada, possa refletir o presente, reconstituir o passado e criar possibilidades para o futuro (Gulassa, 2010). Esse projeto leva o nome de Plano Individual de Atendimento (PIA).

1.7 O Plano Individual de Atendimento

O PIA é uma ferramenta composta por sinais e indicadores que promovem uma investigação detalhada sobre crianças e adolescentes em acolhimento e seu meio, reunindo informações disponíveis e buscando novos dados, a fim de propiciar um conhecimento mais aprofundado sobre cada indivíduo (Gulassa, 2010). Ele considera a história de vida, as referências sociais e familiares, os desejos e sonhos, o potencial e as aptidões. Propõe ações investigativas e de atendimento que serão desenvolvidas durante a rotina coletiva e as abordagens individuais, visando superar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, promover o acolhimento. Direta ou indiretamente, todas as pessoas que compõem a equipe de trabalhadores do abrigo devem contribuir com dados para o PIA.

O ECA (1990) norteia, em seu Artigo 101, § 4^a, 5^a e 6^a, que assim que for realizado o acolhimento, o serviço responsável pelo programa de acolhimento institucional ou familiar deve elaborar um PIA com vistas à reintegração familiar (meta prioritária de toda intervenção). O documento deve ser produzido pela equipe técnica do programa de atendimento e considerar a opinião da criança ou do adolescente, bem como de seus familiares, a partir de uma escuta qualificada. Também deve constar os resultados da avaliação interdisciplinar, os compromissos assumidos pela família e a previsão das atividades que serão desenvolvidas com as crianças e os adolescentes para a reintegração familiar, quando possível, ou, quando vedada a possibilidade por determinação judicial, as providências que serão tomadas para a colocação em família substituta.

Sant'Anna (2021) complementa que o PIA tem como foco assegurar que a permanência de crianças e adolescentes no serviço não ultrapasse dois anos, salvo em casos excepcionais. Além disso, deve identificar os responsáveis pelo encaminhamento ao abrigo, avaliando seus vínculos afetivos e familiares com a criança ou o adolescente, e delineando as atividades a serem realizadas durante o período de acolhimento e na etapa posterior ao desligamento do serviço. Para a autora, a elaboração do PIA requer um trabalho articulado e participativo em rede, com a finalidade de garantir a segurança de acolhida, um trabalho efetivo durante o período de acolhimento e ações que possibilitem superar as situações que motivaram a medida protetiva judicial.

Baptista e Oliveira (2014) enfatizam que o PIA vai além de um simples formulário ou roteiro para a coleta de informações. Ele deve ser compreendido como um processo de trabalho fundamentado em sólida competência teórica e metodológica, envolvendo também enfrentamentos políticos e ideológicos.

Desde 2014, o modelo do Censo SUAS passou a coletar dados específicos sobre os conteúdos do PIA relacionados às famílias. O levantamento abrangia aspectos como a participação da família de origem ou responsável durante o acolhimento, o histórico de acolhimentos anteriores (institucionais ou familiares) e a existência de planos de ação com essas famílias (Sant’Anna, 2021).

Com base nas diretrizes estabelecidas, entre 2013 e novembro de 2014 foi realizado um levantamento de modelos de PIA já aplicados em diversas regiões do país. Esse mapeamento resultou em uma proposta inicial elaborada pelo MDS. Posteriormente, ela foi debatida em uma oficina técnica que contou com a presença de especialistas convidados e representantes de diversas entidades, como a Comissão Nacional Intersetorial da Convivência Familiar e Comunitária, o Fórum Nacional dos Secretários de Assistência Social (FONSEAS), o Congresso Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS), o CONANDA e o CNAS. As contribuições obtidas nesse encontro foram fundamentais para subsidiar a versão do documento submetido à consulta pública em abril de 2017 (MDS, 2018).

Em 2017, a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) realizou uma consulta pública para desenvolver orientações sobre a elaboração do PIA para crianças e adolescentes em serviços de acolhimento. Essa iniciativa buscou fortalecer a PNAS (MDS, 2005), promovendo a proteção integral e o direito à convivência familiar e comunitária. Outro objetivo era criar um modelo padronizado que pudesse orientar o planejamento das atividades em todo o país e melhorar a qualidade dos serviços prestados (Sant’Anna, 2021). Tal consulta pública deu origem ao documento *Orientações técnicas para elaboração do plano individual de atendimento (PIA) em crianças e adolescentes em serviços de acolhimento*, publicado pelo MDS em 2018.

Entendemos, assim, que o plano se configura como importante instrumento técnico, garantido pelo ECA e reafirmado pelas normativas que norteiam a medida de proteção em acolhimento institucional. Trata-se de uma estratégia de planejamento que, a partir do estudo aprofundado de cada caso, compreende a singularidade dos sujeitos e organiza atividades a serem desenvolvidas durante o acolhimento.

O documento precisa ser dinâmico e constantemente revisado para acompanhar o desenvolvimento de cada criança e adolescente. Para tanto, deve ser elaborado pela equipe da instituição de acolhimento de forma técnica, avaliativa, interdisciplinar e planejada, levando em consideração a opinião das crianças, dos adolescentes e de suas famílias. Não menos importante, o PIA precisa enfrentar as situações de vulnerabilidades que levaram a criança e o adolescente à medida de acolhimento institucional, pois somente com ações planejadas é

possível reduzir a vulnerabilidade, o risco e o perigo, produzindo um ambiente possível para a restituição familiar.

1.8 A relação do PIA com a saúde mental

O acolhimento institucional no Brasil configura-se como uma medida de proteção voltada a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, cujos direitos fundamentais foram violados por fatores como negligência, abandono, violência doméstica e dependência química dos responsáveis (Calcing & Benetti, 2014). Embora a instituição de acolhimento tenha o potencial de se tornar um espaço de transformação e construção de novos vínculos afetivos significativos, é possível compreender que trajetórias marcadas por vivências traumáticas elevam consideravelmente o risco de desenvolvimento de transtornos emocionais, exigindo uma identificação criteriosa das características de saúde mental desse grupo para subsidiar intervenções profissionais eficazes (Calcing & Benetti, 2014).

O estudo realizado por Calcing e Benetti (2014) apresenta evidências empíricas, ainda que de maneira exploratória, de que a intensidade com que os eventos traumáticos são percebidos por crianças e adolescentes estaria diretamente associada ao diagnóstico de depressão e a problemas de comportamentos externalizantes.

Um levantamento recente da literatura, realizado por Romeiro e Melchiori (2026), corrobora a premissa de que o processo de acolhimento é marcado por sofrimentos e rupturas, o que levaria crianças e adolescentes a enfrentarem sentimentos negativos, como ansiedade, tristeza e incerteza quanto ao futuro devido ao afastamento da família. Além desse aspecto, há mudanças de rotina, de ambiente escolar e de círculo social, o que exige um esforço adaptativo contínuo que reforça que o psicólogo (objeto do estudo), não deve atuar apenas no atendimento individual, mas de forma estratégica para minimizar os impactos das vivências de negligência ou violência anteriores e para otimizar a reintegração ao convívio familiar.

Considerando o panorama de que o acolhimento é uma medida de proteção e garantia de direitos, mas, ao mesmo tempo, não elimina o risco e a vulnerabilidade da criança e do adolescente, entende-se ser necessário que os SAICAs incorporem em seus cotidianos o planejamento do acompanhamento individual sempre que possível e no menor tempo necessário (MDS, 2018). Se planejado e aplicado da maneira correta, o PIA pode mitigar os efeitos nocivos do acolhimento e contribuir para a proteção integral e para o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes, por encontrar soluções que visem à reintegração

familiar (para a família de origem ou, em sua impossibilidade, para o encaminhamento à família substituta) ou à preparação para a vida adulta.

Nessa perspectiva, o PIA pode ser compreendido como um instrumento interventivo, que organiza, sistematiza e orienta o acompanhamento individualizado da criança em acolhimento institucional. Ao estruturar metas, prazos e estratégias articuladas à rede de proteção, o PIA não apenas direciona o percurso socioassistencial, mas também incide diretamente sobre a promoção da saúde mental, ao reduzir incertezas, fortalecer vínculos e favorecer a construção de projetos de vida. Além disso, atua como dispositivo preventivo de agravos psíquicos associados ao afastamento prolongado do convívio familiar, contribuindo para a preservação de vínculos afetivos, para a estabilidade emocional e para a garantia do desenvolvimento integral.

Marques (2020), em seu estudo sobre saúde mental em acolhimento institucional, refere a necessidade de se abordar esse tema. Para a autora, é necessário que as vulnerabilidades inerentes ao processo de institucionalização sejam contempladas, e que práticas e cuidados dispensados a crianças e adolescentes estejam pautados na lógica do desenvolvimento de intervenções em saúde mental, com a finalidade de promover ressignificações em suas trajetórias de vida, marcadas por sofrimentos e diversas perdas.

1.9 A equipe técnica: psicólogos e assistentes sociais no acolhimento institucional

As Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009), documento norteador da execução do trabalho desenvolvido pelos acolhimentos em âmbito nacional, sugerem que a equipe técnica tenha como perfil profissionais de nível superior com experiência no atendimento a crianças, adolescentes e famílias em situação de risco. A NOB-RH/SUAS estabelece a regulamentação sobre a composição da equipe mínima de referência para o atendimento psicossocial na proteção social de alta complexidade, vinculada ao órgão gestor. Nesse contexto, destaca a presença do assistente social e do psicólogo como essenciais, sem, contudo, excluir a participação de outros profissionais na composição da equipe, ressaltando a importância dos primeiros (MDS, 2006).

Em nota técnica, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2016), ao abordar a atuação de psicólogos na PSE de alta complexidade e nos serviços de acolhimento, refere que cabe ao profissional a participação ativa na elaboração e na execução do PIA. A nota também destaca que o psicólogo deve favorecer espaços para reflexão crítica e compreensão dos sujeitos e das situações que o levaram ao acolhimento, sem julgamentos morais ou imposições, seguindo as

determinações do Código de Ética Profissional, demais resoluções do CFP e orientações do MDS, CONANDA e CNAS (2006).

Dessa forma, o psicólogo atua de forma conjunta com os demais profissionais no acompanhamento da família de origem da criança ou do adolescente, fomentando a discussão sobre as dimensões subjetivas que perpassam a situação do acolhimento e buscando conscientização, por parte da família de origem, a respeito dos motivos que levaram ao afastamento da criança e/ou do adolescente e das consequências que podem advir desse fato. Atuam, ainda, na mediação entre os membros da família, observando suas relações com vistas à superação dos motivos ou dos padrões violadores que geraram o acolhimento.

Carvalho (2017) afirma que o cotidiano do psicólogo no serviço de acolhimento institucional difere do *setting* tradicionalmente associado ao fazer clínico da psicologia, pois não tem sala, nem atende com hora marcada, mas intervém no ato, a partir de ações e situações. Seu foco de trabalho não é somente um olhar individual, mas um olhar para a instituição como um todo e para as práticas emaranhadas a ela, considerando cada criança e cada adolescente e a relação entre eles, suas famílias, demais profissionais envolvidos, organização do trabalho na instituição e articulação com a rede intersetorial. É um trabalho que se dá no entre.

Castanheiras et al. (2021) complementam que o psicólogo deve atuar de forma a oferecer um atendimento psicossocial e em conjunto com a instituição, promovendo a garantia mínima dos sujeitos e a proteção social a eles, que se encontram fragilizados emocionalmente, objetivando o resgate da dignidade para que se sintam protegidos e acolhidos. Para Carvalho (2017), a estrutura de trabalho do psicólogo no acolhimento institucional deve levar em consideração o compromisso com a dimensão subjetiva e do espaço para a manifestação de singularidade, resistindo às pressões homogeneizantes da instituição.

Já em relação aos assistentes sociais, Barbosa (2020) destaca que esses profissionais são requisitados tanto pelas demandas institucionais quanto pelas crianças e adolescentes e suas famílias. Desse modo, precisam criar estratégias de intervenção que reforcem o compromisso com a garantia de direitos, bem como com a classe trabalhadora, sempre pautando suas intervenções em consonância com o Código de Ética Profissional e o Projeto Ético-Político da profissão.

Soares (2023) entende que o grande diferencial do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nos acolhimentos institucionais se dá na atuação da realidade e na busca pelos motivos que culminaram na aplicação da medida de proteção, ao conhecer a realidade vivida pelos sujeitos, as relações existentes no contexto familiar e como se organizam nas questões motivadoras da aplicação da medida, em seu contexto mais amplo.

Pozzobon et al. (2023) afirmam que, devido à complexidade do trabalho executado no acolhimento institucional, há necessidade de atuação de diversos campos do saber, de modo que a interlocução entre os profissionais se faz imprescindível. Dessa maneira, o trabalho multidisciplinar deve ocorrer, envolvendo profissionais com diferentes formações e habilidades em favor de uma mesma questão: a proteção e o cuidado integral das crianças e dos adolescentes. Para os autores, a equipe precisa possibilitar a interlocução de saberes, técnicas e olhares multiprofissionais e interdisciplinares, a fim de compreender cada peculiaridade do contexto de forma ampla e integradora, facilitando a implementação de metodologias participativas (Pozzobon et al., 2023).

Em relação à atuação dos psicólogos em interface com os assistentes sociais, Pozzobon et al. (2023) são categóricos ao afirmar a relevância da interlocução entre esses profissionais, uma vez que essa dupla técnica é diretamente responsável pela condução do percurso institucional durante a aplicação da medida de acolhimento. Utilizando-se de discussões, intervenções e acompanhamentos profissionais próprios de cada área do conhecimento, com o apoio de interlocuções secundárias junto à rede, a dupla técnica elabora e implementa o PIA. Vale ressaltar que ambos os profissionais se configuram como referência no atendimento de crianças e adolescentes em situação de acolhimento, seus familiares e demais atores da rede (MDS, 2006). Os autores alertam que a atuação técnica não ocorre de maneira solitária, mas é marcada pelo constante compartilhamento de ideias e pela necessidade de diálogo e comunicação, elementos essenciais para a construção de uma prática multidisciplinar (Pozzobon et al., 2023).

1.10 Justificativa

Segundo Araujo e Queiroz (2021), a pandemia de covid-19 intensificou e potencializou as vulnerabilidades sociais e familiares, aumentando as violações de direitos. Além disso, também alterou o funcionamento da rede de garantia de direitos e evidenciou múltiplas fragilidades estruturais do sistema de proteção (Bernardi, 2020). Como consequência, no contexto pós-pandêmico, observou-se um aumento significativo do número de crianças e adolescentes vivendo em instituições de acolhimento no Brasil (Bernardi, 2020). Para dar conta dessa demanda, há um crescente número de serviços que executam a medida de acolhimento em todo o território nacional, o que torna tal contexto relevante para investigações relativas ao desenvolvimento e à saúde mental.

Atualmente, de acordo com o Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento (SNA) (CNJ, 2026), o Brasil tem cerca de 36.000 crianças e adolescentes em medida de proteção, sendo 93,1% em acolhimentos institucionais. Em relação à quantidade desses serviços no Brasil (considerando acolhimentos institucionais e acolhimentos familiares), entre os cadastrados, 4.018 são acolhimentos institucionais, estando a maioria deles localizada nas regiões Sudeste e Sul, sendo interessante pesquisas que abordem diferentes localidades.

O PIA é um importante instrumento que pode auxiliar e nortear a evolução da criança, do adolescente e de suas famílias no processo do acolhimento institucional, funcionando como garantia de direitos dos usuários (Gulassa, 2010; Sant'Anna, 2021). A reflexão acerca de sua aplicabilidade se fez necessária, uma vez que o plano se configura como importante instrumento técnico, garantido pelo ECA (1990) e reafirmado pelas normativas que norteiam a medida de proteção em acolhimento institucional. Como estratégia de planejamento, a partir do estudo aprofundado de cada caso, compreende a singularidade dos sujeitos e organiza atividades a serem desenvolvidas durante o acolhimento (Baptista & Oliveira, 2014).

Para tanto, esse documento precisa ser elaborado de forma técnica, avaliativa, interdisciplinar e planejada, levando em consideração a opinião das crianças, dos adolescentes e suas famílias, ou seja, depende da percepção e da atuação técnica dos psicólogos e assistentes sociais (Baptista & Oliveira, 2014; Sant'Anna, 2021). No entanto, nota-se a necessidade de conhecer a percepção e a formação desses profissionais sobre como o PIA tem sido elaborado e aplicado nas instituições brasileiras, além de levantar as principais dificuldades e benefícios do uso do instrumento sobre a qualidade das intervenções promovidas pelo SAICA.

A escolha por assistentes sociais e psicólogos como público-alvo pode ser profícua considerando a relevância da atuação desses profissionais nas equipes mínimas de referência da proteção social de alta complexidade, conforme estabelecido na NOB-RH/SUAS (MDS, 2006). Esse documento elucida a composição das equipes psicossociais vinculadas aos órgãos gestores da política de assistência social, nos quais se insere a medida de acolhimento institucional. De acordo com a NOB-RH/SUAS (MDS, 2006), para o atendimento a pequenos grupos (como Abrigo Institucional, Casa Lar e República), deve haver um assistente social e um psicólogo, ambos com formação de nível superior, para, no máximo, 20 crianças e/ou adolescentes em situação de acolhimento, podendo atuar em até dois equipamentos.

Adicionalmente, é importante destacar que crianças e adolescentes em situação de acolhimento também são acompanhados pelas equipes técnicas das Varas da Infância e da Juventude, igualmente compostas por assistentes sociais e psicólogos, o que reforça a centralidade dessas categorias na garantia de direitos e na condução das medidas protetivas.

A opção por comparar os achados entre assistentes sociais e psicólogos se justifica na compreensão de que, embora tenham formações e referenciais teórico-metodológicos distintos, tais profissionais se articulam de maneira complementar na atuação em equipe técnica, especialmente no contexto do acolhimento institucional, contribuindo de forma integrada para análise e intervenção nas demandas apresentadas, possuindo entendimentos complementares e por vezes divergentes em relação ao PIA.

Tal temática alinha-se aos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), especificamente ao ODS 10 (redução das desigualdades) e ao ODS 16 (paz, justiça e instituições eficazes). Ao analisar as percepções em relação ao PIA, esta pesquisa contribui para o fortalecimento do SGD, uma vez que a aplicação qualificada desse instrumento é essencial para evitar a institucionalização prolongada e garantir que crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade tenham seus projetos de vida respeitados, promovendo justiça social e interrompendo ciclos de violação de direitos que se perpetuam no meio sócio-histórico-cultural.

Nos planos prático e profissional, esta pesquisa pode oferecer subsídios diretos para o aprimoramento das práticas institucionais, considerando a percepção de diferentes profissionais que atuam em instituições de acolhimento em todo o território nacional. Ao identificar os desafios, as facilidades e as possíveis distorções na aplicabilidade do PIA, este estudo pode fornecer dados para a elaboração de programas de formação continuada para psicólogos e assistentes sociais, além de fomentar discussões e reflexões críticas sobre a elaboração e a aplicação do dispositivo.

1.11 Objetivos

1.11.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção dos técnicos que trabalham em acolhimento institucional (assistentes sociais e psicólogos), medida de proteção prevista no ECA (1990) e na PNAS (MDS, 2005), sobre o preenchimento, a execução e a aplicabilidade do PIA.

1.11.2 Objetivos específicos

- a) Comparar as percepções dos técnicos (assistentes sociais e/ou psicólogos) a respeito do PIA.

- b) Identificar as principais dificuldades e facilidades encontradas pelos técnicos (assistentes sociais e/ou psicólogos) na elaboração, na execução e na aplicação do PIA.

2 MÉTODO

2.1 Delineamento

O presente estudo seguiu a abordagem de método quantitativo, na qual os dados são expressos por meio da explanação dos resultados coletados. O foco é a compreensão do fenômeno a partir da interpretação dos dados obtidos e de como estes influenciam os resultados.

De acordo com Creswell e Creswell (2021), no método quantitativo, o problema da pesquisa é o entendimento das variáveis que explicam o fenômeno ou se relacionam com ele, a fim de auxiliar o pesquisador a compreender e explicar um efeito e fazer inferências da amostra sobre as relações entre as variáveis, fazendo com que os resultados possam ser generalizados para uma população de interesse mais ampla.

A pesquisa também se caracteriza como exploratória, já que teve como objetivo descrever, explicar e compreender os fenômenos sentenciados mediante um questionário com questões fechadas, aplicado via plataforma digital Google Forms. Segundo Gil (2022), as pesquisas exploratórias têm o propósito de tornar um problema mais explícito e/ou construir hipóteses. Assim, consideram-se os variados aspectos referentes ao fenômeno ou fato estudado.

Também pode ser denominada como *survey*, por sua natureza transversal descritiva, que permite ao pesquisador levantar hipóteses e observar fenômenos, sem a manipulação direta de variáveis, a fim de identificar características e descrever incidência e relações de variáveis em um grupo de pessoas (Sampieri et al., 2013). Trata-se de um método eficiente para coletar dados de forma padronizada e garantir a validade externa do estudo envolvendo amostras de tamanhos médio e grande.

2.2 Participantes

Esta pesquisa contou com a participação de 151 técnicos, sendo 94 assistentes sociais e 57 psicólogos. Os participantes são profissionais de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que atuam diretamente com a medida de proteção em Acolhimento Institucional, nas modalidades de Abrigo Institucional e Casa Lar.

De acordo com levantamento feito em 2023 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2017 existiam 91.678 profissionais atuando em instituição de acolhimento no Brasil (Jannuzzi et al., 2023). Assim, o presente estudo teve como pretensão alcançar 200 participantes, sendo estes psicólogos e assistentes sociais. O cálculo baseou-se em critérios

estatísticos que asseguram a representatividade dos dados, utilizando-se a fórmula para populações conhecidas disponíveis em calculadora amostral *on-line* (<https://comentto.com/calculadora-amostal/>), considerando erro de 5% e confiança de 90%.

Para compor a amostra, os possíveis participantes foram contatados via *e-mail* e WhatsApp, a partir da técnica *Snowball*, ou “bola de neve” (Vinuto, 2014). Foram enviados 2.670 *e-mails* e mais de 790 mensagens por WhatsApp. O instrumento de pesquisa foi acessado por 174 profissionais e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, permaneceram 151 profissionais, sendo 94 assistentes sociais e 57 psicólogos.

Os critérios de inclusão foram:

- a) ter formação acadêmica em serviço social e/ou psicologia;
- b) ter registro ativo em seus respectivos conselhos de classe (Conselho Regional de Serviço Social [CRESS] e/ou Conselho Regional de Psicologia [CRP]);
- c) trabalhar em uma das modalidades de medida de proteção em acolhimento institucional que atendam crianças e/ou adolescentes (especificamente Abrigo Institucional e Casa Lar);
- d) ser funcionário da instituição, com qualquer tipo de vínculo empregatício (estatutário, celetista, autônomo, prestador de serviço ou outros), independentemente do âmbito de financiamento (administração direta ou indireta);
- e) residir e trabalhar em qualquer município brasileiro.

Os critérios de exclusão foram:

- a) profissionais que trabalhem em famílias acolhedoras;
- b) profissionais que atuam de forma voluntária em instituições de acolhimento institucional que atendam crianças e/ou adolescentes.

Após a aplicação do questionário, foram excluídas as respostas de três participantes que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); de dois participantes que não residiam no Brasil; de quatro participantes que não declararam trabalhar em Abrigo Institucional e/ou Casa Lar; de sete participantes que não informaram ser psicólogos e/ou assistentes sociais; de quatro participantes que não declararam ter registro em seus respectivos conselhos de classe; e de três participantes que não responderam às questões que configuravam critérios de inclusão e exclusão na presente pesquisa.

2.3 Local

Por se tratar de um estudo do tipo *survey* e ter o interesse de alcançar profissionais de diferentes regiões do Brasil, a coleta de dados foi realizada em ambiente virtual. Todas as regiões do país tiveram respondentes, participando técnicos das regiões Sudeste (n = 87), Sul (n = 24), Nordeste (n = 20), Norte (n = 15) e Centro-Oeste (n = 5).

2.4 Materiais

Questionário sociodemográfico, perfil profissiográfico e percepção sobre o PIA (Anexo A)

Para a execução desta pesquisa, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário *on-line*, disponibilizado na plataforma Google Forms. Ele foi construído pela autora com base em suas experiências empíricas e técnicas, tendo como norte o documento *Orientações técnicas para elaboração do plano individual de atendimento (PIA) em crianças e adolescentes em serviços de acolhimento* (MDS, 2018). Foi composto por 26 perguntas objetivas que compreendiam os dados sociodemográficos, a experiência profissional com a elaboração do instrumental, as percepções referentes a elaboração, execução e aplicabilidade do PIA, bem com as formas de participação da rede socioassistencial nessa contribuição.

Segundo Gil (2022), o questionário é uma ferramenta de coleta de dados que visa obter informações sobre determinado assunto, em um levantamento de campo, aplicado às pessoas. Ele traduz objetivos da pesquisa em questões específicas, descreve características da população investigada e/ou testa hipóteses levantadas durante o planejamento. Dessa maneira, por se tratar de uma pesquisa em âmbito nacional, com a participação de sujeitos muitos específicos e espalhados por uma grande área, optou-se pela escolha desse recurso na expectativa de que o fenômeno pudesse ser entendido.

O questionário foi dividido em três sessões. A primeira contemplava questões relacionadas aos critérios de inclusão, bem como dados sociodemográficos e de atuação profissional, como sexo, idade e modalidade funcional, formação acadêmica, tempo de trabalho em acolhimento institucional, entre outros. A segunda sessão apresentava perguntas relacionadas à elaboração (construção e preenchimento) do PIA, como o conhecimento do instrumental, modelos existentes, percepções quanto aos modelos adotados em seus trabalhos e participação da rede. A terceira sessão abordava questões relacionadas à execução e à

aplicabilidade do PIA, questionando a frequência das atualizações e as dificuldades e benefícios encontrados pelos técnicos.

Ressalta-se que o instrumento não foi submetido a processos de validação formal, que seriam úteis para seu refinamento. Ainda assim, entende-se que seu uso é adequado diante dos objetivos descritos para esta investigação.

2.5 Procedimento

A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O recrutamento dos participantes ocorreu em etapas, por meio de divulgação e convite realizados pela autora. O processo de recrutamento dos participantes e a consequente coleta de dados teve início no dia 31/03/2025 e finalizou no dia 09/07/2025, dois dias após ocorrer a última participação, contabilizando 101 dias.

Após receber o convite e aceitar participar da pesquisa, o participante deveria clicar no *link* disponibilizado na mensagem, sendo automaticamente direcionado à plataforma digital Google Forms. Inicialmente, apresentava-se o TCLE para leitura e manifestação de aceite. Somente após essa etapa o participante prosseguia para o preenchimento das demais questões, incluindo dados sociodemográficos, perfil profissiográfico e percepção sobre o PIA. O tempo médio de resposta foi de 20 minutos.

2.6 Procedimento de análise dos dados

Os dados quantitativos fornecidos pela plataforma Google Forms foram tabulados em planilhas de Excel e analisados com auxílio do *software* IBM SPSS Statistics – versão 20. Inicialmente, foram realizados levantamentos descritivos, considerando médias e desvio padrão para variáveis escalares, de frequência e porcentagem para variáveis categóricas.

Estatísticas inferenciais de distribuição e comparação de grupos foram aplicadas, considerando como significativos os valores de $p \leq 0,05$ e confiança de 95%. Quando os dados de distribuição seguiram os parâmetros de normalidade, estatísticas paramétricas foram utilizadas, ou seus correspondentes não paramétricos, quando se tratou de dados não paramétricos.

Para comparação de dados categóricos, os testes qui-quadrado ou V de Cramer foram aplicados. O teste t de Student foi utilizado para comparar as médias dos grupos analisados (psicólogos e assistentes sociais). As associações foram obtidas com análise de correlação de

Pearson. Nas comparações de médias, o d de Cohen foi utilizado para avaliar o tamanho de efeito das comparações, seguindo a sugestão de Marôco (2011) de que o tamanho de efeito é pequeno quando $d \leq 0,2$; médio, quando d é de 0,2 até 0,5; elevado para d entre 0,50 e 1; e muito elevado quando $d \geq 1$.

Os testes mencionados foram selecionados com o intuito de atender aos objetivos do presente estudo, possibilitando a adequada análise dos dados quantitativos e de seus resultados, visando ao entendimento do fenômeno estudado.

2.7 Considerações éticas

Este estudo seguiu as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e nº 510, de 7 de abril de 2016, que normalizam e fornecem diretrizes regulamentadoras para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes foram convidados a assinar o TCLE (Anexo B) como parte inicial do preenchimento do questionário. A aceitação e a consequente assinatura do documento foram um critério indispensável para a inclusão no estudo, enquanto a recusa em assiná-lo foi um critério de exclusão.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista (UNIP) e foi liberado por meio do parecer CAAE 85112124.4.0000.5512 (Anexo C). Somente após a aprovação do Comitê a pesquisa foi iniciada. Durante a pesquisa até a presente data, não houve intercorrências éticas.

3 RESULTADOS

Nesta seção, estão apresentados os dados coletados, organizados de forma a contemplar: a caracterização sociodemográfica, a descrição do perfil e exercício profissional dos participantes, o conhecimento e manejo do PIA, a percepção sobre a participação da rede na construção desse instrumento e as principais dificuldades e benefícios mencionados por assistentes sociais e psicólogos.

3.1 Caracterização sociodemográfica e perfil profissional dos participantes

Na Tabela 1, constam as frequências e a estatística do qui-quadrado comparando a distribuição de psicólogos e assistentes sociais nas variáveis sexo, região de localização do serviço, modalidade de acolhimento, função exercida no SAICA e tipo de vínculo empregatício.

Tabela 1 – Frequência comparativa entre variáveis sociodemográficas

Variáveis	Categorias	χ^2 (gl)	Total	Formação acadêmica	
				Psicologia	Serviço social
Sexo (n = 151)	Masculino	1,013 (2)	13	6	7
	Feminino		137	51	86
	Outros		1	0	1
	Prefiro não informar		0	0	0
Região de localização do serviço (n = 151)	Região Sudeste	0,180 (4)	87	33	54
	Região Sul		24	9	15
	Região Nordeste		20	8	12
	Região Norte		15	5	10
	Região Centro-Oeste		5	2	3
Modalidade de acolhimento (n = 151)	Casa Lar	0,311 (1)	30	10	20
	Abrigo Institucional		121	47	74
Função exercida no serviço de acolhimento (n = 148)	Somente técnico	6,078**(1)	117	51b	66
	Acumula a função de técnico com a de coordenador ou outra		31	6	25a
Vínculo empregatício (n = 151)	Autônomo	4,445 (4)	1	1	0
	Celetista		74	26	48
	Estatutário		36	13	23
	Prestador de serviço		23	12	11
	Outros		17	5	12

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Letras diferentes sugerem diferenças significativas nas categorias.

Fonte: Própria autoria (2026).

No que se refere à variável sexo, entre os 57 psicólogos respondentes, 51 se identificaram como do sexo feminino e seis do sexo masculino, enquanto entre os 94 assistentes sociais participantes, grande parte (n = 86) se identificou como do sexo feminino, sete como do

sexo masculino e um como outros. Há um predomínio do sexo feminino na amostra. Essa distribuição, de acordo com o teste qui-quadrado, não foi significativa, sugerindo semelhança entre as categorias avaliadas.

Quanto à variável região de localização do serviço, 33 psicólogos declaram trabalhar na região Sudeste, nove na região Sul, oito na região Nordeste, cinco na região Norte e dois na região Centro-Oeste. Já em relação aos assistentes sociais, grande parte informou trabalhar na região Sudeste ($n = 54$), 15 na região Sul, 12 na região Nordeste, 10 na região Norte e três na região Centro-Oeste. A maioria dos participantes é proveniente da região Sudeste, porém, de acordo com o teste qui-quadrado, há semelhança na distribuição das categorias analisadas.

No que se refere à variável modalidade de acolhimento, 10 psicólogos informaram trabalhar em Casa Lar e a maioria ($n = 47$) em Abrigo Institucional. Já entre os assistentes sociais, 20 relataram exercer suas funções laborativas em Casa Lar e 74 em Abrigo Institucional. Há predominância de participantes que trabalham em Abrigo Institucional, contudo, o teste qui-quadrado não apontou associação estatística significativa, indicando semelhança entre os grupos avaliados.

A variável função exercida no serviço em que trabalha apresentou resultado estatisticamente significativo. Entre os psicólogos, a maioria ($n = 51$) declarou trabalhar somente como técnico e seis mencionaram atuar como técnico e outra função (acumulando funções em sua rotina profissional). Entre os assistentes sociais, a maior parte ($n = 66$) informou trabalhar somente na função técnica e 25 indicaram acumular essa função com outra dentro do serviço. Há predominância entre psicólogos que exercem somente a função de técnicos e de assistentes sociais que acumulam funções no serviço em que trabalham, conforme indica o teste qui-quadrado significativo.

Com relação à variável vínculo empregatício, não há achados estatisticamente divergentes em relação ao teste qui-quadrado. Entre os psicólogos, um informou ser autônomo, 26 celetistas, 13 estatutários, 12 prestadores de serviço e cinco enquadrados em outras modalidades de contratação. Já em relação aos assistentes sociais, nenhum declarou ser autônomo, 48 informaram ser celetistas, 23 estatutários, 11 prestadores de serviço e 12 enquadrados em modalidades diferentes de contratação.

A Tabela 2 apresenta a média e o desvio padrão da idade e o teste de comparação entre os grupos de psicólogos e de assistentes sociais.

Tabela 2 – Média e desvio padrão de idade e tempo de trabalho entre os participantes (n = 151)

Variável	Psicologia		Serviço Social		t de Student	d de Cohen	Tamanho de efeito
	Média	DP	Média	DP			
Idade	36,2_a	7,5	42,1_b	9,1	-4,146***	0,7	Elevado
Tempo de trabalho em acolhimento (em meses)	53,4 _a	47,4	67,9 _a	69,3	-1,390	0,2	Pequeno

Nota: DP = Desvio padrão; *p ≤ 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. Letras diferentes sugerem diferenças significativas nas categorias.

Fonte: Própria autoria (2026).

De acordo com a Tabela 2, entre os 151 respondentes, verifica-se que os psicólogos têm, em média, 36,2 anos, sendo significativamente mais jovens do que os assistentes sociais, cuja média de idade é de 42,1 anos. A diferença de idade teve um tamanho de efeito elevado (d = 0,7). A comparação no tempo de trabalho em serviço de acolhimento sugere que os assistentes sociais e psicólogos têm, em média, tempo de atuação no SAICA semelhante, com pequeno tamanho de efeito (d = 0,2).

3.2 Variáveis relacionadas ao conhecimento e manejo do PIA

A Tabela 3 apresenta a distribuição e as comparações obtidas pelos grupos de psicólogos e de assistentes sociais em variáveis relativas ao conhecimento e à construção do PIA.

Tabela 3 – Frequência comparativa sobre o conhecimento e a elaboração do PIA entre psicólogos e assistentes sociais (n = 150)

Variáveis	Categorias	χ ² (gl)	Total	Formação acadêmica	
				Psicologia	Serviço social
Conhece o PIA	Não	3,403 (1)	2	2	0
	Sim		148	54	94
Já preencheu (elaborou) um PIA	Nunca	0,908 (3)	1	0	1
	Uma vez		2	1	1
	Algumas vezes		21	7	14
	Com frequência		126	48	78
A elaboração (construção e preenchimento) do PIA é uma atividade do seu cotidiano profissional atual	Não	0,033 (1)	10	4	6
	Sim		140	52	88

Fonte: Própria autoria (2026).

Conforme pode ser observado, não há associações estatisticamente significativas entre as variáveis apresentadas, o que sugere que as vivências relatadas pelos profissionais não têm relação com suas formações. Com relação à variável conhece o PIA, entre os 150 respondentes,

54 psicólogos alegaram que sim, enquanto apenas dois disseram que não. Em relação aos assistentes sociais, todos mencionaram conhecer o instrumental.

Sobre o preenchimento (elaboração) do instrumental, somente um assistente social relatou nunca o ter feito, enquanto um psicólogo e um assistente social informaram ter preenchido somente uma vez. Sete psicólogos e 14 assistentes sociais relataram já ter preenchido (elaborado) algumas vezes, e 48 psicólogos e 78 assistentes sociais responderam que o fazem com frequência. Ao questionar se a elaboração (construção e preenchimento) era uma atividade do cotidiano profissional dos pesquisados, quatro psicólogos e seis assistentes sociais relataram que não, enquanto 52 psicólogos e 88 assistentes sociais informaram que sim.

A Tabela 4 apresenta a distribuição e as comparações obtidas pelos grupos de psicólogos e de assistentes sociais em variáveis relativas à elaboração do PIA.

Tabela 4 – Frequência comparativa sobre a elaboração do PIA (n = 150)

Variáveis	Categorias	χ^2 (gl)	Total	Formação acadêmica	
				Psicologia	Serviço social
O PIA é elaborado no prazo de 30 dias para ser enviado ao Poder Judiciário?	Nunca é elaborado no prazo	3,421 (3)	7	1	6
	Ocasionalmente é elaborado no prazo		13	7	6
	Frequentemente é elaborado no prazo		39	13	26
	Sempre é elaborado no prazo		91	35	56
Com que frequência o PIA é atualizado?	Não é atualizado	4,912 (4)	26	12	14
	É atualizado mensalmente		16	5	11
	É atualizado trimestralmente		56	18	38
	É atualizado semestralmente		38	18	20
	É atualizado anualmente		14	3	11

Fonte: Própria autoria (2026).

Os dados mostram que a maioria dos participantes elabora o instrumental sempre no prazo (n = 91; psicólogos = 35, assistentes sociais = 56) ou frequentemente no prazo (n = 39; psicólogos = 13, assistentes sociais = 26). A frequência de atualização do PIA mais citada, no geral, foi trimestral (n = 56), seguida de semestral (n = 38). De acordo com o teste qui-quadrado, há semelhança entre os grupos nas duas questões avaliadas, indicando ausência de associações estatísticas entre a elaboração no prazo, a frequência da atualização e a formação acadêmica dos técnicos.

A Tabela 5 apresenta a distribuição e as comparações obtidas pelos grupos de psicólogos e de assistentes sociais relativas ao modelo adotado pelos serviços.

Tabela 5 – Frequência comparativa sobre o modelo de PIA adotado pelos serviços na percepção de psicólogos e assistentes sociais (n = 150)

Variáveis	χ^2 (gl)	Total Sim	Formação acadêmica			
			Psicologia		Serviço Social	
			Não	Sim	Não	Sim
Modelo elaborado pelos técnicos da instituição	5,143*(1)	50	31	25b	69a	25
Modelo apresentado pelo MDS	1,064 (1)	45	42	14	63	31
Modelo construído pela rede (outros serviços da Assistência Social, Educação, Saúde, Conselho Tutelar, entre outros)	0,354 (1)	31	43	13	76	18
Modelo construído pela equipe da instituição (juntamente com educadores e outros funcionários)	0,252 (1)	29	44	12	77	17
Modelo disponibilizado pelo Poder Judiciário local	1,457 (1)	26	49	7	75	19
Outros modelos	0,207 (1)	9	52	4	89	5

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Letras diferentes sugerem diferenças significativas nas categorias.

Fonte: Própria autoria (2026).

Conforme a Tabela 5, o modelo mais utilizado pelos profissionais é o elaborado pelos próprios técnicos (n = 50), seguido pelo apresentado pelo MDS (n = 45) e pelo construído pela rede (n = 31). O teste do qui-quadrado mostrou que existe associação estatisticamente significativa entre a formação acadêmica e o modelo de instrumental do PIA adotado nos serviços. Verificou-se que a maioria dos assistentes sociais (n = 69) utiliza modelos elaborados pelos próprios técnicos da instituição, enquanto a adesão a esse tipo de instrumental é significativamente menor entre os psicólogos (n = 25).

A Tabela 6 apresenta a distribuição e as comparações obtidas pelos grupos de psicólogos e de assistentes sociais relativas à variável quem elabora o PIA.

Tabela 6 – Frequência comparativa em relação à variável quem elabora (constrói e preenche) o PIA na percepção de psicólogos e assistentes sociais (n = 151)

Variáveis	χ^2 (gl)	Total Sim	Formação acadêmica			
			Psicologia		Serviço social	
			Não	Sim	Não	Sim
Somente pelos técnicos de referência do serviço	0,000 (1)	77	28	29	46	48
De modo compartilhado pelos técnicos da instituição	0,135 (1)	66	31	26	54	40
De modo compartilhado pelos atores da rede socioassistencial	0,122 (1)	53	36	21	62	32
De modo compartilhado pelos atores do SGD	1,769 (1)	41	38	19	72	22
De modo compartilhado por pessoas com as quais a criança e o adolescente têm vínculos e que estão envolvidas no seu apoio e cuidado	0,763 (1)	39	40	17	72	22
De modo compartilhado pelas famílias atendidas	1,055 (1)	38	40	17	73	21
De modo compartilhado pelos usuários	1,619 (1)	34	41	16	76	18
Por outros serviços/pessoas/profissionais	1,856 (1)	3	57	0	91	3

Fonte: Própria autoria (2026).

De acordo com o teste qui-quadrado, não há achados que sugerem diferenças significativas entre psicólogos e assistentes sociais em relação a quem elabora (constrói e preenche) o instrumental. A maioria dos profissionais indicou que o PIA é elaborado somente pelos técnicos de referência do serviço ($n = 77$), mas grande parte dos respondentes ($n = 66$) relatou que o compartilham com outros atores, sendo os mais atuantes a rede socioassistencial ($n = 53$).

Na Tabela 7 constam as comparações dos grupos formados por psicólogos e assistentes sociais sobre a frequência de fatores considerados na elaboração do PIA. É possível notar que o fator menos levado em consideração na hora de elaborar o PIA foi “Exposição a preconceitos relacionados a gênero, raça, cor e orientação sexual” ($n = 93$), e o mais foi “Possibilidade de reintegração familiar” ($n = 148$) — apenas dois assistentes sociais relataram não considerar esse item ao elaborar o PIA. O teste do qui-quadrado sugere semelhanças entre as respostas dadas pelos profissionais de ambos os grupos.

Tabela 7 – Frequência comparativa entre os fatores considerados na elaboração do PIA na percepção de psicólogos e de assistentes sociais ($n = 150$)

Variáveis	χ^2 (gl)	Total Sim	Formação acadêmica			
			Psicologia		Serviço social	
			Não	Sim	Não	Sim
Possibilidade de reintegração familiar	1,208 (1)	148	0	56	2	92
Histórico familiar	0,664 (1)	145	1	55	4	90
Rede social e social da família de origem	0,043 (1)	144	2	54	4	90
Desenvolvimento de autonomia	1,503 (1)	139	6	50	5	89
Peculiaridades e particularidades de cada criança e/ou adolescente	0,105 (1)	138	5	51	7	87
Redes comunitárias e familiares	1,237 (1)	137	3	53	10	84
Metas e ações a serem desenvolvidas pela rede socioassistencial e SGD	0,000 (1)	136	6	50	8	86
Potencialidades da criança e/ou adolescente	0,775 (1)	133	8	48	9	85
Possibilidade de colocação em família substituta	0,140 (1)	132	6	50	12	82
Visão da criança e/ou adolescente e suas famílias como sujeitos de direitos	0,006 (1)	129	8	48	13	81
Necessidade de inclusão em programas de transferência de renda	0,727 (1)	128	10	46	12	82
Metas e ações a serem desenvolvidas pela criança e/ou adolescente	0,570 (1)	125	11	45	14	80
Potencialidades da família	0,023 (1)	125	9	47	16	78
Garantia da prioridade absoluta	2,758 (1)	125	13	43	12	82
Habilidades da criança e/ou adolescente	0,579 (1)	124	8	48	18	76
Metas e ações a serem desenvolvidas pela família	0,017 (1)	124	10	46	16	78
Limites familiares	0,163 (1)	123	11	45	16	78
Projetos de vida	0,005 (1)	121	11	45	18	76
Metas e ações a serem desenvolvidas pelo serviço de acolhimento	0,201 (1)	118	12	44	20	74
Prazos estipulados para as metas estabelecidas	1,753 (1)	111	18	38	21	73
Exposição a preconceitos relacionados a gênero, raça, cor e orientação sexual	0,009 (1)	93	21	35	36	58

Fonte: Própria autoria (2026).

A Tabela 8 sintetiza a percepção dos técnicos quanto aos PIAS utilizados em seus cotidianos profissionais, apresentando médias, desvios padrão e estatística de comparação em uma escala em que 0 = “nada” e 5 = “muito”. Nota-se que as características importante (M = 4,8, DP = 0,9), funcional (M = 3,7, DP = 1,3) e efetivo (M = 3,6; DP = 1,3) foram consideradas próximas ao valor máximo da escala, ou seja, em média, pode ser considerado como muito importante, muito funcional e muito efetivo para assistentes sociais e psicólogos.

Tabela 8 – Médias e desvios padrão sobre a percepção geral dos técnicos em relação ao PIA adotado em seus cotidianos profissionais

Variáveis	Total		Psicologia		Serviço Social		t de Student	d de Cohen	Tamanho de efeito
	Média	DP	Média	DP	Média	DP			
Limitado (n = 138)	1,8	1,5	1,6	1,5	2,0	1,5	-1,561	-0,27	Médio
Complexo (n = 136)	2,0	1,6	1,7	1,4	2,2	1,7	-1,719	-0,32	Médio
Extenso (n = 134)	2,8	1,6	2,7	1,8	2,9	1,5	-0,968	-0,12	Pequeno
Importante (n = 141)	4,8	0,9	4,4	1,0	4,4	0,8	-0,070	0,00	Nulo
Funcional (n = 139)	3,7	1,3	3,7	1,3	3,7	1,2	0,245	0,00	Nulo
Efetivo (n = 140)	3,6	1,3	3,6	1,3	3,5	1,3	0,383	0,08	Pequeno

Nota: DP = Desvio padrão.

Fonte: Própria autoria (2026).

Também se observa que os técnicos avaliaram o PIA utilizado em seu cotidiano como pouco limitado (M = 1,8; DP = 1,5), pouco complexo (M = 2,0, DP = 1,6) e mais ou menos extenso (M = 2,8, DP = 1,6). A estatística de comparação e os valores do tamanho de efeito sugerem semelhança entre psicólogos e assistentes sociais nas avaliações de características do PIA no uso que os participantes fazem dele.

3.3 A participação da rede socioassistencial na construção do PIA

A Tabela 9 refere-se à percepção dos técnicos quanto à participação dos serviços que compõem a rede socioassistencial.

Tabela 9 – Frequência comparativa em relação à participação da rede socioassistencial na construção do PIA na percepção de psicólogos e assistentes sociais (n = 151)

Variáveis	Contribui na elaboração do PIA	χ^2 (gl)	Formação acadêmica					
			Psicologia (n = 57)			Serviço social (n = 94)		
			Não	Sim	Ausente	Não	Sim	Ausente
Conselho Tutelar	122	0,301 (1)	8	46	3	10	76	8
Saúde Mental	121	0,565 (1)	5	47	5	12	74	8
CREAS	120	2,178 (1)	10	42	5	9	78	7
Educação	120	0,207 (1)	8	44	5	11	76	7
Vara da Infância e da Juventude	118	0,355 (1)	8	47	2	16	71	7
CRAS	113	2,827 (1)	12	38	7	11	75	8
Ministério Público	111	0,331 (1)	8	44	5	16	67	11
Defensoria Pública	79	0,281 (1)	14	34	9	23	45	26
Outros serviços	71	2,331 (1)	14	26	17	12	45	37

Fonte: Própria autoria (2026).

Conforme a Tabela 9, o Conselho Tutelar (n = 122), a Saúde Mental (n = 121), o CREAS (n = 120), a Educação (n = 120) e a Vara da Infância e da Juventude (n = 118) são os agentes da rede mais citados como participantes na construção do PIA. O CRAS (n = 113), o Ministério Público (n = 111), a Defensoria Pública (n = 79) e outros serviços (n = 71) também foram mencionados, em menor frequência, mas ainda assim contemplando mais de 40% dos técnicos. A estatística indicou semelhança na distribuição entre os grupos de psicólogos e de assistentes sociais.

A Tabela 10 apresenta a frequência das formas de participação dos serviços da política de assistência social na construção do PIA.

Tabela 10 – Frequência comparativa em relação à participação dos serviços da política de assistência social na percepção de psicólogos e assistentes sociais

Serviços	Formas de participação	χ^2 (gl)	Total de Sim	Formação acadêmica			
				Psicologia		Serviço social	
				Não	Sim	Não	Sim
CREAS (n = 139)	Discussão de caso	1,569 (1)	102	17	35	20	67
	Contatos telefônicos	0,733 (1)	63	26	26	50	37
	Relatórios informativos	0,004 (1)	53	32	20	54	33
	Audiências concentradas	3,740 (1)	50	28	24	61	26
	E-mails informativos	1,981 (1)	41	33	19	65	22
	Outras	0,310 (1)	16	45	7	78	9
CRAS (n = 136)	Discussão de caso	1,223 (1)	87	21	29	28	58
	Contatos telefônicos	0,221 (1)	59	27	23	50	36
	Relatórios informativos	0,167 (1)	46	32	18	58	28
	Audiências concentradas	4,270* (1)	40	30	20b	66a	20
	E-mails informativos	3,973* (1)	38	31	19b	67a	19
	Outras	0,007 (1)	14	45	5	77	9

Nota: *p ≤ 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. Letras diferentes sugerem diferenças significativas nas categorias.

Fonte: Própria autoria (2026).

A Tabela 10 destaca que tanto o CRAS quanto o CREAS colaboram para a construção do PIA, com maior frequência por meio de discussão de caso e contato telefônico. Os *e-mails* e outras formas de participação foram os itens menos mencionados pelos técnicos. No que tange ao CREAS, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no teste de distribuição, indicando que psicólogos e assistentes sociais percebem de forma semelhante as formas de participação.

As comparações do CRAS apontam para especificidades estatísticas em determinadas formas de participação. Embora a discussão de caso continue sendo a forma majoritária ($n = 87$), verificou-se associação significativa entre a formação acadêmica e a participação em audiências concentradas ($n = 40$) e no envio de *e-mails* informativos ($n = 38$). Nota-se que, no caso de audiências concentradas e *e-mails* informativos do CRAS, a proporção de participação é significativamente maior entre os profissionais de psicologia, dada a menor representação numérica dessa categoria na amostra total do serviço em comparação ao serviço social.

A Tabela 11 apresenta as formas de participação do Sistema de Justiça na construção do PIA.

Tabela 11 – Frequência comparativa em relação à participação dos serviços do Sistema de Justiça na percepção de psicólogos e assistentes sociais

Serviços	Formas de participação	χ^2 (gl)	Total de Sim	Formação acadêmica			
				Psicologia		Serviço social	
				Não	Sim	Não	Sim
Vara da Infância e da Juventude ($n = 142$)	Audiências concentradas	2,877 (1)	83	18	37	41	46
	Discussão de caso	0,236 (1)	79	23	32	40	47
	<i>E-mails</i> informativos	2,316 (1)	61	27	28	54	33
	Relatórios informativos	0,355 (1)	56	35	20	51	36
	Contatos telefônicos	1,361 (1)	56	30	25	56	31
	Outras	0,048 (1)	12	50	5	80	7
Ministério Público ($n = 135$)	Audiências concentradas	1,530 (1)	82	17	35	36	47
	Discussão de caso	2,827 (1)	60	29	23	46	37
	<i>E-mails</i> informativos	0,611 (1)	49	31	21	55	28
	Relatórios informativos	0,475 (1)	49	35	17	51	32
	Contatos telefônicos	1,162 (1)	42	33	19	60	23
	Outras	0,143 (1)	9	48	4	78	5
Defensoria Pública ($n = 116$)	Audiências concentradas	2,888 (1)	52	22	26	42	26
	Discussão de caso	0,039 (1)	35	34	14	47	21
	<i>E-mails</i> informativos	0,067 (1)	28	37	11	51	17
	Relatórios informativos	0,090 (1)	25	37	11	54	14
	Contatos telefônicos	2,040 (1)	24	35	13	57	11
	Outras	0,009 (1)	10	44	4	62	6

Fonte: Própria autoria (2026).

A análise da participação dos serviços do Sistema de Justiça, elucidados na Tabela 11, não demonstrou associações estatísticas significativas por meio do teste qui-quadrado,

sugerindo semelhança entre as respostas apresentadas. Apesar disso, os resultados indicaram que as principais formas de participação apresentam padrão semelhante entre a Vara da Infância e da Juventude e o Ministério Público. Em ambos os serviços, as formas de participação mais frequentes, em ordem decrescente, foram: audiências concentradas ($n = 83$; $n = 82$), discussão de caso ($n = 79$; $n = 60$), *e-mails* informativos ($n = 61$; $n = 49$), relatórios informativos ($n = 56$; $n = 49$), contatos telefônicos ($n = 56$; $n = 42$) e outras ($n = 12$; $n = 9$).

Em relação à Defensoria Pública, observa-se uma alteração nesse ordenamento, uma vez que os técnicos avaliaram maior frequência no envio de relatórios informativos ($n = 28$) e *e-mails* informativos ($n = 25$), indicando um padrão de participação distinto quando comparado aos demais serviços do Sistema de Justiça.

A Tabela 12 apresenta as formas de participação de outros serviços da rede assistencial (Conselho Tutelar, Saúde Mental, Educação e Outros) na construção do PIA.

Tabela 12 – Frequência comparativa em relação à participação dos demais serviços na percepção de psicólogos e assistentes sociais

Serviços	Formas de participação	χ^2 (gl)	Total de Sim	Formação acadêmica			
				Psicologia		Serviço social	
				Não	Sim	Não	Sim
Conselho Tutelar ($n = 140$)	Discussão de caso	0,425 (1)	86	19	35	35	51
	Contatos telefônicos	3,671 (1)	61	25	29	54	32
	Relatórios informativos	0,981 (1)	55	30	24	55	31
	Audiências concentradas	1,273 (1)	49	32	22	59	27
	E-mails informativos	3,915* (1)	41	33	21b	66a	20
	Outras	0,724 (1)	12	48	6	80	6
Saúde Mental ($n = 138$)	Discussão de caso	2,827 (1)	93	17	35	28	58
	Relatórios informativos	4,453* (1)	56	25	27b	57a	29
	Audiências concentradas	7,501** (1)	42	29	23b	67a	19
	Contatos telefônicos	0,666 (1)	55	29	23	54	32
	<i>E-mails</i> informativos	1,755 (1)	29	38	14	71	15
	Outras	3,570 (1)	15	43	9	80	6
Educação ($n = 139$)	Discussão de caso	0,310 (1)	86	19	33	34	53
	Contatos telefônicos	0,004 (1)	61	29	23	49	38
	Relatórios informativos	5,303* (1)	55	25	27b	59a	28
	<i>E-mails</i> informativos	1,590 (1)	32	37	15	70	17
	Audiências concentradas	6,059** (1)	30	35	17b	74a	13
	Outras	1,655 (1)	13	45	7	81	6
Outros serviços ($n = 97$)	Discussão de caso	2,688 (1)	46	25	15	26	31
	Contatos telefônicos	0,453 (1)	35	24	16	38	19
	<i>E-mails</i> informativos	0,528 (1)	30	26	14	41	16
	Relatório informativo	0,001 (1)	22	31	9	44	13
	Outras	0,457 (1)	15	35	5	47	10
	Audiências concentradas	1,620 (1)	10	34	6	53	4

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Letras diferentes sugerem diferenças significativas nas categorias.

Fonte: Própria autoria (2026).

Nota-se que, para todos os agentes da rede avaliados, as formas de participação mais evidenciadas pelos técnicos foi a discussão de caso. A Saúde Mental apresentou a maior frequência absoluta de discussão de caso entre os serviços da rede ($n = 93$), seguida de relatórios informativos ($n = 56$) e contatos telefônicos ($n = 55$). O Conselho Tutelar e a Educação apresentaram distribuições idênticas nas duas categorias principais: discussão de caso ($n = 86$) e contatos telefônicos ($n = 61$). No Conselho Tutelar, as audiências concentradas ($n = 49$) e os relatórios ($n = 55$) foram mais frequentes do que na Educação, em que a participação em audiências foi menor ($n = 30$). Outros serviços registram frequências proporcionalmente menores, com destaque para discussão de caso ($n = 46$) e contatos telefônicos ($n = 35$) como as principais vias de interação. Em todos os serviços avaliados, a categoria “Outras” obteve as menores frequências (variando entre $n = 9$ e $n = 16$).

Destaca-se, ainda, que a maioria das participações foi mencionada de modo semelhante por psicólogos e assistentes sociais. Porém, eles divergiram sobre a participação de alguns agentes da rede de maneira pontual. A estatística do qui-quadrado significativa apontou que, para um número proporcionalmente maior de psicólogos e menor de assistentes sociais, houve menções da participação na construção do PIA do Conselho Tutelar via *e-mail* informativo ($\chi^2 = 3,915$; $p < 0,05$), da Saúde Mental por meio de audiências concentradas ($\chi^2 = 7,501$; $p < 0,01$) e da Educação via relatórios informativos ($\chi^2 = 5,303$; $p < 0,05$) e Audiências concentradas ($\chi^2 = 6,059$; $p < 0,01$).

3.4 Principais dificuldades e benefícios relativos ao PIA mencionados pelos técnicos

A Tabela 13 alude sobre as principais dificuldades relatadas por psicólogos e assistentes sociais na elaboração (construção e preenchimento) do PIA. As mais frequentes, percebidas pela maioria dos técnicos, foram: “Falta de envolvimento e participação da família nas definições dos objetivos e metas, comprometendo seu envolvimento com a mudança que gerou o contexto de acolhimento” ($n = 83$) e “Comunicação entre os serviços” ($n = 73$). As dificuldades menos citadas foram: “Falta de recursos tecnológicos e materiais” ($n = 5$) e “Falta de recursos humanos nas equipes de referências” ($n = 25$). Não foram observadas diferenças significativas na distribuição de respostas dadas por ambos os grupos.

Tabela 13 – Frequência comparativa entre as principais dificuldades relatadas por psicólogos e assistentes sociais na elaboração (construção e preenchimento) do PIA (n = 150)

Variáveis	χ^2 (gl)	Total Sim	Formação acadêmica			
			Psicologia		Serviço social	
			Não	Sim	Não	Sim
Falta de envolvimento e participação da família nas definições dos objetivos e metas, comprometendo seu envolvimento com a mudança que gerou o contexto de acolhimento	0,455 (1)	83	27	29	40	54
Comunicação entre os serviços	0,579 (1)	73	31	25	46	48
Sobrecarga de trabalho da equipe técnica de referência	2,270 (1)	58	30	26	62	32
Complexidade nas definições dos objetivos e metas e prazos	1,466 (1)	52	40	16	58	36
Tempo discrepante entre o necessário para o desenvolvimento do instrumental e o disponível pelas equipes	0,317 (1)	52	35	21	63	31
Diagnóstico preciso das vulnerabilidades e necessidades da família	0,356 (1)	50	39	17	61	33
Cultura de planejamento	0,862 (1)	30	47	9	73	21
Práticas mais tradicionais e imediatistas, fazendo com que o instrumental seja formulado de forma automática	0,256 (1)	30	46	10	74	20
Falta de recursos humanos nas equipes de referências	1,459 (1)	25	44	12	81	13
Falta de recursos tecnológicos e materiais	0,016 (1)	5	54	2	91	3

Fonte: Própria autoria (2026).

Apesar da ausência de diferença estatística, os dados brutos sugerem uma hierarquia distinta de dificuldades mencionadas pelos dois grupos de técnicos. Nota-se que, para os psicólogos, as dificuldades mais citadas foram: “Falta de envolvimento e participação da família nas definições dos objetivos e metas, comprometendo seu envolvimento com a mudança que gerou o contexto de acolhimento” (n = 29); “Sobrecarga de trabalho da equipe técnica de referência” (n = 26); “Comunicação entre os serviços” (n = 25); “Tempo discrepante entre o necessário para o desenvolvimento do instrumental e o disponível pelas equipes” (n = 21); “Diagnóstico preciso das vulnerabilidades e necessidades da família” (n = 17); e “Complexidade nas definições dos objetivos, metas e prazos” (n = 16). As menos frequentes foram: “Falta de recursos humanos nas equipes de referência” (n = 12); “Práticas mais tradicionais e imediatistas, fazendo com que o instrumental seja formulado de forma automática” (n = 10); “Cultura de planejamento” (n = 9); e “Falta de recursos tecnológicos” (n = 2).

Para os assistentes sociais, conforme apresenta a Tabela 13, a “Falta de envolvimento e participação da família nas definições dos objetivos e metas, comprometendo seu envolvimento com a mudança que gerou o contexto de acolhimento” foi a dificuldade relatada com maior

frequência (n = 54), seguida por “Comunicação entre os serviços” (n = 48). Diferentemente dos psicólogos, esse grupo mencionou, na sequência, “Complexidade nas definições dos objetivos, metas e prazos” (n = 32) e “Sobrecarga de trabalho da equipe técnica de referência” (n = 32). As demais dificuldades incluíram “Diagnóstico preciso das vulnerabilidades e necessidades da família” (n = 33), “Tempo discrepante entre o necessário para o desenvolvimento do instrumental e o disponível pelas equipes” (n = 31), “Cultura de planejamento” (n = 21) e “Práticas mais tradicionais e imediatistas, fazendo com que o instrumental seja formulado de forma automática” (n = 20). As dificuldades menos relatadas foram: “Falta de recursos humanos nas equipes de referência” (n = 13) e “Falta de recursos tecnológicos” (n = 3).

A Tabela 14 apresenta o levantamento das dificuldades encontradas pelos técnicos na aplicação do PIA durante o acolhimento.

Tabela 14 – Frequência comparativa em relação às principais dificuldades relatadas por psicólogos e assistentes sociais na aplicação do PIA durante o acolhimento (n = 147)

Variáveis	χ^2 (gl)	Total Sim	Formação acadêmica			
			Psicologia		Serviço social	
			Não	Sim	Não	Sim
Pouco comprometimento da família diante das mudanças necessárias	1,022 (1)	106	18	37	23	69
Falta de políticas públicas relacionadas à educação e à saúde mental	0,039 (1)	92	32	52	23	40
Falta de articulação entre os serviços e a dificuldade de trabalho em rede	0,131 (1)	75	28	27	44	48
Entendimento das equipes de referência que atuam no caso quanto à complexidade e à dinamicidade das relações e situações que envolvem crianças, adolescentes e suas famílias	1,103 (1)	64	28	27	55	37
Burocracia e morosidade do Sistema Judiciário	0,143 (1)	48	36	19	63	29
Falta de políticas públicas relacionadas à transferência de renda e moradia	1,393 (1)	46	41	14	60	32
Falta de acompanhamento continuado	0,084 (1)	46	37	18	64	28
Resistência do usuário	0,040 (1)	44	38	17	65	27
Sobrecarga de trabalho devido à escassez de recursos humanos	1,006 (1)	36	39	16	72	20
Insuficiência de recursos da instituição	0,108 (1)	30	43	12	74	18
Metas e ações inexecutáveis	2,442 (1)	12	48	7	87	5

Fonte: Própria autoria (2026).

A Tabela 14 indica que, para o conjunto total de participantes, a variável com maior frequência de respostas afirmativas foi “Pouco comprometimento da família diante das mudanças necessárias” (n = 106), seguida de “Falta de políticas públicas relacionadas à educação e à saúde mental” (n = 92), “Falta de articulação entre os serviços e a dificuldade de trabalho em rede” (n = 75) e “Entendimento das equipes de referência que atuam no caso quanto à complexidade e à dinamicidade das relações e situações que envolvem a criança, o

adolescente e suas famílias” (n = 64). As dificuldades menos citadas foram “Insuficiência de recursos da instituição” (n = 30) e “Metas e ações inexecutáveis” (n = 12).

Ao analisar especificamente o grupo de profissionais de psicologia (n = 55), observa-se um deslocamento na hierarquia das dificuldades, sendo a mais frequente “Falta de políticas públicas relacionadas à educação e à saúde mental” (n = 52). Na sequência, os psicólogos apontaram com maior ênfase “Pouco comprometimento da família diante das mudanças necessárias” (n = 37), seguido de um empate numérico entre as variáveis “Falta de articulação entre os serviços e a dificuldade de trabalho em rede” (n = 27) e “Entendimento das equipes de referência que atuam no caso quanto à complexidade e à dinamicidade das relações e situações que envolvem o a criança, o adolescente e suas famílias” (n = 27). Por sua vez, a percepção de “Metas e ações inexecutáveis” foi a menos reportada pela categoria (n = 7).

Para os profissionais de serviço social (n = 92), a dificuldade mais frequente foi o “Pouco comprometimento da família diante das mudanças necessárias” (n = 69). Diferentemente dos psicólogos, a segunda maior dificuldade citada foi “Falta de articulação entre os serviços e a dificuldade de trabalho em rede” (n = 48), seguida por “Falta de políticas públicas relacionadas à educação e à saúde mental” (n = 40) e “Entendimento das equipes de referência que atuam no caso quanto à complexidade e à dinamicidade das relações e situações que envolvem a criança, o adolescente e suas famílias” (n = 37). A variável “Falta de políticas públicas relacionadas à transferência de renda e moradia” (n = 32) também figurou entre as cinco maiores preocupações da categoria. Assim como na psicologia, o item “Metas e ações inexecutáveis” obteve a menor frequência absoluta (n = 5).

Apesar das variações nas frequências brutas, os valores de qui-quadrado, conforme os dados disponíveis na Tabela 14, não indicaram diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais nas variáveis analisadas.

A Tabela 15 apresenta a frequência de benefícios fornecidos pelo PIA na percepção de psicólogos e assistentes sociais.

Tabela 15 – Frequência comparativa entre os fatores elencados como benefícios fornecidos pelo PIA na percepção de psicólogos e assistentes sociais (n = 149)

Variáveis	χ^2 (gl)	Total Sim	Formação acadêmica			
			Psicologia		Serviço social	
			Não	Sim	Não	Sim
Organização de objetivos, ações, metas e prazos para orientação do trabalho técnico	1,413 (1)	139	2	54	8	85
Facilitação do trabalho desenvolvido nos acolhimentos institucionais	0,282 (1)	136	4	52	9	84
Aperfeiçoamento do trabalho social com crianças, adolescentes e suas famílias	5,453* (1)	132	2	54b	15a	78
Maior efetividade nas ações executadas pelos acolhimentos institucionais	0,015 (1)	131	7	49	11	82
Superação das situações que motivaram o acolhimento institucional	1,179 (1)	130	5	51	14	79

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Letras diferentes sugerem diferenças significativas nas categorias.

Fonte: Própria autoria (2026).

De acordo com a Tabela 15, de maneira geral, todos as variáveis foram consideradas como benefícios do PIA para a maior parte dos técnicos, sendo a mais frequente “Organização de objetivos, ações, metas e prazos para orientação do trabalho técnico” (n = 139), “Facilitação do trabalho desenvolvido nos acolhimentos institucionais” (n = 136), “Aperfeiçoamento do trabalho social com crianças, adolescentes e suas famílias” (n = 132), “Maior efetividade nas ações executadas pelos acolhimentos institucionais” (n = 131) e “Superação das situações que motivaram o acolhimento institucional” (n = 130).

Nota-se que uma proporção maior de psicólogos e menor de assistentes sociais consideram como um benefício do PIA o “Aperfeiçoamento do trabalho social com crianças, adolescentes e suas famílias” ($\chi^2 = 5,453$; $p < 0,05$). Nos demais itens não foram observadas diferenças na distribuição das respostas dadas pelos dois grupos.

A Tabela 16 apresenta a síntese do levantamento, considerando os dados sociodemográficos, sobre conhecimento e elaboração do PIA, os participantes da rede, as principais dificuldades e os benefícios do instrumental.

Tabela 16 – Síntese dos dados levantados pelo estudo

Conjunto de variáveis	Observações
Dados sociodemográficos	• Maioria dos participantes do sexo feminino. • Adultos, em média, na faixa dos 35 a 45 anos. • Atuantes e residentes em diversas regiões, com predomínio do Sudeste. • Grande parte formada por celetistas ou estatutários. • Têm, em média, cinco anos de atuação no SAICA. • A maioria atua como técnico, mas há um maior número de assistentes sociais que acumula funções ou cargos de técnicos e gestores.
Sobre o PIA	• A maioria conhece o PIA, mas dois psicólogos mencionaram não conhecer. Talvez tenha sido um equívoco, já que eles responderam às demais questões sobre o instrumento. • A maioria elabora e menciona que o PIA faz parte do cotidiano. • Para grande parte da amostra, o PIA é atualizado em período trimestral (n = 56) ou semestral (n = 38). Chama a atenção o fato de que aproximadamente 17% dos participantes mencionaram que o PIA de sua instituição não é atualizado. • Para fins de cumprimento do prazo de 30 dias para envio ao Judiciário, o PIA é frequentemente ou sempre elaborado no prazo (87%). • Há variação, mas predominantemente o PIA é respondido pelos técnicos de referência ou da própria instituição. As famílias foram mencionadas como respondentes do PIA por 25% participantes e os usuários, 23%. • Existe variação dos modelos utilizados. Os psicólogos trabalham com mais frequência com PIA elaborados pelos técnicos da instituição do que os assistentes sociais. Outros modelos mencionados foram o do MDS e o PIA construído pela rede.
Quem participa da elaboração do PIA	• Conselho Tutelar, Saúde Mental, CREAS, Educação, Vara da Infância e da Juventude, CRAS e Ministério Público foram mencionados pela maioria; Defensoria Pública e outros serviços foram menos citados. • De modo geral, as formas mais citadas foram: discussão de caso, contatos telefônicos e relatórios. Houve uma divergência entre psicólogos e assistentes sociais sobre a forma de participação do CRAS, do Conselho Tutelar, da Saúde Mental e da Educação.
Sobre o PIA adotado no cotidiano profissional	• Avaliado como muito importante, efetivo e funcional e como extenso.
Benefícios fornecidos pelo PIA	• Todos os benefícios listados foram mencionados pelos participantes, sendo os dois mais citados: organização dos objetivos, ações, metas e prazos para orientação do trabalho técnico e facilitação do trabalho desenvolvido nos acolhimentos institucionais.
Dificuldades na elaboração	• Falta de envolvimento e participação da família e comunicação entre os serviços foram citados pela maioria. • Contudo, há variação de menção sobre as dificuldades.
Dificuldades na aplicação	• Variabilidade na distribuição das respostas. As mais citadas foram: pouco comprometimento da família diante das mudanças necessárias (71%), falta de políticas públicas relacionadas à educação e à saúde mental (61%) e falta de articulação entre os serviços e a dificuldade de trabalho em rede (50%). A menos frequente foi metas e ações inexequíveis (10%).

Fonte: Própria autoria (2026).

A Tabela 16 destaca que, em geral, o perfil dos participantes deste estudo foi composto majoritariamente por mulheres adultas (35 a 45 anos), que atuam como técnicas na região Sudeste do Brasil, com vínculo formal de trabalho, somando, em média, cinco anos de atuação no SAICA. Os dados revelam que o PIA está integrado ao cotidiano profissional, em

conformidade aos prazos legais (87%), sendo avaliado como um instrumento essencial e funcional para a organização técnica, apesar de sua extensão. Contudo, observa-se uma centralização da sua elaboração nos técnicos de referência, com baixa participação direta de famílias (25%) e usuários (23%), além de um expressivo percentual (17%) que aponta a falta de atualização do documento. Os pontos de dificuldades foram mencionados tanto na elaboração quanto na aplicação, envolvendo a comunicação entre os serviços, a escassez de políticas públicas em saúde mental e educação, e o baixo engajamento familiar.

Em síntese, as diferenças entre psicólogos e assistentes sociais foram pontuais, destacando-se: a) idade, sendo, em média, psicólogos com 36 anos e assistentes sociais com 45 anos; b) em comparação aos psicólogos, assistentes sociais acumulam função de técnico com outras, por exemplo, coordenação; c) em relação aos assistentes sociais, maior número de psicólogos mencionou utilizar o modelo de PIA fornecido pelos técnicos da instituição; e d) psicólogos e assistentes sociais divergiram sobre a forma de participação da rede no processo de elaboração do PIA. Uma parcela maior de psicólogos indicou que o CRAS e o Conselho Tutelar utilizam prioritariamente *e-mails* informativos. Já as audiências concentradas foram mais citadas em relação ao CRAS, à Saúde Mental e à Educação, sendo que esta última também utiliza relatórios informativos com frequência, na percepção de psicólogos.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo geral conhecer a percepção dos técnicos que trabalham em acolhimento institucional (assistentes sociais e psicólogos), medida de proteção prevista no ECA (1990) e na PNAS (MDS, 2005), sobre o preenchimento, a execução e a aplicabilidade do PIA. Considera-se que tal objetivo foi alcançado, tendo em vista que os dados sugerem que a maioria dos participantes conhece, elabora e aplica o PIA no cotidiano de sua atuação profissional.

Entende-se que a pesquisa também contemplou os objetivos específicos de identificar as principais dificuldades e facilidades encontradas pelos técnicos na elaboração, na execução e na aplicação do PIA, e comparar as percepções de assistentes sociais e psicólogos tendo em vista sua formação. Notou-se, de forma geral, que o PIA é considerado importante e funcional, e que as dificuldades mais presentes estão relacionadas à articulação entre usuários, famílias e demais agentes da rede socioassistencial. Psicólogos e assistentes sociais apresentam um padrão semelhante de percepção sobre a elaboração, a aplicação e a importância do PIA. Algumas diferenças pontuais foram observadas e serão destacadas ao longo da discussão.

Para melhor apresentar a presente seção, foram elencados pontos para discussão, que foram divididos em tópicos, sendo: dados sociodemográficos, conhecimento e manejo do instrumental, percepção da aplicabilidade do PIA e participação da rede na construção do PIA.

4.1 Dados sociodemográficos

No que se refere à caracterização dos participantes, os dados revelam um predomínio de mulheres como respondentes da pesquisa. Tal constatação pode estar relacionada ao fato de que a política de assistência social é majoritariamente constituída por profissionais do sexo feminino (cerca de 80%), como apontou o levantamento realizado por Jannuzzi et al. (2023), mas também se associa ao processo histórico de feminização das profissões relacionadas aos cuidados e das políticas sociais, entre elas o serviço social e a psicologia (Gomes et al., 2024).

Há uma coerência entre o número de acolhimentos no Brasil, sendo a maioria localizada no Sudeste e no Sul (CNJ, 2026; Lício et al., 2021), e a quantidade de técnicos que participou deste estudo em cada região. No entanto, nas regiões Norte e Centro-Oeste, verifica-se uma inversão dessa relação, embora, com base nos dados disponíveis, não seja possível compreender claramente os fatores que explicam essa discrepância. A concentração desses participantes pode estar relacionada à distribuição dos acolhimentos institucionais no país,

uma vez que a NOB-RH/SUAS estabelece equipe mínima (preferencialmente um assistente social e um psicólogo) para execução do serviço de acolhimento (MDS, 2006), ou seja, há mais técnicos onde há mais serviços de acolhimento. Campos et al. (2025), ao avaliarem o acolhimento institucional de crianças e adolescentes com deficiência, com base nas informações do Censo SUAS, referem que a predominância dos serviços na região Sudeste está relacionada a acessibilidade e recursos humanos e tecnológicos, estando mais carentes em outras regiões do país, como Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

É necessário discutir que a distribuição regional da amostra pode revelar, ainda, desigualdades estruturais, como acesso à internet e a dispositivos eletrônicos, que influenciam tanto o engajamento na pesquisa quanto as condições de acesso aos instrumentos de coleta. Ou seja, não reflete apenas diferenças demográficas, mas pode evidenciar disparidades no acesso e nas condições de participação, aspectos que devem ser considerados na análise e na interpretação dos resultados.

Os dados do presente estudo também revelam uma prevalência de participantes que afirmam trabalhar na modalidade Abrigo Institucional em detrimento da modalidade Casa Lar. Isso converge com a realidade dos serviços no país, pois conforme dados do Censo SUAS 2024 (MDS, 2025) e do IPEA (Lício et al., 2021), há cerca de 2.110 Abrigos Institucionais e 777 Casas Lares. Essa prevalência pode estar associada a fatores administrativos e limitações na implementação de modalidades mais individualizadas e territorialidades, além do fator histórico relacionado à reprodução de práticas mais consolidadas na política de assistência social. Campos et al. (2025) afirmam que essa predominância do Abrigo Institucional demonstra que a PNAS vem sendo implementada lentamente e de forma morosa.

Quanto à formação dos participantes, os dados demonstraram um quantitativo maior de assistentes sociais, em comparação aos psicólogos. Historicamente, os assistentes sociais sempre foram mais numerosos nas equipes que operacionalizam a PNAS, em decorrência da própria trajetória profissional vinculada à consolidação das políticas sociais. Godoy e Reidel (2022) referem que, ao longo da história, o serviço social sempre esteve ligado à assistência à infância no Brasil. No entanto, essa realidade vem se modificando, principalmente após a NOB-RH/SUAS (MDS, 2006), que definiu a composição de psicólogos nas equipes de referência em todos os níveis de complexidade do sistema, conforme demonstra o estudo de Oliveira (2024), que evidenciou o quanto o quantitativo de profissionais na política de assistência vem aumentando nos últimos anos.

Há um predomínio de assistentes sociais que acumulam a função técnica com a de coordenação, em vista dos psicólogos. Esse achado converge com a realidade nacional,

conforme dados do Censo SUAS (MDS, 2025). Uma das possibilidades para essa ocorrência pode estar relacionada à tendência que os psicólogos têm de ocupar funções técnico-especializadas relacionadas a saúde mental e intervenção psicossocial, enquanto assistentes sociais frequentemente acumulam funções mais gerenciais com atividades técnico-socioassistenciais, com vistas a organização e estruturação dos serviços, conforme aponta Silva (2018) sobre o trabalho de assistentes sociais com famílias de crianças e adolescentes em situação de acolhimento. Além disso, há uma inserção histórica do serviço social na política do SUAS, que inicia desde a formação acadêmica, com conteúdos que dão ênfase ao planejamento, à gestão e à execução de políticas públicas, enquanto a formação em psicologia tende a concentrar-se na dimensão clínica/psicossocial. Vale ressaltar que, para a função de coordenador dos serviços de acolhimento, capacidades como gestão de equipe e liderança, além do conhecimento amplo da rede socioassistencial, são desejáveis (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009).

É necessário inferir o quanto o acúmulo de funções por assistentes sociais, especialmente quando exercem atribuições técnicas e de coordenação de maneira simultânea, produz impactos na organização institucional do serviço e, conseqüentemente, na efetivação do PIA. A sobreposição de responsabilidades reduz o tempo disponível para a escuta qualificada, o planejamento e a avaliação contínua das ações previstas no PIA, esvaziando seu potencial como instrumento central de garantia de direitos. Ademais, fragiliza a estrutura organizacional do trabalho, resultando em processos de trabalho desarticulados e com muita sobrecarga institucional. Nesse contexto, evidencia-se também a intensificação da precarização do trabalho.

Godoy e Reidel (2022), em seu estudo sobre a precarização do trabalho de assistentes sociais no acolhimento institucional de crianças e adolescentes, referem que essa questão está ligada aos impactos da reestruturação produtiva, consolidados com a privatização do Estado, o desmonte das políticas públicas e a mercantilização dos serviços, na qual há regressão de direitos sociais e enfraquecimento dos processos que definem o trabalho técnico na contemporaneidade.

Em relação aos regimes de contratação, os dados demonstram que grande parte dos respondentes tem vínculo celetista, seguido por vínculo estatutário, prestação de serviço e outros. Esse achado vai de encontro à realidade nacional apresentada no Censo SUAS 2024 (MDS, 2025), que refere que a maioria dos profissionais tem vínculo trabalhista não permanente. Tal ocorrência pode estar relacionada à previsão instituída pelas várias normativas

que regulamentam a execução do serviço de acolhimento (ECA, 1990; Lei nº 13.429/2017; MDS, CONANDA, & CNAS, 2009), que permitem tais modelos de contratação.

Contratos temporários, de prestação de serviço, autônomos ou outras formas correspondem à aproximadamente 30% dos profissionais do presente estudo. Entende-se que o tipo de vínculo trabalhista pode impactar o trabalho desenvolvido nos serviços de acolhimento, em função de que regimes temporários, por exemplo, podem favorecer a rotatividade de profissionais, o que, por sua vez, compromete a criação de vínculos, a articulação com a rede e o desenvolvimento do trabalho técnico (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009). Godoy e Reidel (2022) afirmam que o serviço social tem passado por uma ampliação nos processos de subcontratação, como “pejotização” e “uberização”, e que os modos de gestão e contratação têm acontecido por conta da regulamentação da Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017, que permite a terceirização das atividades meio e fim, entre elas a do serviço público.

Em relação à idade, os participantes do estudo apresentaram média de 36 e 42 anos, situando-se na faixa etária convencionalmente compreendida como vida adulta consolidada (Mehta et al., 2020). Os assistentes sociais têm média de idade aproximada de seis anos acima à de psicólogos. Tal achado pode sugerir tratar-se de um grupo composto por profissionais com trajetórias um pouco mais consolidadas no campo socioassistencial, tendo em vista que a média de tempo de trabalho exercida nos acolhimentos institucionais também é ligeiramente superior que a de psicólogos. Nery (2009), em sua tese de doutorado sobre o trabalho de assistentes sociais e de psicólogos no SUAS, refere que, devido ao histórico entrelaçamento do serviço social com as práticas ligadas à assistência social desde os primórdios da profissão, o assistente social tem um campo de lutas e conquistas mais consolidado, em comparação com a trajetória da psicologia. Vale ressaltar que essas informações corroboram o apresentado pelo Censo SUAS 2024 (MDS, 2025), cuja maioria dos profissionais que informaram trabalhar em acolhimento para crianças tem entre 41 e 50 anos, sendo precedida pela faixa etária entre 30 e 40 anos.

Verificou-se que ambas as funções técnicas apresentam média superior a quatro anos e meio de desempenho funcional exercido em acolhimento institucional. Pode-se inferir que a complexidade do trabalho pode ter impacto na inserção de profissionais mais jovens nos serviços, visto que demandam maturidade técnica e complexidade de intervenções, tanto as relacionadas ao serviço cotidiano quanto a articulação com a rede e manejo das diversas variáveis que atravessam o acolhimento institucional. Cembranel et al. (2024), em seu estudo sobre as perspectivas de inserção de jovens no mercado de trabalho, referem que vários fatores

influenciam, incluindo aspectos estruturais que podem afetar sua adaptação e desenvolvimento profissional.

Diante disso, faz-se necessária a discussão sobre a necessidade da formação continuada entre os profissionais. Em seu trabalho sobre educação permanente e acolhimento institucional, Silva e Machado (2024) entendem a educação permanente como uma forma de resistência. Para as autoras, trata-se de um processo extremamente necessário para a construção de novos saberes e superação de lógicas e práticas de alienação presentes no cotidiano profissional, pois possibilita, por meio de debates, reflexões e processos de aprendizagem, a qualificação do atendimento ofertado a crianças, adolescentes e suas famílias.

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente do SUAS (MDS, 2013b), a educação permanente precisa responder às demandas que emergem dos processos de trabalho e das práticas profissionais desenvolvidas pelos trabalhadores da assistência social, calcando-se na valorização da interdisciplinaridade, ao reconhecer saberes específicos de cada área, mas percebendo sua complementariedade e a possibilidade de construção de novos saberes e práticas a partir disso.

4.2 Conhecimento e manejo do instrumental

De acordo com as *Orientações técnicas para elaboração do plano individual de atendimento (PIA) em crianças e adolescentes em serviços de acolhimento*, documento elaborado pelo MDS (2018) e importante norteador do instrumental, a obrigatoriedade de elaboração do plano está prevista tanto no ECA (1990) quanto na Resolução conjunta nº 1, de 18 de junho de 2009. Os dados demonstram que a maioria dos participantes conhece e elabora o PIA com frequência, o que representa ser uma atividade do cotidiano profissional de todos. No entanto, os dados divergem em relação à quantidade de profissionais que alegam conhecer o instrumental e a frequência de sua elaboração, o que pode se tratar de um erro de interpretação da questão.

Não há imposição de um modelo de PIA único a ser utilizado por assistentes sociais e psicólogos nos acolhimentos brasileiros. Porém, há um modelo proposto pelo MDS (2018) que serve como uma referência ao instrumental a ser utilizado pelos serviços. Ele é facultado às gestões locais que já possuem modelos próprios de PIA ou que façam adaptações quando necessário, seja para adequação às especificidades e diversidades do público atendido, seja para assegurar maior alinhamento com a realidade do território e com as formas de utilização do instrumental pelos órgãos do Sistema de Justiça e pelas instâncias de articulação intersetorial.

Nesses casos, os instrumentais necessitam estar em consonância com os princípios e conteúdo do ECA (1990) e com as *Orientações técnicas para elaboração do plano individual de atendimento (PIA) em crianças e adolescentes em serviços de acolhimento* (MDS, 2018). Os dados revelam a representatividade do que está normatizado, uma vez que a maioria dos respondentes utiliza instrumentais construídos pelos próprios técnicos e os modelos propostos pelo MDS.

Os dados demonstram, ainda, que os assistentes sociais aparentam utilizar mais modelos elaborados pelos próprios técnicos do que outros tipos de instrumentais. Isso pode estar relacionado à divisão sociotécnica do trabalho entre os técnicos e uma possível lacuna na formação dos psicólogos no que concerne a conteúdos aplicados nas políticas sociais e ao desenvolvimento de habilidades de planejamento interventivo, como existe no currículo de serviço social. Seixas e Yamamoto (2012), ao analisarem cerca de 40 projetos e currículos de cursos de psicologia no Brasil, observaram que a psicologia social está centrada na prática profissional mais vinculada à promoção da saúde.

Tanto no que se refere aos modelos utilizados quanto à participação na elaboração do instrumental, os dados evidenciam que o envolvimento dos atores da rede socioassistencial e dos usuários ocorre aquém do necessário. Observa-se que essa construção está concentrada, de maneira quase exclusiva, entre os técnicos de referência do serviço, não sendo compartilhada com os demais profissionais e com os próprios usuários envolvidos no processo. Segundo as *Orientações técnicas para elaboração do plano individual de atendimento (PIA) em crianças e adolescentes em serviços de acolhimento* (MDS, 2018), o principal responsável pela coordenação, elaboração e atualização do PIA é a equipe do serviço de acolhimento. No entanto, ele precisa ser construído de forma colaborativa, envolvendo a participação ativa de cada criança e de cada adolescente (levando em consideração seu grau de desenvolvimento), bem como seus familiares, cuidadores e/ou educadores responsáveis pelos cuidados cotidianos e, havendo a pertinência, também de pessoas da comunidade com vínculos afetivos significativos.

Tal divergência ao que é proposto pela normativa quanto à construção participativa pode estar relacionada a diversos fatores, como a limitação de tempo e o curto prazo para envio ao Poder Judiciário, o que pode levar à priorização da formalização documental com as informações disponíveis em detrimento do processo participativo. Martins (2024), em seu trabalho sobre o PIA como instrumento técnico voltado para a garantia de direitos, identificou a necessidade de capacitações frequentes para aqueles que atuam no acolhimento institucional como uma dificuldade e um desafio na elaboração do PIA.

Ainda em relação aos modelos utilizados por psicólogos e assistentes sociais respondentes da pesquisa, percebe-se que há mais enfoque nas questões relacionadas à família, como o histórico e a possibilidade de retorno ao convívio familiar, do que em questões centradas nas crianças e/ou adolescentes, como o desenvolvimento de habilidades e projetos de vida. A centralidade familiar ganhou destaque nas últimas décadas, principalmente após a efervescência dos movimentos sociais e a promulgação da Constituição Federal de 1988, colocando a família como foco da proteção social (MDS, 2005). A reintegração familiar ainda enfrenta algumas resistências advindas daquele período histórico, conforme abordam Salvagni e Pedroza (2021) em seu trabalho sobre reflexões a partir da prática.

Aparentemente, o achado do presente estudo capta mudanças estruturais na percepção dos profissionais sobre o foco das ações do acolhimento institucional, corroborando a proposta de Lício et al. (2021) e Macêdo e Freire (2025). Os autores afirmam que o período de acolhimento necessita ser um tempo de desenvolvimento para cada criança e adolescente, de modo a garantir direitos no âmbito das políticas públicas (educação, saúde e assistência social) e, paralelamente, fortalecer os vínculos familiares e comunitários, a partir do investimento em suas potencialidades.

Em relação ao prazo de elaboração do instrumental, os dados demonstram que a maioria dos respondentes cumpre o que está preconizado no ECA (1990), sendo que somente 13,33% não seguem as normativas como necessário. Essa falta de cumprimento pode estar relacionada às principais dificuldades relatadas pelos profissionais, como a ausência de protocolos claros e a dificuldade de acesso às famílias, pois isso atrasa o conhecimento sobre a realidade das crianças e dos adolescentes acolhidos, comprometendo a definição de metas e encaminhamentos, bem como prejudica o envolvimento com a mudança do contexto que gerou a aplicação da medida de proteção. Além disso, podem ser citados fatores estruturais do cotidiano profissional, como a comunicação entre os serviços e a sobrecarga de trabalho, que compromete o tempo necessário para diagnóstico aprofundado e de qualidade técnica exigido para a elaboração do instrumental.

Vale ressaltar que, apesar dessas dificuldades, a sobrecarga de trabalho e a falta de profissionais foram elencadas por menos da metade dos participantes, não confirmando uma das hipóteses iniciais do presente estudo de que a sobrecarga dos profissionais técnicos (assistentes sociais e psicólogos) influencia a qualidade da elaboração, da execução e da reavaliação do PIA. Para Martins (2024), a elaboração do instrumental transcende a mera formalidade técnica. Configura-se como um processo complexo, que demanda não apenas

densidade teórico-metodológica, mas também uma sensibilidade ética capaz de apreender as singularidades de cada criança e adolescente em situação de acolhimento.

Já em relação à atualização do PIA, os dados divergiram do que determina o ECA, em seu Artigo 19, § 1º, após redação dada pela Lei nº 13.509, de 22 de novembro de 2017, que assegura sua reavaliação em no máximo três meses, uma vez que 52% dos respondentes não o atualizam ou o fazem semestral ou anualmente. Essa divergência em relação à atualização pode estar relacionada à mudança estabelecida pela Lei nº 13.509/2017, pois o que vigorava até então era a Lei nº 12.010/2009, com base nas *Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes* (MDS, CONANDA, & CNAS, 2009), que previa a reelaboração do PIA como forma de reavaliação da situação de cada criança e adolescente no máximo a cada seis meses (Oliveira et al., 2021). Outra hipótese relacionada ao não cumprimento da lei pode estar associada ao entendimento dos profissionais em considerar desnecessária a atualização formal do documento, em casos com mudanças pouco aparentes na situação das crianças, dos adolescentes e das famílias, acrescida a sobrecarga de trabalho e a prioridade para demandas emergenciais, além das dificuldades já abordadas neste estudo para elaboração do instrumental, que não são sanadas no decorrer da execução do acolhimento institucional.

4.3 Percepções sobre a aplicabilidade do PIA

Uma das hipóteses que embasaram este estudo foi a perspectiva de que os modelos de PIA adotados pelos serviços, em sua maioria, eram extensos e repetitivos, o que dificultava seu preenchimento. Os dados demonstraram que os participantes apresentaram médias maiores em aspectos relacionados às funcionalidades do instrumental, como importante, funcional e efetivo. Ainda que os modelos utilizados pelos participantes apresentem características potencialmente burocratizantes, sua utilidade não é anulada, sendo ressignificada pelos trabalhadores como ferramenta organizadora de ações e de registros. Contudo, as menores médias atribuídas a aspectos como complexidade, extensão e limitação sugerem que, embora tais elementos estejam presentes, eles não são percebidos como entraves centrais, o que pode indicar um processo de naturalização da burocracia no cotidiano institucional. Assim, a burocratização do PIA não se expressa necessariamente como um obstáculo explícito, mas como uma dimensão incorporada às rotinas de trabalho, coexistindo com sua função técnico-operativa e revelando a ambiguidade entre exigência formal e potencial interventivo.

O PIA também é utilizado em medidas socioeducativas. Kuhn e Uziel (2022), em seu trabalho sobre o instrumental no contexto socioeducativo, referem que a queixa sobre a

burocratização também é relatada pelos técnicos da semiliberdade, principalmente em relação ao curto prazo para preenchimento e encaminhamento ao Poder Judiciário. A burocracia refere-se ao engessamento da subjetividade nos limites da formalidade do instrumento e a falta de dinamismo (Moreira et al., 2015).

Quanto ao quesito extenso, diante das respostas obtidas, não foi confirmada a hipótese inicial, uma vez que os dados demonstraram uma resposta mediana, tanto para assistentes sociais quanto para psicólogos. Modelos excessivamente extensos podem dificultar a atualização periódica e deixá-los menos operativos. Segundo Martins (2024), a elaboração do PIA muitas vezes é reduzida a um procedimento burocrático, principalmente quando a equipe técnica não possui a devida compreensão sobre sua finalidade. Essa limitação pode levar à falta de continuidade e consistência nos registros realizados, prejudicando a efetividade das medidas de proteção aplicadas.

Tais achados, no entanto, causam estranheza ao serem comparados às realidades observadas na prática e podem estar associados ao viés de desejabilidade social dos participantes. Bispo Júnior (2022), em seu ensaio sobre o viés de desejabilidade social nas pesquisas qualitativas em saúde, explica que se trata da apresentação, pelos participantes, de respostas socialmente aceitáveis e não tão verdadeiras, em detrimento de suas reais opiniões e comportamentos, levando a conclusões distorcidas sobre o fenômeno em questão. São erros sistemáticos de pesquisa, que ocorrem tanto em pesquisas qualitativas quanto quantitativas.

A desejabilidade social emerge como um elemento analítico relevante, na medida em que os profissionais tendem a atribuir ao PIA características mais positivas, alinhadas ao que é normativamente esperado, como sua efetividade, importância e funcionalidade, mesmo quando enfrentam limitações no cotidiano de sua elaboração e execução. Tal dinâmica pode estar relacionada à necessidade de legitimação das práticas institucionais, produzindo respostas que reforçam a conformidade com o discurso oficial.

É necessário discutir o descompasso entre o que é previsto e o que é efetivamente realizado, pois coexistem benefícios e limites na utilização do PIA no acolhimento institucional. Por um lado, configura-se como importante organizador de informações, favorecendo o registro sistemático da trajetória da criança e do adolescente e subsidiando o planejamento das ações. Por outro lado, sua operacionalização cotidiana pode reduzir sua potência crítica, especialmente quando atravessada por exigências formais, prazos institucionais e condições precárias de trabalho.

Em relação às dificuldades encontradas na aplicação do instrumental, a mais prevalente foi o comprometimento da família diante das mudanças necessárias. Mais da metade dos

participantes elencou a falta de políticas relacionadas à educação e à saúde mental como uma das dificuldades encontradas na aplicação do instrumental. No entanto, tais políticas tiveram grande representatividade na participação em rede, corroborando o estudo de Brito et al. (2014), que investiga a percepção das equipes técnicas que atuam em acolhimento institucional sobre a reinserção familiar. Para Martins (2024), a aplicação do PIA é um dos pilares centrais da medida de acolhimento institucional, estando intrinsecamente vinculada à práxis dos profissionais envolvidos na medida protetiva.

Os dados revelam que o principal benefício do PIA se refere à organização do trabalho técnico. Contudo, todas as opções têm um quantitativo de respostas bastante semelhante, o que induz ao entendimento de que todas elas são consideradas benéficas para os técnicos. A incorporação do PIA nos processos de trabalho contribui para uma atuação mais articulada entre a equipe do serviço e a rede de proteção, incluindo serviços, órgãos de defesa de direitos e demais atores envolvidos, favorecendo a efetivação dos direitos das crianças e dos adolescentes, especialmente o direito à convivência familiar e comunitária e sua proteção integral, além de oferecer subsídios ao Poder Judiciário para tomada de decisões referentes à situação familiar, posto que sistematiza o percurso de ações desenvolvidas e resultados obtidos durante o acompanhamento de cada caso (MDS, 2018).

Macêdo e Freire (2025), ao abordarem a importância do PIA, pontuam que ele é um instrumento norteador para o cuidado individualizado, uma vez que estrutura a atenção dispensada aos diversos âmbitos do processo de cuidado, entre os quais o compromisso com a educação, a participação comunitária, a reintegração familiar e a construção de registros que preservem a história de cada criança e adolescente. Esse último aspecto é visto pelos autores como um ponto fundamental, pois propicia que aquele período não fique como uma lacuna, sem registro.

Assim, o PIA constitui-se como um instrumento central na materialização do princípio da proteção integral de crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional, ao possibilitar a organização sistemática das informações, o planejamento de ações e o acompanhamento contínuo das trajetórias individuais. Ao orientar intervenções que considerem as especificidades, as necessidades e as potencialidades de cada sujeito, o PIA contribui para a superação de práticas homogêneas e padronizadas, reafirmando o compromisso com a singularidade e com a promoção de direitos de cada criança e adolescente.

4.4 A participação da rede na construção do PIA

O PIA precisa ser um instrumental construído de forma participativa (MDS, 2018). Os dados revelam que os serviços que mais participam da sua elaboração são aqueles com íntima relação com o acolhimento institucional, sendo os principais Conselho Tutelar, Saúde Mental e CREAS. Em estudo realizado pelo IPEA (Lício et al., 2021), ficou evidente o crescimento da relação entre unidades de acolhimento e CREAS, CRAS, Conselhos Tutelares, unidades educacionais e unidades de saúde. É conveniente abordar que mesmo reconhecendo a participação de outras instituições, esta pode ocorrer de forma incipiente, e o modo como foram elaboradas as questões deste estudo não foi capaz de discriminar a frequência ou a eficácia das atuações conjuntas na elaboração do PIA, limitando sua interpretação. Ainda assim, ressalta-se a importância da articulação entre instituições, já que esses serviços se encontram diretamente integrados ao Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) (ECA, 1990; Resolução nº 113/2006), devendo articular e integrar instâncias públicas governamentais e da sociedade civil na promoção, na defesa e no controle da efetivação dos direitos humanos de crianças e adolescentes em níveis federal, estadual, distrital e municipal.

Para Lício et al. (2021), a articulação entre os atores do SGDCA ultrapassa os encaminhamentos e vai em direção à atuação conjunta, em que deve ocorrer trocas de informações, realizações de reuniões, estudos de casos e desenvolvimento de atividades em parcerias. Em relação às formas de atuação conjunta da rede na elaboração do PIA, os dados revelam que as discussões de caso foram as maiores vias de participação, exceto nos serviços relacionados ao Sistema de Justiça, no qual as audiências concentradas foram o principal meio utilizado.

De acordo com o PNCFC (CNAS et al., 2025), as audiências concentradas têm se mostrado uma estratégia eficaz, produzindo efeitos positivos no acompanhamento de crianças e adolescentes em situação de acolhimento. Essa iniciativa promove maior articulação entre o Sistema de Justiça, os serviços de acolhimento e a rede socioassistencial, favorecendo o acompanhamento dos casos e estimulando a corresponsabilidade entre os diferentes setores envolvidos.

Desse modo, a construção do PIA pressupõe a articulação entre diferentes políticas públicas e saberes profissionais, materializando-se por meio do trabalho em rede e da interdisciplinaridade. Embora esses princípios estejam amplamente previstos nos marcos normativos, sua concretização no cotidiano profissional ainda é atravessada por limites estruturais e institucionais. A fragmentação das políticas, a descontinuidade das ações e a

insuficiência de recursos humanos e materiais comprometem a efetividade da atuação em rede, muitas vezes reduzida a encaminhamentos pontuais e pouco articulados.

Do mesmo modo, a interdisciplinaridade tende a ser tensionada por práticas ainda segmentadas, nas quais prevalecem lógicas profissionais específicas em detrimento de uma construção coletiva do cuidado. Assim, observa-se um descompasso entre o que preconiza a política e sua operacionalização, frequentemente marcada por sobrecarga de trabalho, burocratização e dificuldades de comunicação entre os serviços. O fortalecimento do trabalho em rede e da interdisciplinaridade exige não apenas diretrizes normativas, mas também investimentos concretos e a problematização contínua das práticas institucionais, de modo a garantir respostas mais integradas, efetivas e alinhadas às necessidades das crianças e dos adolescentes em situação de acolhimento.

É necessário pontuar que o PIA precisa ser compreendido a partir de uma tensão constitutiva entre sua dimensão normativa e sua potência como dispositivo clínico-institucional. Como instrumento normativo, ele é regulamentado por diretrizes legais que orientam sua estrutura, periodicidade e objetivos, ao passo que, ao ser apropriado no cotidiano dos serviços, também pode assumir a função de dispositivo clínico-institucional, na medida em que possibilita a escuta qualificada, a construção compartilhada de sentidos e a elaboração das trajetórias de vida das crianças e dos adolescentes em acolhimento. Essa dupla dimensão revela que o PIA não se reduz a um formulário ou protocolo, mas pode operar como espaço de mediação entre sujeito, equipe e instituição, trabalhando questões que impactam a saúde mental das crianças e dos adolescentes institucionalizados.

Em suma, considera-se que os dados obtidos possibilitaram o alcance dos objetivos propostos para o presente estudo, sugerindo que psicólogos e assistentes sociais conhecem, elaboram e aplicam o PIA da forma homogênea, compartilhando percepções sobre dificuldades, importância e benefícios do referido instrumental. No geral, os achados corroboram a literatura consultada e possibilitam o preenchimento de lacunas teóricas evidenciadas em nível nacional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender a percepção de assistentes sociais e psicólogos acerca do preenchimento, da execução e da aplicabilidade do PIA. Os achados possibilitaram a construção de reflexões relevantes sobre as potencialidades e os entraves presentes em sua utilização no cotidiano dos serviços, evidenciando tanto os benefícios do instrumento enquanto organizador do atendimento quanto as dificuldades que permeiam sua elaboração e efetivação. Além disso, a pesquisa trouxe à tona a importância da articulação com a rede de proteção, destacando os limites e as possibilidades da participação intersetorial na construção do PIA. Nesse sentido, os resultados oferecem subsídios concretos para o aprimoramento das práticas profissionais e institucionais, contribuindo para a qualificação do uso do PIA e para o fortalecimento de estratégias que ampliem sua efetividade na garantia de direitos de crianças e adolescentes em acolhimento institucional.

Dada a natureza da pesquisa, algumas limitações foram encontradas durante sua realização. A primeira ocorreu durante a elaboração do questionário. Devido ao caráter nacional da investigação, a clareza e a uniformidade na interpretação das terminologias eram cruciais para garantir o entendimento de todos os participantes. Ao abordar o PIA, notou-se que termos como “execução”, “elaboração” e “preenchimento” se convergiam e podiam ser interpretados de diversas maneiras, dependendo do entendimento de cada respondente e da região onde desenvolvia suas atividades laborais. Para mitigar essa ambiguidade, foi necessário especificar entre parênteses o sentido pretendido para cada termo em algumas perguntas.

Outra limitação se refere ao acesso aos participantes da pesquisa, ao considerarmos suas representações regionais e a dificuldade de acesso ao instrumental, visto que, por ser um país muito extenso, há diferenças regionais importantes em relação à produção do conhecimento e ao domínio das tecnologias.

Apesar dos esforços empreendidos, não foi possível alcançar o número de sujeitos inicialmente planejado. Um fator complicador foi a desatualização da base de dados utilizada. A demora na divulgação dos dados do Censo SUAS, cuja última versão disponível para consulta pública é a de 2024 (referente aos dados de 2023), evidencia um problema estrutural. Essa defasagem torna as informações obsoletas, pois a realidade dos serviços é dinâmica, e muitos indivíduos consultados já não atuavam nos acolhimentos. Não foi possível localizar outra base de dados tão completa como a do Censo SUAS.

Outra limitação identificada ocorreu na fase de coleta de dados. Ao tentar contatar os sujeitos a partir da lista do Censo SUAS, muitos não retornaram ou informaram que não se

encaixavam mais no perfil da pesquisa, pois já não trabalhavam em Abrigo Institucional ou Casa Lar. Houve também casos de participantes que prometeram preencher o questionário posteriormente, mas não o fizeram.

Embora não seja possível quantificar o número total de técnicos que foram contatados em todas as etapas, a disparidade entre a população convidada a participar da pesquisa e aquela que efetivamente aceitou participar foi notável. Tal discrepância reflete os desafios inerentes à pesquisa com populações específicas e à dependência de bases de dados externas, muitas vezes desatualizadas. Além disso, acredita-se que motivos como medo de exposição, falta de tempo, problemas pessoais e interesse pela temática também possam ter interferido na adesão.

No entanto, mesmo diante das limitações encontradas, o número de sujeitos entrevistados mostrou-se adequado e representativo para os objetivos propostos pelo estudo. Ainda que não permita generalizações amplas, a amostra revelou-se suficiente para identificar tendências, recorrências e nuances relevantes, conferindo consistência às análises realizadas e contribuindo de forma significativa para a compreensão do fenômeno investigado.

Durante a construção da dissertação, observou-se a escassez de material bibliográfico, especialmente artigos científicos, sobre a percepção dos técnicos em relação ao PIA, sobretudo no contexto do acolhimento institucional, o que limitou e restringiu a diversidade das fontes de referência empíricas. Notou-se também a falta de materiais de referência técnica que delimitem com clareza as atribuições específicas de assistentes sociais e psicólogos no contexto de acolhimento institucional. Essas lacunas normativas e documentais favorecem interpretações distintas sobre limites e responsabilidades de cada profissional, comprometendo a efetividade do trabalho interdisciplinar e fragilizando processos institucionais, fundamentais para o cumprimento do trabalho técnico.

Apesar das dificuldades encontradas, os resultados esperados com a pesquisa foram alcançados. A participação no estudo proporcionou aos profissionais a oportunidade de refletir sobre determinados aspectos de sua prática relacionados ao desenvolvimento do PIA. Não houve a pretensão de delimitar o objeto de estudo, focando somente para si, mas objetivou-se colaborar para o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção e ações que aprimorem o trabalho de assistentes sociais e psicólogos. Consequentemente, as crianças, os adolescentes e suas famílias inseridos no contexto do acolhimento institucional também se beneficiaram, uma vez que melhorias em estratégias e técnicas promovem práticas mais assertivas focadas no cuidado e na atenção adequada à população institucionalizada.

Por fim, sugere-se que novas pesquisas sobre o tema sejam realizadas, utilizando-se métodos combinados, como autorrelato e análise documental, ou até mesmo utilizando-se da

observação participante, dada a necessidade de aprofundamento das discussões sobre o instrumental e seu constante aprimoramento. Também se reconhece a lacuna existente na comunidade científica em relação a esse assunto, o que torna relevante o avanço das investigações nessa área.

REFERÊNCIAS

- Araujo, C. S., & Queiroz, A. C. S. (2021). Covid-19 e o acolhimento institucional para crianças e adolescentes: uma breve análise. *Revista Serviço Social em Debate*, 3(1), 21-40.
- Araújo, E. M., Vieira, V. M. O., & Guerra, A. L. R. (2023). Fenomenologia da percepção e representações sociais. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciência e Educação*, 9(3), 220-239. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i3.8796>
- Arend, S. M. F. (2010). De exposto a menor abandonado: uma trajetória jurídico-social. In R. P. Venâncio (Org.), *Uma história social do abandono de crianças: de Portugal ao Brasil: séculos XVIII–XX* (pp. 339-359). Alameda/Editora PUC Minas.
- Baptista, M. V., & Oliveira, R. C. S. (2014). A reinserção familiar de crianças e adolescentes: perspectivas históricas da implantação dos planos individuais de atendimento e das audiências concentradas. In E. Fávero & S. A. de Gois (Orgs.), *Serviço Social e temas sociojurídicos: debates e experiências* (pp. 93-108). Editora Lúmen Juris.
- Barbosa, F. E. F. (2020). *O trabalho da(o) assistente social no acolhimento institucional de crianças e adolescentes: uma análise a partir das dimensões da competência profissional* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/212345>
- Bernardi, D. C. F. (2020). *Levantamento nacional sobre os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes em tempos de Covid-19: apresentação dos resultados* (Vol.

1). NECA; Movimento Nacional Pró-convivência Familiar e Comunitária; FICE Brasil.

Bispo Júnior, J. P. (2022). Viés de desejabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 56, 101. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004164>

Brito, C. O., Rosa, E. M., & Trindade, Z. A. (2014). O processo de reinserção familiar sob a ótica das equipes técnicas das instituições de acolhimento. *Temas em Psicologia*, 22(2), 401-413. <https://doi.org/10.9788/TP2014.2-11>

Calcing, J., & Benetti, S. P. C. (2014). Caracterização da saúde mental em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. *Psico*, 45(4), 559-567. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.13629>

Campos, R. C P. R., Queiroga, M. C. M., & Franco, M. A. M. (2025). Acolhimento institucional de crianças e adolescentes com deficiência: uma análise a partir do Censo SUAS/2022. *Emancipação*, 24, 1-20. <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.24.23577.045>

Carvalho, S. (2017). O psicólogo no serviço de acolhimento institucional a crianças e adolescentes: sobre questões e possibilidades. In A. M. Machado (Ed.), *Concepções e proposições em psicologia e educação: a trajetória do serviço de psicologia escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo* (pp. 225-242). Blucher.

Castanheiras, M., Consalter, V. A., & Navasconi, P. V. P., & Lima, A. C. de. (2021). A atuação da psicologia em casas de acolhimento: uma reflexão bibliográfica. In C. B.

Fadel, D. B. Damião, & M. C. Zago (Orgs.), *Psicologia: abordagens teóricas e empíricas* (pp. 189-208). Editora Científica Digital.

Cembranel, P., Santos, C. C., Limberger, C., & Macedo, A. C. (2024). Perspectivas de inserção de jovens no mercado de trabalho. *Revista de Carreiras e Pessoas*, 14(2), 291-308. <https://doi.org/10.23925/recape.v14i2.56196>

Conselho Federal de Psicologia. (2016). *Nota técnica com parâmetros para atuação das(os) profissionais de psicologia no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)*. Conselho Federal de Psicologia. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Nota-te%CC%81cnica-web.pdf>

Conselho Nacional de Assistência Social, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente & Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. (2025). *Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC 2025)*. https://7f9ee646-2885-415a-bfa4-9e608360171d.usrfiles.com/ugd/7f9ee6_ef0759e7b2184b82aa1c0217ef0e65f9.pdf

Conselho Nacional de Justiça. (2026). *Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento*. <https://paineisanalytics.cnj.jus.br/single/?appid=ccd72056-8999-4434-b913-f74b5b5b31a2&sheet=e78bd80b-d486-4c4e-ad8a-736269930c6b&lang=pt-BR&opt=ctxmenu,currsel&select=clearall>

Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; Revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08).

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>

Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente & Conselho Nacional de Assistência Social. (2006). *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_nacional_convivencia_familiar.pdf

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988).

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Costa, A. C. G. (1993). *É possível mudar: a criança, o adolescente e a família na política social do município* (Vol. 1). Malheiros.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2021). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e misto* (5ª ed.). Penso.

Decreto nº 4.780, de 2 de março de 1903. (1903). Aprova o regulamento para a Escola Correccional Quinze de Novembro. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-4780-2-marco-1903-515922-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. (2018). Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9603.htm

Decreto nº 9.744, de 19 de novembro de 1938. (1938). Reorganiza o Serviço Social dos Menores, do Departamento de Serviço Social, e dá outras providências. <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1938/decreto-9744-19.11.1938.html>

Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. (1990). Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm

Decreto nº 99.763, de 4 de dezembro de 1990. (1990). Abre ao Ministério da Ação Social, em favor da Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência - FCBIA, crédito suplementar no valor de Cr\$ 15.658.000,00, para reforço de dotação consignada no vigente orçamento. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99763-4-dezembro-1990-339075-publicacaooriginal-1-pe.html>

Decreto-Lei nº 3.799, de 5 de novembro de 1941. (1941). Transforma o Instituto Sete de Setembro, em Serviço de Assistência a Menores e dá outras providências. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3799-5-novembro-1941-413971-publicacaooriginal-1-pe.html>

- Faleiros, V. P. (2011). Infância e processo político no Brasil. In I. Rizzini & F. Pillotti (Orgs.), *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil* (3ª ed., pp. 33-96). Cortez.
- Faria, S. C. (2010). A propósito das origens dos enjeitados no período escravista. In R. P. Venâncio (Org.), *Uma história social do abandono de crianças: de Portugal ao Brasil: séculos XVIII–XX* (pp. 81-98). Alameda/Editora PUC Minas.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. (1959). *Declaração Universal dos Direitos das Crianças*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf
- Gil, A. C. (2022). *Como elaborar projetos de pesquisa* (7ª ed.). Atlas.
- Godoy, M. R., & Reidel, T. (2022). *Tempos de precarização do trabalho: as relações e condições de trabalho de assistentes sociais no acolhimento institucional de crianças e adolescentes* [contribuição em congresso]. IV Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos, V Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais, IV Congresso de Direito à Cidade e Justiça Ambiental, Londrina, Paraná, Brasil.
<https://anais.uel.br/portal/index.php/conserdigeo/article/view/2525/2267>
- Gomes, G., Farias, R. C. P., & Vieira, P. L. C. (2024). Tendências contemporâneas da política de assistência social no Brasil: uma análise a partir da MUNIC. *Revista de Políticas Públicas*, 28(1), 495-515. <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v28n1.2024.27>
- Gomes, M. R. C. S. (2008). *Nacionalização da política de assistência social e governos estaduais no Brasil: o caso do estado de São Paulo* [Tese de doutorado, Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo].

<https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/17897>

Gulassa, M. L. C. R. (Org.). (2010). *Novos rumos para o acolhimento institucional*. NECA.

Heggendorn, L. S. (2022). O acolhimento institucional de crianças e adolescentes e seus desafios. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 7(4), 171-192.

DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/lei/acolhimento-institucional

Hillesheim, B., & Cruz, L. R. (2008). Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 192-199.

<https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000200006>

Hillesheim, B., & Cruz, L. R. (2014). Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. In L. R. Cruz & N. Guareschi (Orgs.), *Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas* (5ª ed., pp. 70-85). Vozes.

Jannuzzi, P., Bronzo, C., Ferrarezi, E., Brandão, L., & Ferreira, U. (2023). As capacidades estatais, serviços e trabalhadores na política de assistência social no Brasil. In F. G. Lopez & J. C. Cardoso Junior (Orgs.), *Trajetórias da burocracia na Nova República: heterogeneidades, desigualdades e perspectivas (1985–2020)* (Cap. 16). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Kuhn, L. O., & Uziel, A. P. (2022). Projeto de vida em planos individuais de atendimento no contexto socioeducativo. *Revista Polis e Psique*, 12(2), 130-152.

<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v12n2/2238-152X-rpps-12-02-0130.pdf>

Lei nº 4.513, de 1º de dezembro de 1964. (1964). Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-estar do Menor, a ela incorporado o patrimônio e as

atribuições do Serviço de Assistência a Menores, e dá outras providências.

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4513-1-dezembro-1964-377645-publicacaooriginal-1-pl.html>

Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. (1979). Institui o Código de Menores.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6697.htm

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (1990). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. (1993). Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm

Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. (2009). Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992 . . . e dá outras providências.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112010.htm

Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. (2011). Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm

Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. (2014). Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113010.htm

Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. (2016). Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal) . . . e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm

Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm)

[2018/2017/lei/113429.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113429.htm)

Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. (2017). Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113431.htm

Lei nº 13.509, de 22 de novembro de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre a desinstitucionalização progressiva e a reintegração familiar de crianças e

adolescentes. [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113509.htm)
[2018/2017/lei/113509.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113509.htm)

Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022. (2022). Cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente . . . e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/114344.htm)

[2022/2022/lei/114344.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/114344.htm)

Lei nº 14.811, de 12 de janeiro de 2024. (2024). Institui medidas de proteção à criança e ao adolescente contra a violência nos estabelecimentos educacionais ou similares, prevê a Política Nacional de Prevenção e Combate ao Abuso e Exploração Sexual da Criança e do Adolescente e altera o Código Penal, a Lei dos Crimes Hediondos e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14811&ano=2024&ato=3aaUzaU90MZpWTa52>

Lício, E. C., Pinheiro, M. B., Natalino, M. A. C., Silva, E. R. A., & Amaral, A. D.

(2021). *Reordenamento dos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes e implementação de novas modalidades: família acolhedora e repúblicas (2010-2018)*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Macêdo, L. E. M. L., & Freire, G. H. B. (2025). A dimensão do singular no coletivo:

contribuições da psicologia para a qualidade dos serviços de acolhimento institucional na área da infância e juventude. *Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público de Pernambuco*, 1, 94-109.

Manuad, A. M. (2024). A vida das crianças da elite durante o império. In M. D. Priori (Org.), *História das crianças no Brasil* (7ª ed., pp. 137-176). Contexto.

Marcilio, M. L. (2010). A criança abandonada na história de Portugal e do Brasil. In R. P. Venâncio (Org.), *Uma história social do abandono de crianças: de Portugal ao Brasil: séculos XVIII–XX* (pp. 13-37). Alameda/Editora PUC Minas.

Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). ReportNumber.

- Marques, C. F. O. (2020). Saúde mental no contexto de acolhimento institucional de crianças e adolescentes: o que o serviço social tem a ver com isso? *Moitará – Revista do Serviço Social da UNIGRANRIO*, 1(5), 151-170.
- Martins, W. L. M. (2024). *Plano Individual de Atendimento (PIA): instrumento técnico voltado à garantia de direitos da criança e adolescentes em situação de acolhimento institucional* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal de Santa Catarina].
https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/271343/TCC_Wilson%20Martins.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mehta, C. M., Arnett, J. J., Palmer, C. G., & Nelson, L. J. (2020). Established adulthood: A new conception of ages 30 to 45. *American Psychologist*, 75(4), 431-444.
<https://doi.org/10.1037/amp0000600>
- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. (2025). *Censo SUAS 2024 – Resultados Nacionais, Unidades de Acolhimento Municipal*.
<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/censo-suas#>
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, & Conselho Nacional de Assistência Social. (2009). *Orientações técnicas: serviços de acolhimento para crianças e adolescentes* (2ª ed.). MDS.
https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes-tecnicas-servicos-de-alcolhimento.pdf
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2005). *Política Nacional de Assistência Social (PNAS); Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)*.

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/pnas2004.pdf

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2006). *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB/RH-SUAS)*.

https://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2023/10/Norma_Operacional_RH-SUAS_2006.pdf

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2013a). *Assistência social: política de direitos à seguridade social: Caderno I: Capacita SUAS*. Centro de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2013b). *Política Nacional de Educação Permanente do SUAS*.

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/Politica-nacional-de-Educacao-permanente.pdf

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). *Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais*. Secretaria Nacional de Assistência Social.

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2018). *Orientações técnicas para elaboração do plano individual de atendimento (PIA) em crianças e adolescentes em serviços de acolhimento*.

https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/OrientacoestecnicasparaelaboracaodoPIA.pdf

Moreira, J. O., Albuquerque, B. S., Rocha, B. F., Rocha, P. M., & Vasconcelos, M. A. M.

(2015). Plano Individual de Atendimento (PIA) na perspectiva dos técnicos da semiliberdade. *Serviço Social & Sociedade*, (122), 341-356.

<https://doi.org/10.1590/0101-6628.026>

Moreno, A. Z. (2010). Na roda da vida: os filhos de criação em São Paulo colonial. In R. P.

Venâncio (Org.), *Uma história social do abandono de crianças: de Portugal ao Brasil: séculos XVIII–XX* (pp. 99-121). Alameda/Editora PUC Minas.

Nery, V. B. (2009). *O trabalho de assistentes sociais e psicólogos na política de assistência*

social: saberes e direitos em questão [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade

Católica de São Paulo]. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17987>

Nota Técnica SNAS/MDS nº 02, de 11 de maio de 2016. (2016). Nota Técnica sobre a relação

entre o Sistema Único de Assistência Social-SUAS e os órgãos do Sistema de Justiça.

https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/nota_tecnica_120520016.pdf

Oliveira, A. F. (2024). A atuação do psicólogo no SUAS: considerações da realidade

vivenciada na cidade de São Paulo. *Psicologia Revista*, 33(2), 253-273.

<https://doi.org/10.23925/2594-3871.2024v33i2p253-273>

Oliveira, E. F., Pereira, D. B., & Miura, P. O. (2021). Psicologia e instituição de acolhimento:

relato de experiência. *Psicologia em Revista*, 27(2), 327-347.

<https://doi.org/10.5752/p.1678-9563.2021v27n2p327-347>

Passetti, E. (2024). Crianças carentes e políticas públicas. In M. D. Priori (Org.), *História das*

crianças no Brasil (7ª ed., pp. 347-375). Contexto.

- Pereira, E. C., & Souza, M. R. (2006). Interface entre risco e população [contribuição em congresso]. In Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) (Ed.), *Textos completos de comunicações científicas*. XV Encontro de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, Minas Gerais, Brasil.
- Pozzobon, K. M., Brondani, R., & Zappe, J. G. (2023). O psicólogo em instituições de acolhimento de crianças e adolescentes: possibilidades cotidianas de atuação multidisciplinar. *Cadernos de Comunicação (UFSM)*, 27(2), 1-21. DOI: 10.5902/2316882X76667.
- Priori, M. D. (2024). O cotidiano da criança livre no Brasil entre a colônia e o império. In M. D. Priori (Org.), *História das crianças no Brasil* (7ª ed., pp. 84-106). Contexto.
- Provimento CNJ nº 32, de 24 de junho de 2013*. (2013). Dispõe sobre as audiências concentradas nas Varas da Infância e Juventude.
<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/1789>
- Ramos, F. P. (2024). A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In M. D. Priori (Org.), *História das crianças no Brasil* (7ª ed., pp. 19-54). Contexto.
- Resolução CNAS nº 23, de 27 de setembro de 2013*. (2013). Aprovar critérios de elegibilidade e partilha dos recursos do cofinanciamento federal para expansão qualificada e do Reordenamento de Serviços de Acolhimento para crianças, adolescentes e jovens de até vinte e um anos, no âmbito dos municípios e Distrito Federal.
https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf

Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009. (2009). Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf

Resolução conjunta CNAS/CONANDA nº 1, de 23 de dezembro de 2025. (2025). Institui o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária.

https://www.tjrj.jus.br/documents/d/portal-conhecimento/resolucao-conjunta-cnas_conanda20251223

Resolução conjunta nº 1, de 18 de junho de 2009. (2009). Aprova o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes.

https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%2001-%20de%2018%20de%20junho%20de%202009.pdf

Resolução nº 113, de 19 de abril de 2006. (2006). Dispõe sobre os parâmetros para a institucionalização e fortalecimento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/resolucao-no-113-de-19-04-06-parametros-do-sgd.pdf/view>

Rizzini, I. (2011). *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil* (3ª ed.). Cortez.

Rodrigues, A. R. (2010). As santas casas de misericórdia e a roda dos expostos. In R. P. Venâncio (Org.), *Uma história social do abandono de crianças: de Portugal ao Brasil: séculos XVIII–XX* (pp. 123-146). Alameda/Editora PUC Minas.

- Romeiro, J. B., & Melchiori, L. E. (2026). Aspectos psicológicos do acolhimento institucional de crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 12(2), 1-16.
<https://doi.org/10.51891/rease.v12i2.24422>
- Salvagni, J. M., & Pedroza, R. L. S. (2021). Acolhimento familiar, articulação de rede e reintegração familiar: reflexões a partir da prática. *Revista Desenvolvimento Social*, 27(2), 170-196. <https://doi.org/10.46551/issn2179-6807v27n2p170-196>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. del P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). Penso.
- Sant'Anna, C. (2021). *Assistência social e serviço de acolhimento institucional: reprodução de desrespeito ou reconhecimento social pela via dos direitos?* CRV.
- Seixas, P. S., & Yamamoto, O. H. (2012). A inserção e a atuação profissional do psicólogo no campo das políticas sociais no Rio Grande do Norte. *Psicologia Argumento*, 30(70), 477-489. <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.6135>
- Silva, E. R. A., & Mello, S. G. (2004). Contextualizando o “Levantamento Nacional dos Abrigos para Crianças e Adolescentes da Rede de Serviços de Ação Continuada”. In E. R. A. Silva (Org.), *O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil* (pp. 21-40). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).
- Silva, J. N. F., & Machado, L. M. O. (2024). Educação permanente como estratégia de resistência dos/as trabalhadores/as no acolhimento institucional. In D. Ferrugem, L. M.

O., Machado, & M. S. Almeida (Orgs.), *Mulheres negras, educação, trabalho e luta por direitos: interfaces com o serviço social* (pp. 84-98). Editora do IFSertãoPE.

Silva, M. R. F. (2018). Atuação do serviço social no processo de gestão e avaliação de políticas e programas sociais. *Revista de Políticas Públicas*, 22, 561-578.
<https://doi.org/10.18764/2178-2865.v22nEp561-578>

Silva, R. (2004). A construção do direito à convivência familiar e comunitária no Brasil. In E. R. A. Silva (Org.), *O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil* (pp. 287-302). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Soares, R. L. (2023). *O trabalho do/a assistente social com famílias de crianças acolhidas nos SAICAS*. In VI Seminário Internacional de Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família – SIPINF. PUCRS.
<https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/sipinf/assets/edicoes/2023/artigo/62.pdf>

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

Weber, C. A. T. (2006). *Programa de Saúde da Família: educação e controle da população*. AGE.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

1. *E-mail*

2. Você concorda em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)?

3. Qual seu nome completo?

4. Qual a sua idade em anos (digite somente números)?

5. Qual seu sexo?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outros
- ☐ Prefiro não informar

6. Você reside no Brasil?

- ☐ Não
- ☐ Sim

7. Você trabalha no Brasil?

- ☐ Não
- ☐ Sim

8. Em qual região está localizado o acolhimento institucional onde você trabalha?

- ☐ Região Norte (Amazonas, Pará, Roraima, Amapá, Rondônia, Acre e Tocantins)
- ☐ Região Nordeste (Piauí, Maranhão, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba, Ceará, Bahia, Alagoas e Sergipe)
- ☐ Região Centro-Oeste (Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás)
- ☐ Região Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais)
- ☐ Região Sul (Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina)

9. Em que modalidade de acolhimento você trabalha?

- ☐ Abrigo Institucional
- ☐ Casa Lar
- ☐ Outra

10. Qual a sua formação acadêmica?

- ☐ Serviço Social
- ☐ Psicologia
- ☐ Outras

11. Você possui registro em seu respectivo conselho de classe?

- ☐ Não
- ☐ Sim

12. Qual função você exerce no acolhimento institucional onde você trabalha?

- ☐ Técnico – assistente social
- ☐ Técnico – psicólogo
- ☐ Acumulo a função de técnico com a de coordenador
- ☐ Acumulo a função de técnico com outra função

13. Qual seu vínculo empregatício?

- ☐ Estatutário
- ☐ Celetista
- ☐ Autônomo
- ☐ Prestador de serviço
- ☐ Outros

14. Há quanto tempo você trabalha em acolhimento institucional? (Preencher conforme exemplo, 1 ano e 3 meses).

15. Você conhece o Plano Individual de Atendimento (PIA)?

- ☐ Não
- ☐ Sim

16. Você já preencheu (elaborou) um instrumental PIA?

- ☐ Nunca
- ☐ Sim, uma vez
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Sim, com frequência

17. Atualmente, a elaboração (construção e preenchimento) do instrumental PIA é uma atividade do seu cotidiano profissional?

- ☐ Não
- ☐ Sim

18. Em seu local de trabalho, o PIA é enviado ao Poder Judiciário nos primeiros 30 dias após o acolhimento da criança/adolescente?

- ☐ Nunca conseguimos elaborá-lo no prazo
- ☐ Frequentemente conseguimos elaborá-lo no prazo
- ☐ Ocasionalmente conseguimos elaborá-lo no prazo
- ☐ Sempre elaboramos no prazo

19. Cada serviço que utiliza o PIA adapta o instrumental de acordo com as necessidades específicas do público-alvo e dos objetivos almejados. Não há um modelo único de PIA utilizado por todos os serviços brasileiros. O modelo de instrumental adotado na instituição onde você trabalha foi:

- ☐ Adaptado somente pelos técnicos da instituição
- ☐ Adaptado pela equipe da instituição (juntamente com os educadores e outros funcionários)
- ☐ Adaptado pela rede (em parceria com outros serviços da rede local)
- ☐ Disponibilizado pelo Poder Judiciário local
- ☐ Baseado nos modelos propostos pelo MDS
- ☐ Outros

20. Em seu contexto de trabalho, numa escala de 0 a 5, sendo 0 (zero) considerado nada e 5 (cinco) muito, o quanto você considera o instrumental do PIA adotado pelo seu serviço:

Limitado – ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Complexo – ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Extenso – ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Importante – ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Funcional – ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Efetivo – ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

21. Em seu cotidiano profissional, o PIA é elaborado (construído e preenchido) por quem?

- ☐ Somente pelos técnicos de referência do serviço
- ☐ De modo compartilhado pelos técnicos da instituição
- ☐ De modo compartilhado pelos usuários
- ☐ De modo compartilhado pelas famílias atendidas
- ☐ De modo compartilhado por pessoas com as quais a criança e o adolescente possuem vínculos e que estão envolvidas no seu apoio e cuidado
- ☐ De modo compartilhado pelos atores que compõem a rede socioassistencial (Educação, Saúde, Conselho Tutelar)
- ☐ De modo compartilhado com os atores do Sistema de Garantia de Direitos
- ☐ Outros

22. Identifique como os atores das redes socioassistenciais e de Garantia de Direitos mencionados a seguir participam na construção do PIA:

CRAS

- ☐ Discussão de caso ☐ Contatos telefônicos ☐ *E-mails* informativos ☐ Relatórios informativos
- ☐ Audiências concentradas ☐ Outras formas ☐ Não participam

CREAS

- ☐ Discussão de caso ☐ Contatos telefônicos ☐ *E-mails* informativos ☐ Relatórios informativos

☐ Audiências concentradas ☐ Outras formas ☐ Não participam

Conselho Tutelar

☐ Discussão de caso ☐ Contatos telefônicos ☐ *E-mails* informativos ☐ Relatórios informativos

☐ Audiências concentradas ☐ Outras formas ☐ Não participam

Educação

☐ Discussão de caso ☐ Contatos telefônicos ☐ *E-mails* informativos ☐ Relatórios informativos

☐ Audiências concentradas ☐ Outras formas ☐ Não participam

Saúde Mental

☐ Discussão de caso ☐ Contatos telefônicos ☐ *E-mails* informativos ☐ Relatórios informativos

☐ Audiências concentradas ☐ Outras formas ☐ Não participam

Vara da Infância e da Juventude

☐ Discussão de caso ☐ Contatos telefônicos ☐ *E-mails* informativos ☐ Relatórios informativos

☐ Audiências concentradas ☐ Outras formas ☐ Não participam

Ministério Público

☐ Discussão de caso ☐ Contatos telefônicos ☐ *E-mails* informativos ☐ Relatórios informativos

☐ Audiências concentradas ☐ Outras formas ☐ Não participam

Defensoria Pública

☐ Discussão de caso ☐ Contatos telefônicos ☐ *E-mails* informativos ☐ Relatórios informativos

☐ Audiências concentradas ☐ Outras formas ☐ Não participam

Outros serviços que compõem o território

☐ Discussão de caso ☐ Contatos telefônicos ☐ *E-mails* informativos ☐ Relatórios informativos

☐ Audiências concentradas ☐ Outras formas ☐ Não participam

23. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades encontradas na construção e no preenchimento (elaboração) do PIA?

- ☐ Dificuldade da cultura de planejamento
- ☐ Práticas mais tradicionais e imediatistas, fazendo que o instrumental seja formulado de forma automática
- ☐ Dificuldade do diagnóstico preciso das vulnerabilidades e necessidades da família
- ☐ Falta de recursos tecnológicos e materiais (computador, telefone, internet)
- ☐ Complexidade nas definições de objetivos, metas e prazos
- ☐ Sobrecarga de trabalho da equipe de referência
- ☐ Falta de envolvimento e participação da família nas definições de objetivos e metas, comprometendo seu envolvimento com a mudança do contexto que gerou o acolhimento

- ☐ Falta de recursos humanos nas equipes de referência
- ☐ Tempo discrepante entre o necessário para o desenvolvimento do instrumental e o disponível pelas equipes

24. Em sua realidade profissional, o instrumental do PIA adotado pelo seu serviço leva em consideração:

- ☐ Possibilidade de reintegração familiar
- ☐ Histórico familiar
- ☐ Habilidade da criança e/ou do adolescente
- ☐ Realidade social e local da família de origem
- ☐ Redes comunitárias e familiares
- ☐ Potencialidades da família
- ☐ Potencialidades da criança e/ou do adolescente
- ☐ Possibilidade de colocação em família substituta
- ☐ Limites familiares
- ☐ Projetos de vida
- ☐ Exposição a preconceitos relacionados a gênero, raça, cor e orientação sexual
- ☐ Peculiaridades e particularidades de cada criança e/ou adolescente
- ☐ Garantia da prioridade absoluta
- ☐ Visão da criança e/ou adolescente e sua família como sujeitos de direitos
- ☐ Desenvolvimento da autonomia
- ☐ Metas e ações a serem desenvolvidas pela família
- ☐ Metas e ações a serem desenvolvidas pela criança e/ou adolescente
- ☐ Metas e ações a serem desenvolvidas pelo serviço de acolhimento
- ☐ Metas e ações a serem desenvolvidas pela rede socioassistencial e pelo Sistema de Garantia de Direitos
- ☐ Prazos estipulados para as metas estabelecidas
- ☐ Necessidade de inclusão em programas de transferência de renda

25. Em sua realidade de trabalho, o PIA é atualizado com que frequência?

- ☐ Ele nunca é atualizado
- ☐ É atualizado mensalmente
- ☐ É atualizado trimestralmente
- ☐ É atualizado semestralmente
- ☐ É atualizado anualmente

26. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades encontradas na aplicação (execução) do PIA durante o período do acolhimento?

- ☐ Falta de políticas públicas relacionadas à educação e à saúde mental
- ☐ Falta de políticas públicas relacionadas à transferência de renda e moradia
- ☐ Burocracia e morosidade da família diante das mudanças necessárias

- ☐ Entendimento das equipes de referência que atuam no caso quanto à complexidade e à dinamicidade das relações e situações que envolvem a criança e/ou o adolescente e suas famílias
- ☐ Sobrecarga de trabalho devido à escassez de recursos humanos
- ☐ Insuficiência de recursos da instituição
- ☐ Falta de acompanhamento continuado
- ☐ Resistência do usuário
- ☐ Falta de articulação entre os serviços e a dificuldade do trabalho em rede
- ☐ Metas e ações inexecutáveis

27. Na sua opinião, o PIA pode fornecer os seguintes quais benefícios?

- ☐ Superação das situações que motivaram o acolhimento institucional
- ☐ Facilitação do trabalho desenvolvido nos acolhimentos institucionais
- ☐ Aperfeiçoamento do trabalho social com crianças e adolescentes e suas famílias
- ☐ Maior efetividade nas ações executadas pelos acolhimentos institucionais
- ☐ Organização de objetivos, ações, metas e prazos para orientação do trabalho técnico

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada *A percepção dos técnicos que trabalham com medida de acolhimento institucional para crianças e adolescentes sobre a aplicabilidade do Plano Individual de Atendimento*, que se refere a um projeto de pesquisa do(s) participante(s) Polyana Barbosa Xavier, que pertence(m) ao Programa de Mestrado Profissional em Práticas Institucionais em Saúde Mental da Universidade Paulista – UNIP.

O(s) objetivo(s) deste estudo é conhecer a percepção dos técnicos que trabalham em acolhimento institucional, medida de proteção prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), sobre o preenchimento, a execução e a aplicabilidade do Plano Individual de Atendimento (PIA). Os resultados contribuirão para a compreensão da problemática, propiciando reflexões acerca do fazer profissional e consequente aprimoramento do trabalho desenvolvido e ofertado aos acolhidos e seus familiares.

Sua forma de participação consiste em responder ao questionário estruturado, realizado de modo *on-line*, pela plataforma Google Forms, sobre sua experiência individual quanto ao trabalho em acolhimento institucional e dificuldades/facilidades no preenchimento, na execução e na aplicabilidade do PIA.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos decorrentes de sua participação. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como **mínimo**, e esse risco pode ser explicado como desconforto ou incômodo ao responder questões sobre sua realidade profissional. Caso se faça necessário o suporte assistencial, os participantes poderão entrar em contato com a pesquisadora responsável por meio do endereço de *e-mail* Polyana.xavier@aluno.unip.br, que possibilitará o devido acolhimento e encaminhamento aos serviços necessários.

São esperados os seguintes benefícios para você, decorrente da sua participação nesta pesquisa: a promoção de reflexões sobre sua prática profissional e a relação dela com o desenvolvimento do importante instrumental técnico previsto nas normativas que norteiam o trabalho em acolhimento institucional. Caso tenha interesse, você pode pedir o envio por *e-mail* do resultado da sua participação.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou, ainda, descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado. Caso queira retirar o seu consentimento, entre em contato com o pesquisador responsável, Polyana Barbosa Xavier, pelo

e-mail Polyana.xavier@aluno.unip.br com cópia para o CEP-UNIP pelo *e-mail* cep@unip.br. Os seus dados serão retirados caso seja possível identificá-los no banco de dados.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para mais informações.

Este termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal. Polyana Barbosa Xavier, Rua Niterói, 551 – Lagoinha, Ribeirão Preto, SP, Polyana.xavier@aluno.unip.br.

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Polyana Barbosa Xavier explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: ____ de _____, de 20__.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Eu, _____

(nome do membro da equipe que apresentar o TCLE)

obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da pesquisa: A PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS QUE TRABALHAM COM MEDIDA DE ACOlhIMENTO INSTITUCIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOBRE A APLICABILIDADE DO PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

Pesquisador: POLYANA BARBOSA XAVIER

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 85112124.4.0000.5512

Instituição proponente: UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP

Patrocinador principal: Financiamento próprio

DADOS DO PARECER

Número do parecer: 7.416.294

Apresentação do projeto:

As informações descritas abaixo foram retiradas do documento “PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2454331.pdf” de 31/01/2025:

Resumo:

O Plano Individual de Atendimento (PIA) é um importante instrumental utilizado pelos acolhimentos institucionais no Brasil. Ele desempenha um papel essencial na promoção de uma investigação aprofundada sobre o acolhido e seu contexto, reunindo informações que permitem entender sua história de vida, suas referências sociais e familiares, bem como suas aptidões e potenciais. Com base nesses dados, o PIA visa a identificar e superar as vulnerabilidades e os riscos que motivaram a aplicação da medida de proteção, estabelecendo atividades a serem desenvolvidas para promover a reintegração familiar da criança e/ou do adolescente. No entanto, apresenta potencialidades e dificuldades em sua aplicação, no cotidiano profissional de técnicos que o operacionalizam. Assim, este trabalho objetiva conhecer a percepção de 200 técnicos, assistentes sociais e/ou psicólogos, que trabalham em acolhimentos institucionais para crianças e adolescentes (Abrigo Institucional e Casa Lar) sobre o preenchimento, a execução e a aplicabilidade do PIA, sendo estes adultos acima de 18 anos, de todas as designações de gênero, residentes e trabalhadores no território brasileiro. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de método quantitativo, cujo instrumental para coleta de dados será o questionário a ser disponibilizado por meios virtuais. Espera-se que o trabalho contribua com o cotidiano

profissional dos acolhimentos institucionais, bem como favoreça o aprofundamento na temática e seu constante aprimoramento.

Hipótese:

Para a construção da presente pesquisa, foram consideradas as seguintes hipóteses:

Não existe um modelo padrão para preenchimento do PIA que consiga contemplar a necessidade individual de todos os acolhidos conforme é preconizado.

Os modelos de PIA adotados pelos serviços, em sua maioria, são extensos e repetitivos, dificultando seu preenchimento conforme preconizado, sendo muitas vezes executados de forma padronizada ou sem a participação dos atores necessários.

O acúmulo de trabalho e a falta de participação dos demais atores da rede (Saúde, Educação, Conselho Tutelar, entre outros) é um entrave ao preenchimento do PIA.

A sobrecarga dos profissionais técnicos (assistentes sociais e psicólogos) influencia a qualidade da elaboração, da execução e da reavaliação do PIA.

Método:

Este projeto segue a abordagem de método quantitativo, na qual os dados serão expressos através da explanação dos resultados coletados. O foco é a compreensão do fenômeno por meio da interpretação dos dados obtidos e de como estes influenciam os resultados, facilitados pela plataforma digital Google Forms. De acordo com Creswell e Creswell (2021), no método quantitativo, o problema da pesquisa é o entendimento das variáveis que o explicam ou se relacionam, a fim de auxiliar o pesquisador a compreender e explicar um efeito e fazer inferências da amostra sobre as relações entre as variáveis, fazendo com que os resultados da amostra possam ser generalizados por uma população de interesse mais ampla.

Quanto ao gênero, considera-se uma pesquisa exploratória, já que tem como objetivo descrever, explicar e compreender os fenômenos sentenciados, proporcionado diretamente por seres humanos, mediante um questionário com questões fechadas. Segundo Gil (2022), as pesquisas exploratórias têm o propósito de tornar um problema mais explícito e/ou construir hipóteses. Assim, tem o interesse de considerar os variados aspectos referentes ao fenômeno ou fato estudado. Para a execução da pesquisa, será utilizado como instrumento a aplicação de um questionário desenvolvido pela autora por meio da plataforma Google Forms. A utilização desse recurso *on-line* terá como intuito alcançar um número maior de participantes e trabalhadores de todas as regiões do Brasil, de forma massiva, correlacionando respostas e entendimentos frente ao objeto do estudo. Tal instrumental conta com 26 perguntas e está disponível em:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdLKY3sSX4qciOujgeb7z40NO0dVTFNB8xYM QhUFabwEcGrjQ/viewform?usp=sharing>.

Segundo Gil (2022), o questionário é um instrumental de coleta de dados que visa a obter informações sobre determinado assunto, em um levantamento de campo, aplicado às pessoas. Ele traduz objetivos da pesquisa em questões específicas, descreve características da população pesquisada e/ou testa hipóteses levantadas durante o planejamento.

A coleta de dados terá início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O recrutamento dos participantes ocorrerá via divulgação e convite nas redes sociais da autora

relacionados à temática pesquisada. Será realizada a seguinte chamada: “Olá, meu nome é Polyana Xavier. Trabalho em SAICA há 10 anos e estou realizando uma pesquisa para conclusão do meu mestrado profissional. Ela objetiva conhecer a percepção dos técnicos que trabalham em acolhimento institucional sobre o preenchimento, a execução e a aplicabilidade do PIA. Para isso, foi elaborado um questionário que precisa ser respondido por pessoas acima de 18 anos, assistentes sociais e/ou psicólogos, de todos os sexos, residentes e trabalhadores no Brasil, que trabalhem em instituições de acolhimento institucional para crianças e adolescentes (Abrigo Institucional e Casa Lar). Quero convidar você para ser participante da minha pesquisa, tenho certeza de que suas respostas serão muito válidas para o objetivo deste estudo. Conto com a sua participação para pensarmos juntos nesse plano que é tão importante em nosso cotidiano profissional! Para participar basta clicar no *link*, responder ao questionário e clicar em enviar!

Se possível, compartilhe com seus colegas técnicos de outras instituições de acolhimento. Desde já, obrigada!”. O *link* da plataforma do Google Forms que será enviado junto à mensagem encontra-se no apêndice I, com o questionário. O método de divulgação ocorrerá por envio manual via plataforma citada. Junto à mensagem de chamada, será compartilhado o *link* que direcionará o participante ao questionário. Este, em condições voluntárias, não necessitará de agendamento prévio para acessar a pesquisa.

Critérios de inclusão:

Para inclusão na presente pesquisa, serão considerados indivíduos com formação acadêmica em serviço social e/ou psicologia, com registros em seus respectivos conselhos ativos, que trabalhem com uma das modalidades de medida de proteção em acolhimento institucional que atendam crianças e/ou adolescentes (Abrigo Institucional e Casa Lar), independentes do âmbito de financiamento (administração direta ou indireta), em qualquer município brasileiro, maiores de 18 anos, de todos os sexos, que sejam funcionários da instituição, com vínculo empregatício estatutário, celetista, autônomo ou de prestação de serviço. Estes devem residir no Brasil e aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão:

Serão excluídos da pesquisa indivíduos que não tenham formação acadêmica em serviço social e/ou psicologia, não sejam residentes no Brasil, sejam menores de 18 anos (pois não são considerados adultos), não tenham conclusão do nível superior, não trabalhem em acolhimento institucional e que não tenham assinado o TCLE.

Objetivo da pesquisa:

As informações descritas abaixo foram retiradas do documento “PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2454331.pdf” de 31/01/2025: OBJETIVO PRIMÁRIO:

Conhecer a percepção dos técnicos que trabalham em acolhimento institucional (assistentes sociais e psicólogos), medida de proteção prevista no ECA (1990) e no PNAS (MDS, 2005), sobre o preenchimento, a execução e a aplicabilidade do PIA.

Objetivos secundários:

a. Identificar as principais dificuldades e facilidades encontradas pelos técnicos (assistentes sociais e/ou psicólogos) no preenchimento, na execução e na aplicação do PIA.

b. Comparar as percepções dos técnicos (assistentes sociais e/ou psicólogos) a respeito do PIA.

Avaliação dos riscos e benefícios:

As informações descritas abaixo foram retiradas do documento “PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2454331.pdf” de 31/01/2025:

Riscos:

Os participantes desta pesquisa são técnicos que atuam em serviços de acolhimento institucional. Os riscos envolvidos neste estudo são considerados mínimos, uma vez que essa população não se encontra em situação de risco ou vulnerabilidade, nem falarão sobre questões de ordem emocional. Os possíveis desconfortos podem ocorrer em relação a algumas questões ligadas à sua prática profissional, mas, nesse caso, o participante poderá optar por omitir a resposta ou interromper o preenchimento do questionário sem prejuízo para si ou para o pesquisador.

Benefícios:

Ao responder à pesquisa, os profissionais terão a oportunidade de refletir sobre determinados aspectos de sua prática cotidiana. Esse momento de reflexão pode incentivá-los a desenvolver novas estratégias interventivas e ações que aprimorem seu trabalho. Se isso ocorrer, as crianças e/ou adolescentes e suas famílias acolhidas institucionalmente também podem se beneficiar, pois as novas estratégias e técnicas estarão diretamente relacionadas ao cuidado e manejo dessa população.

Comentários e considerações sobre a pesquisa:

Trata-se de um estudo de centro único a ser realizado no Brasil, no Programa de Mestrado Profissional em Prática Institucionais em Saúde Mental, requisito necessário para obtenção do título de Mestre. A pesquisa tem delineamento exploratório/quantitativo com coleta de dados primário por meio virtual, com objetivo de conhecer a percepção dos técnicos que trabalham em acolhimento institucional (assistentes sociais e psicólogos), medida de proteção prevista no ECA (1990) e PNAS (MDS, 2005), sobre o preenchimento, a execução e a aplicabilidade do PIA. Estima-se participação de 200 técnicos (assistentes sociais e/ou psicólogos) que trabalhem com a medida de proteção em acolhimento institucional, de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 18 anos. Os autores referem financiamento próprio e coleta de dados prevista para iniciar em 01/04/2025 e terminar em 31/10/2025.

Considerações sobre os termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as diretrizes da Lei 14.784.

Conclusões ou pendências e lista de inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer PENDENTE pertinente ao documento “Parecer consubstanciado” número 7.353.406 emitido pelo CEP em 31/01/2025.

O projeto encontra-se **APROVADO**, considerando que não há óbices, pois todas as solicitações contidas no referido parecer foram ATENDIDAS PLENAMENTE nos documentos “Projeto de Pesquisa.docx” de 31/01/2025 e “Nova Carta Resposta.pdf” de 31/01/2025.

Considerações finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-UNIP, de acordo com as atribuições definidas na Lei nº 14.874, de 2024, manifesta-se por confirmar o parecer do projeto de pesquisa como APROVADO, nos termos em que está proposto. Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e finais da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo “relatório” para que sejam devidamente apreciadas pelo CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/12, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo de documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações básicas do projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2454331.pdf	31/01/2025 12:43:03		Aceito
Projeto detalhado/brochura investigador	ProjetoPesquisa.docx	31/01/2025 12:42:36	Polyana Barbosa Xavier	Aceito
Outros	NovaCartaResposta.pdf	31/01/2025 12:38:55	Polyana Barbosa Xavier	Aceito
Outros	cartaresposta.pdf	19/12/2024 14:26:20	Polyana Barbosa Xavier	Aceito
Outros	cartaanuencia.pdf	28/11/2024 16:04:46	Polyana Barbosa Xavier	Aceito
TCLE/Termos de Assentimento/Justificativa de ausência	TCLE.docx	23/11/2024 14:36:30	Polyana Barbosa Xavier	Aceito
Folha de rosto	folharosto.pdf	23/11/2024 14:33:00	Polyana Barbosa Xavier	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	17/11/2024 13:31:19	Polyana Barbosa Xavier	Aceito
Outros	cartadeapresentacao.pdf	17/11/2024 13:30:34	Polyana Barbosa Xavier	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	14/11/2024 16:37:34	Polyana Barbosa Xavier	Aceito

Situação do parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar

Bairro: Vila Clementino

CEP: 04.026-002

UF: SP **Município:** SÃO PAULO

Telefone:
: (11)5586-4086

E-mail: cep@unip.br

ANEXO D – CONVITE ENVIADO POR WHATSAPP

Sou Polyana Xavier, assistente social, técnica em SAICA há mais de 10 anos e estou realizando uma pesquisa para conclusão do meu mestrado profissional em Práticas Institucionais em Saúde Mental. Esta pesquisa objetiva conhecer a percepção dos técnicos que trabalham em acolhimento institucional sobre o preenchimento, a execução e a aplicabilidade do Plano Individual de Atendimento (PIA). Para isso, foi elaborado um questionário que precisa ser respondido por pessoas acima de 18 anos, assistentes sociais e/ou psicólogos, de todos os sexos, residentes e trabalhadores no Brasil, que trabalhem em instituições de acolhimento para crianças e adolescentes (nas modalidades Abrigo Institucional e Casa Lar). Gostaria de convidar você para ser participante da minha pesquisa, pois tenho certeza de que suas respostas serão muito válidas para o objetivo deste estudo. Conto com a sua participação para pensarmos juntos nesse plano que é tão importante em nosso cotidiano profissional!

Link da pesquisa:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdLKY3sSX4qciOujgeb7z40NO0dVTFNB8xYMQhUFabwEcGrjQ/viewform?usp=sf_link

Se fizer parte do perfil da pesquisa ou conhecer alguém que faz, posso contar com a sua colaboração?

ANEXO E – CONVITE ENVIADO POR E-MAIL

Pesquisa sobre o Plano Individual de Atendimento (PIA)

Prezados técnicos!

Meu nome é **Polyana Xavier**, sou assistente social, técnica em **Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA)** há mais de 10 anos e estou desenvolvendo uma pesquisa como parte do meu mestrado profissional em Práticas Institucionais em Saúde Mental, pela Universidade Paulista (UNIP).

Quero te convidar para participar deste estudo, que busca entender a percepção dos técnicos que atuam em acolhimento institucional (nas modalidades Abrigo Institucional e Casa Lar) sobre o preenchimento, a execução e a aplicabilidade do **Plano Individual de Atendimento (PIA)**, objetivando compreender como este importante instrumental tem sido aplicado nos acolhimentos institucionais brasileiros, considerando as dificuldades e as facilidades encontradas pelos profissionais em sua elaboração e efetivação.

Pretende-se, com isso, o aprofundamento do entendimento do fenômeno, além do fomento de reflexões sobre a prática profissional e o consequente aprimoramento do trabalho oferecido aos acolhidos e seus familiares.

Quem pode participar?

- Assistentes sociais e/ou psicólogos.
- Profissionais que estejam atuando em acolhimento institucional para crianças e adolescentes (nas modalidades Abrigo Institucional e Casa Lar) em qualquer região do Brasil.

Como participar?

É simples: basta clicar no *link* abaixo, responder ao questionário e enviar suas respostas.

 [**Clique aqui para responder ao questionário**](#)

Sua participação é muito importante para refletirmos juntos sobre esse instrumento tão essencial no nosso cotidiano profissional!

Se puder, compartilhe com colegas de outras instituições!

Desde já, muito obrigada.

Estou à disposição para qualquer dúvida.

Polyana Xavier