



**CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

**A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DO CRAS E PSF NA
EFETIVAÇÃO DA VIGILÂNCIA SOCIOASSISTENCIAL.**

MARY GENE DOS SANTOS PAIXÃO SANTOS

CACHOEIRA-BAHIA
2016

MARY GENE DOS SANTOS PAIXÃO SANTOS

**A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DO CRAS E PSF NA
EFETIVAÇÃO DA VIGILÂNCIA SOCIOASSISTENCIAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao colegiado de Serviço Social
da Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia, como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Professor Fabrício Fontes Andrade

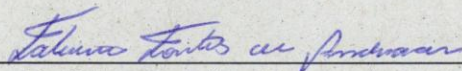
CACHOEIRA-BAHIA
2016

MARY GENE DOS SANTOS P. SANTOS

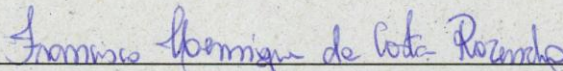
A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DO CRAS E PSF NA EFETIVAÇÃO DA
VIGILÂNCIA SOCIOASSISTÊNCIAL.

Cachoeira – BA, aprovada em 22/02/2016.

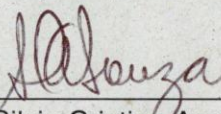
BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Fabrício Fontes de Andrade
(Orientador – UFRB)



Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
(Membro Interno – UFRB)



Prof.^a Ms. Silvia Cristina Arantes de Souza
(Membro Interno – UFRB)

“Mas os que esperam no senhor renovarão as suas forças, subirão com asas como águias, correrão e não se cansarão, caminharão e não se fatigarão”. (Isaias 40.31).

Dedico ao Senhor, autor e consumidor de nossas vidas, essa vitória alcançada. Obrigado meu Deus!

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar a Deus pela sua infinita fidelidade, derramando sobre mim suas misericórdias, nas horas que mais precisei me impulsionava a seguir em frente com o poder da sua palavra que diz “Eu irei adiante de ti, e endireitarei os caminhos tortuosos; quebrarei as portas de bronze, e despedaçarei os ferrolhos de ferro”.

Proferir também meus agradecimentos aos meus pais pela orientação e criação que me foi dada.

Ao meu esposo Ailton que sempre me incentivou na busca de conhecimento, que compartilhou em tempo integral os momentos de alegria, e os momentos de tristeza, garantido todo tempo que eu não estava só, meu companheiro, amigo e ouvinte, sempre escutando as minhas leituras para as apresentações de trabalhos, embora em certas ocasiões não soubesse do que se tratava, com seu olhar de carinho e cumplicidade ao termino de cada leitura me afirmava “Tá muito bom, minha filha”. Muito obrigado meu amor, sei que sem você esse projeto não estaria virando realidade.

Às minhas filhas Madge, Alana e Ayanne, verdadeiros presentes de Deus para minha vida, que por vezes ao pensar em desistir, mencionavam palavras de encorajamento, confesso que minha maior vitória é ser mãe de pessoas tão generosas.

Quero também agradecer aos meus colegas de curso em especial à Ângela Santos, amiga, conselheira, companheira e parceira nas equipes, começamos o curso juntas e terminaremos mais unidas do que antes, sei que o seu caminho será repleto de felicidade.

Fazer meus agradecimentos também a Paty, Tchuca e Arleide tenha certeza que vocês não serão esquecidos.

Aos docentes, Henrique Rozendo, Sílvia Arantes, Marcela e Albany por serem profissionais que marcam seus nomes na história da instituição UFRB. E como diz a letra da canção “por onde for quero ser seu par.”

Não poderia deixar de fora a querida Valéria, pela sua alegria. Também meus sinceros agradecimentos ao meu orientador Fabrício Fontes, que assumiu essa causa, e reconheço que para ele não foi algo fácil, mas me fez rever a importância

da palavra superação, termo esse, que regeu todo tempo esse trabalho de monografia.

Às minhas amigas de trabalho Josemary, Marlene e Rosangela por me apoiarem todos esses anos cuidando para que o trabalho não fosse impedimento para minha vitória. Já que falei do trabalho quero prestar meus sinceros agradecimentos aos Ex - Gestores da Câmara de Vereadores do Município de São Félix, Tácito Miguel, Roquelina Rodrigues e a atual presidente da Câmara Melissa, obrigado por serem especiais, por terem garantido minha permanência no curso, quantas vezes tive necessidade de me ausentar no horário de trabalho, ou mesmo de faltar, e nunca me foi cobrado, todas as vezes que solicitei fui atendida, sempre com palavras de motivação e estímulo, sei que devo também essa conquista a essas pessoas que respeitam o cidadão na sua busca de especialização.

A todos os Profissionais do CRAS Ana, Cida a minha supervisora Karina Madureira, sou grata pela atenção, colaboração e carinho que me foi dispensado.

Aos meus irmãos em Cristo, a minha tia Jana por me ajudar nos cuidados com minha mãe quando me ausentava nas atividades diárias do curso.

Enfim a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para essa realização meu MUITO OBRIGADO.

“Estou mais do que nunca influenciado pela convicção de que a igualdade social é a única base da felicidade humana.”

(Nelson Mandela)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão propõe-se a analisar possibilidades e limites da intersetorialidade das políticas públicas no Brasil. Enquanto destaque nas áreas de Saúde e Assistência Social, faz-se necessário saber como a sua operacionalização acontece, sobretudo no que se refere à Vigilância Socioassistencial, configurando-se em movimento necessário para o entendimento de que a produção e a sistematização de informações territorializadas são imprescindíveis para a análise da qualidade dos serviços ofertados. Assim, a metodologia utilizada para produção, inicia-se por uma revisão bibliográfica, que busca dar conta do histórico das lutas e conquistas em termos da consolidação de legislação e efetivação destas políticas, bem como a discussão dos conceitos básicos tratados dentro da temática. Traçado este quadro evolutivo, avança-se para uma pesquisa de campo em um Centro de Referência a Assistência Social e uma Unidade do Programa de Saúde da Família, localizados no bairro Salva Vidas, na cidade de São Félix, no Recôncavo Sul do estado da Bahia. Da ausculta e registros escritos dos profissionais de Saúde e Assistência Social, analisados na conclusão deste trabalho, ficou patente a não existência de ações de intersetorialidade em vigilância socioassistencial nas unidades pesquisadas, bem como as limitações para sua efetivação.

PALAVRAS CHAVE: assistente social-intersetorialidade- vigilância socioassistencial

ABSTRATC

This working conclusion is proposed to analyze the possibilities and limits of intersectoral public policies in Brazil. As highlighted in the areas of Health and Social Welfare, it is necessary to know how an operation takes place, particularly with regard to surveillance authority in social assistance. Understanding the production and systematization of territorialized information is essential for the analysis of the quality of services offered. Thus, the methodology used to create this conclusion begins with a literature review, which seeks to give a historical account of the struggles and achievements of consolidation legislation and the effectiveness of these policies, as well as the discussion of the basic concepts relevant to the subject. Following this evolutionary framework, the conclusion advances to field research at the *Centro de Referência a Assistência Social* and the *Unidade do Programa de Saúde da Família*, located in the neighborhood *Salva Vidas* in the city of Sao Felix in the Reconcavo of Southern Bahia. Auditory and written records of professionals in Health and Welfare are analyzed in the conclusion of this work, and demonstrate the absence of intersectoral actions in the surveillance of the social assistance units, as well as the limitations of its effectiveness.

KEYWORDS: Social Assistance - intersectoral - surveillance

LISTA DE TABELAS

TABELA-01 -Números de profissionais de acordo com o NOB-RH/SUAS.....	33
TABELA-02 - Diferenciação entre as diretrizes da LOAS e do PNAS.....	35
TABELA-03 – Principais Marcos da Assistência Social.....	37
TABELA 04 - As desigualdades Regionais nos Gastos com Assistência Médica no Brasil em 1986.....	41
TABELA-05 - Demonstrativos das Normas Operacionais de Assistência a Saúde do SUS.....	44
TABELA-06 - Censo SUAS edição de 2014.....	61

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Proporção de pessoas na linha da pobreza e indigência – 2010.....	65
GRÁFICO 2	Profissionais do CRAS e USF por idade.....	68
GRÁFICO 3	Profissionais do CRAS e USF por gênero.....	69
GRÁFICO 4	Profissionais com especialização na área de atuação.....	69
GRÁFICO 5	Profissionais do CRAS e USF por tempo de serviço.....	70
GRÁFICO 6	Profissionais do CRAS e USF por vínculo empregatício.....	71

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CF/88 - Constituição Federal de 1988

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social

ESF - Estratégia Saúde da Família

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS-Instituto Nacional de Previdência Social

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

NOB RH/SUAS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social

NOB SUS 01/96 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996

PAIF - Atendimento Integral à Família

PBF - Programa Bolsa Família

PNAS - Política Nacional de Assistência Social de Assistência Social

PSF - Programa de Saúde da Família

RSB - Reforma Sanitária Brasileira

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

8ª CNS - 8ª Conferencia Nacional de Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO	14
2 A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA	17
2.1 A Seguridade Social brasileira pós 1988	20
2.2 Proteção Social não contributiva na Seguridade Social Brasileira.	25
3 PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE E AS AÇÕES DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA	46
3.1 O PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE	48
3.1 A INTERSETORIALIDADE NO ÂMBITO DO SUAS E DO SUS	51
4 O PAPEL DA INTERSETORIALIDADE NAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SOCIOASSISTENCIAL	55
5 ANÁLISE DOS DADOS DA INTERSETORIALIDADE APARTIR DAS ENTREVISTAS.	62
5.1 Diagnóstico sociodemográfico do município de São Félix	63
5.2 Caracterização do CRAS Dona Caboquinha	64
5.3 Caracterização do PSF José Augusto Alves	66
5.4 Análise dos Dados: Reflexão individual sobre intersectorialidade a partir das entrevistas entre os profissionais do CRAS e o PSF.	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A	77
APÊNDICE B	78

1INTRODUÇÃO

Esse trabalho de monografia contém em sua estrutura uma reflexão acerca do tema a “Intersetorialidade das ações do CRAS e PSF na efetivação da Vigilância Socioassistencial.”

Propomo-nos a, sobretudo, entender como abroham as relações em redes e de que forma acontece à materialização das ações, afinal o princípio da intersectorialidade representa nas políticas públicas um grande desafio: trabalhar em conjunto vislumbrando a efetivação da proteção social, nesse ínterim garantir ou tentar garantir direitos sociais.

De acordo com o exposto, objetivamos perceber as articulações existentes entre o CRAS Dona Caboquinha e o PSF José Augusto Alves, ambos localizados no Bairro Salva Vidas, no Município de São Félix-BA.

O interesse pelo objeto de estudo se deu motivado pela inquietação a partir da experiência vivida atuando como Agente Comunitária de Saúde durante 10 anos no PSF Dona Vivi no supracitado município, onde tivemos a oportunidade de conhecer os trabalhos realizados pela equipe do PSF, fato esse que despertou inquietação e questionamentos acerca da operacionalidade e como se dá as relações entre PSF e CRAS.

Portanto, partindo da lógica norteadora SUS e SUAS, compreender o novo conceito de saúde, e da assistência social no trabalho coletivo e todos os determinantes sociais do processo saúde-doença, entendendo que não se faz uma “assistência à saúde integral a família” se as equipes do PSF não dialogam com a Assistência Social, no sentido de garantir a intersectorialidade, para que de fato se concretize a materialização dos serviços. Para isso é preciso conhecer a realidade dos serviços ofertados pelos setores tanto do CRAS quanto do PSF.

Com efeito, na construção do trabalho foram contempladas referências bibliográficas que embasam a efetivação teórica e fornecem sustentação ao tema abordado, além de trazer os conceitos do objeto da pesquisa. Foi dado destaque ao princípio da intersectorialidade, sinalizando a importância das ações entre CRAS, PSF e a Vigilância Socioassistencial. Buscou-se enfatizar as propostas das políticas sociais, inerentes à defesa da proteção social e os direitos sociais, traçando para tal um

retrospecto dos marcos histórico que culminaram nos dias atuais. Revisitar a bibliografia sobre o tema foi outro objetivo que buscamos neste trabalho.

Para melhor ilustrar o estudo, também serão analisados os resultados de uma pesquisa quantitativa, fruto de estudo exploratório, no qual os sujeitos da pesquisa foram os profissionais do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e PSF (Programa de Saúde da Família) de um bairro periférico da cidade de São Félix.

Tomando como realidade as articulações entre as duas instituições que atendem o mesmo território de abrangência, buscou-se compreender de que maneira acontece a efetivação dos serviços garantindo os direitos sociais e possíveis respostas quanto às indagações de como ocorrem as relações em redes entre Assistência Social e Saúde? O fato das instituições estarem próximas facilita a intersetorialidade? E se existe potencialidade da gestão intersetorializada entre SUS E SUAS?

A pesquisa de campo foi escolhida enquanto metodologia do trabalho por apresentar a possibilidade de, após revisão bibliográfica, adentrarmos mais profundamente na questão da materialidade das ações de intersetorialidade e vigilância socioassistencial, por meio de observação e aplicação de entrevistas. A resposta ao problema de pesquisa só seria possível munidos de informações colhidas na vasta literatura sobre o tema, observarmos e ouvirmos os profissionais que atuam nos espaços pesquisados sobre a real condição de colocar em prática as ações investigadas.

Resumindo, ao ter como proposta central do estudo perceber como acontece a promoção do princípio da intersetorialidade e sinalizar a importância das ações entre CRAS, PSF e a Vigilância Socioassistencial, dando ênfase as propostas das políticas sociais, inerentes à defesa da proteção social e os direitos sociais, a realização de retrospecto dos acontecimentos históricos que culminaram com o quadro dos dias atuais é fundamental.

No segundo capítulo propomos uma leitura acerca da seguridade social, focando nas mudanças ocorridas após a Constituição de 1988, salientando o duplo modelo de seguridade administrado pelo Brasil, refletindo sobre as características marcantes da Seguridade Social e o advento da proteção social, assim como a consolidação da LOAS, das NOAS dentre outros.

No capítulo terceiro, discorreremos sobre o conceito de intersetorialidade, explicitando a forma prevista na legislação para sua operacionalização e apresentando, em contrapartida suas limitações, no âmbito do SUS e do SUAS.

No quarto momento, discutimos O papel da intersectorialidade nas ações de vigilância socioassistencial, momento no qual analisamos as possibilidades de sistematização e análise de informações territorializadas, com vistas ao trabalho com a vulnerabilidade.

No capítulo cinco, o trabalho apresenta seu lado investigativo, exploratório, ao relatar a experiência de observação nas instituições, realizar a análise de pesquisa com seus profissionais, a cerca da materialidade da teoria discutida, da aplicabilidade da legislação apresentada e das limitações e possibilidades de se trabalhar com êxito a vigilância socioassistencial e a intersectorialidade no cotidiano dos seus espaços de trabalho.

Num último momento é realizado um esforço de conclusão, em que teoria e prática são confrontadas, tendo como modelo o funcionamento das duas instituições de São Félix.

Assim sendo, a análise das transformações no campo da Saúde, Assistência Social e Previdência são fundamentais para discernir os avanços acontecidos e as possíveis metamorfoses que originaram esse tripé, aspecto relevante para a discussão que se pretende travar com a análise das relações nas instituições sanfelistas e, que se configura em assunto de grande relevância social, pois fornece dados teóricos e práticos, para compreensão e melhoria nos processos desta rede de proteção social.

2A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

O presente capítulo refere-se a abordagens dos elementos fundamentais da Seguridade Social ocorridas após a promulgação da Constituição de 1988, compreendendo a construção da Seguridade Social no seu âmbito mais abrangente, empreendendo os elementos históricos, políticos e teóricos que constituem um novo olhar na área das políticas públicas, envolvendo o engajamento da sociedade dos setores públicos e privados culminando no seu processo de reestruturação na promoção à proteção social, pautada no princípio de Assistência Social enquanto “direito de todos”.

Decorrentes das transformações e mudanças a partir do governo Vargas, nos anos de 1930 a 1945, denominados como os anos que deram início a introdução das políticas públicas, como destacam Behring & Boschetti (2006) ao afirmar que em 1930 o movimento de Vargas permitiu a ascensão destas políticas cuja tentativa representou uma frágil oposição à burguesia. Segundo as autoras, foi sem dúvida “um momento de inflexão no longo processo de constituição de relações sociais tipicamente capitalistas no Brasil” (2006, p.105). Iniciou-se com Vargas um processo de regulamentação das relações de trabalho no país.

Até então na história do Brasil não se percebia a pobreza como algo relacionado à expressão da questão social, mas acreditava-se tratar de um problema pessoal do indivíduo aos quais, os atendimentos sociais dados eram os encaminhamentos para internações ou asilo. A pobreza era vista como doença e tratada como tal como afirma Sposati (2007 p. 42), “(...) os pobres eram considerados como grupos especiais, párias da sociedade, frágeis ou doentes.”.

Para que essa efetivação das políticas chegasse até os dias atuais ocorreram grandes lutas e conquistas, uma vez que, para o Estado a assistência aos menos abastados não era fator relevante, julgando que a pobreza era uma fatalidade, cabendo à igreja ou aos homens bons cuidar do problema. A partir do meado do século dezenove com as mudanças no modo de produção que passou de agrário para industrial, essa perspectiva foi tomando outra forma, com o crescimento do fenômeno da urbanização.

Na era Vargas houve várias mudanças no cenário da assistência, com a criação de ministérios, assim como a CLT (Consolidação da Lei do Trabalho), seguido dos Institutos de Aposentadoria, a Seguridade Social que garantia acesso

ao benefício condicionado à contribuição. Essa política só alcança os trabalhadores de carteira assinada deixando a mercê os trabalhadores informais.

Nessa perspectiva, o Estado cria em 1942 a LBA (Legião Brasileira de Assistência), conhecida como “primeira - damismo” da assistência social, pois coube a então primeira dama Darcy Vargas a direção da instituição, e nos demais anos que sucederam o cargo era assumido pelas esposas dos presidentes em exercício. A LBA representou o primeiro modelo assistencialista, que surgiu no início para atender os pracinhas e a famílias dos pracinhas que lutavam na guerra.

Em 1946 o Brasil adotou uma nova constituição, que passou a existir advinda da insatisfação da sociedade que clamava por um país menos centralizado. Nasce no quadro político o interesse dos governantes em escutar a população e foi acatado o pedido de descentralização da esfera federal, permitindo aos estados e municípios maior participação. Nessa trajetória, a LBA se expandiu pelo país e trazia no seu arcabouço a atenção baseada na caridade e benemerência.

Nesse processo a LBA passou a ser uma instituição pública e vários outros órgãos foram criados como o FUNRURAL (Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural) que garantia atendimento aos homens do campo e o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social), dentre outros.

O FUNRURAL foi criado em 1963, pela lei nº 4.214 (Estatuto do Trabalhador Rural). Esta autarquia foi extinta com a implantação do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) pela Lei nº 6.439 de 1.977.

Com a realidade do regime militar de 1964, a partir do golpe militar o país foi remodelado, com uma série de eventos, quase não se existia liberdade de expressão e de organização, os meios de comunicação, assim como os movimentos, foram reprimidos pela censura, houve grandes transformações na economia, como a modernização da indústria e dos serviços, concentração de renda, abertura ao capital estrangeiro e do endividamento externo.

A sociedade vivia coagida, o cidadão não possuía direitos e a questão social era ignorada. Nesse contexto cabia ao indivíduo superar sua situação de miséria porque estes eram responsabilizados pela condição em que se encontravam. Nessa perspectiva a Assistência atuava através do Estado sob duas formas: “uma que se insinua como privilegiada para enfrentar politicamente a questão social¹; outra, para

¹Segundo Iamamoto (2012, p. 27), a Questão Social pode ser definida como: O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a

dar conta de condições agonizadas de pauperização da força de trabalho” (Sposati et al., 2007, p. 41).

A crise advinda do processo de acúmulo do capital continuava na década de 1970 marcada pela instabilidade da economia, variadas políticas do chamado “milagre econômico”, milagre esse que não aconteceu, começou a produzir conflitos e a população já declarava seu mal estar a cerca dos governos autoritários, a pauperização alavancava na classe trabalhadora.

Em continuidade, os anos subsequentes engendraram mudanças significativas na estruturação da política social. Os anos 1980 a 1985 foram marcados pelos movimentos sociais e a consolidação dos movimentos sindicais. A assistência social em seu arcabouço inseria-se na democratização e viabilização de Política Social no campo da Seguridade Social.

Esta ampla participação da sociedade na luta por políticas públicas culminou na elaboração da Carta Magna e a Assistência Social passou a ser reconhecida, em conjunto com a Previdência Social e a Saúde. Agora a Assistência Social estava garantida por lei e por lei aqueles que não contribuíam com a previdência também possuíam direito à proteção social.

Não foi diferente na Gênese do SUS que apresenta uma proposta de promover a saúde preventiva, extinguindo de vez a medicina curativa que tratava a doença e não as causas. E como resultado das discussões foi promulgado no ano de 1988 a Constituição Federal, que reconhecia a saúde como direito de todos e dever do Estado. Amparada pelo princípio da universalidade, o SUS se organiza para atender a todos que dela necessite. Trata-se de um sistema de políticas descentralizada e com gestão participativa cuja proposta estabelece o trabalho em rede.

Proposto pela intersetorialidade, essa rede intrincada representa um longo percurso a percorrer porque depende de vários fatores dentre eles as relações setoriais.

Ocorreram, também, outras mudanças na área da saúde que passou a ser universal e gratuita. Mas a implementação das leis existentes no papel aconteceram após vários engajamentos de lutas e movimentos sociais. A LOAS (Lei Orgânica da

Assistência Social) representa, em parte, a concretização dessas lutas que marcam o desenvolvimento da Assistência Social.

Em seguida após dez anos de criação da LOAS, o país entrou em uma nova fase de fortalecimento dos direitos sociais e em defesa da garantia das políticas sociais. Nesse aspecto, o Assistente Social desde os primórdios da profissão luta em defesa do coletivo para consolidação e efetivação e o cumprimento das leis, o que representa o diferencial da profissão.

Para Couto (2006), o Assistente Social representa para a população um grande ganho no aspecto de assegurar a luta pelos direitos sociais.

Esta inserção bastante inovadora introduz o campo da assistência social como política social, dirigindo-se a uma população antes excluída do atendimento na ótica dos direitos. Sua definição impõe compreender o campo assistencial como o da provisão necessária para enfrentar a dificuldade que podem ser interpostas a qualquer cidadão e que devem ser cobertas pelo Estado (COUTO, 2006, p.170).

Percebe-se, tomando como base todo processo histórico de formação da Seguridade Social Brasileira, que a Constituição de 1988 foi um fator preponderante na evolução das conquistas de direitos sociais, para tanto dois modelos foram adotados pelo país, o modelo bismarckiano² e o beveridgiano.

A Constituição 1988, portanto representa um divisor de águas no que se refere às políticas públicas, fortalecendo a cidadania, nas suas mais complexas atribuições no que tange a proteção social.

2.1 A Seguridade Social brasileira pós 1988

Com o advento da Constituição Federal de 1988 toda forma de promoção de serviços foi mudada. Também intitulada como Constituição Cidadã, o documento em seu preâmbulo traz a seguinte declaração:

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

²Mais adiante ao tratar sobre seguridade social serão explicitados os modelos bismarckiano e o beveridgiano, uma vez que os modelos foram citados como sistemas adotados no país.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.. (BRASIL, 1988)

Desta forma, o breve relatório que precede a Constituição de 1988 evidencia uma nova ordem constitucional onde são assegurados a todos os direitos sociais, agora não se tratando de caridade ou benesse, ou de possuir ou não carteira de trabalho assinada, agora representa adquirir direitos. A Carta Magna trazia como objetivo fundamental a construção de uma sociedade justa, livre e igualitária e inova ao fornecer todo um aparato de proteção social, materializando-o no sistema de seguridade social.

Portanto agora a Assistência Social compõe o tripé da Seguridade Social conjuntamente com a Saúde e a Previdência Social normatizado pela Constituição Federal através do seu Artigo 194 que diz:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I – universalidade da cobertura e do atendimento;

II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;

V – equidade na forma de participação no custeio;

VI – diversidade da base de financiamento;

VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2003, p. 193).

A Seguridade Social assume o seu sistema de proteção social, e a assistência social passa por uma transformação e assume novas características, em que a proteção social passa a ser direito de todos e dever do Estado, como enfatiza a Constituição Federal. Vale ressaltar que esse avanço não aconteceu de forma pacífica, mas oriundos de fortes conflitos, e contradições inseridas no contexto histórico da sociedade capitalista.

Para Boschetti (2009) a Seguridade Social brasileira sofre influências do modelo alemão bismarckiano, cujo sistema de seguros propõe a contribuição por parte do trabalhador para garantia da seguridade, tem caráter contributivo, ou seja, quem não contribuir não terá direito aos benefícios desta. Enquanto que o modelo inglês beveridgiano, tem como principal objetivo o enfrentamento da pobreza ao

restringir a previdência aos trabalhadores contribuintes, universalizar a saúde e direcionar a assistência social ao público que dela necessitar.

[...] Os direitos da seguridade social, sejam aqueles baseados no modelo alemão bismarckiano, como aqueles influenciados pelo modelo beveridgiano inglês, têm como parâmetro os direitos do trabalho, visto que desde sua origem, esses assumem a função de garantir benefícios derivados do exercício do trabalho para os trabalhadores que perderam, momentânea ou permanentemente, sua capacidade laborativa.(2009 p.105)

Nessa perspectiva a Seguridade Social adota os dois métodos, tanto a previdência social influenciada pelo modelo bismarckiano, quanto o modelo beveridgiano, portanto a seguridade social abrange a previdência social, e também a saúde e a assistência social.

A Seguridade Social brasileira, assim como a francesa, foi influenciada pelos modelos bismarckiano e beveridgiano. Esses modelos possuem características diferenciadas, incluindo duas formas de gestão e financiamento. Atualmente a seguridade social brasileira “conjuga direitos derivados do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)” (BOSCHETTI, 2004: 114).

A Seguridade Social brasileira, no seu processo de consolidação impôs mudanças na legislação, no seu status legal e político, concebendo, implementação do sistema onde possibilitasse acompanhar as transformações econômicas e sociais do Brasil. Chega para responder as demandas decorrentes da reestruturação da política social vigente no país, rebatendo às políticas sociais e assistenciais que vigoravam até então.

Ainda segundo Ivanete Boschetti (2009) um dos pilares da seguridade social consiste na sua estruturação à lógica do seguro social. A autora destaca que outros países capitalistas adotam esse formato previdenciário, que se estrutura tendo como referência a organização social do trabalho que representa a condição fundamental para garantir o acesso à seguridade social.

Vale ressaltar que, enquanto a Europa já adotava políticas que sinalizavam um estado social, com o chamado Welfare State que surgiu logo após a guerra mundial, no Brasil só iniciou tentativa nas duas últimas décadas do século XX, embora sem êxito, motivado pela presença dos movimentos sociais, além dos movimentos sindicais. No caso brasileiro, a luta pelo retorno ao Estado Democrático

de Direito mesclou-se com a luta pela extensão do acesso aos direitos sociais a todos, não podendo ser chamado WelfareState.

[...] Primeiro, é preciso retomar a particularidade do caso brasileiro, que, como em outros países cuja industrialização ocorreu em momento posterior aos de países da Europa Central e dos Estados Unidos, possui uma regulação social tardia e frágil na efetivação dos direitos sociais, principalmente pela vivência de processos políticos ditatoriais, agravados pela sua duração e travamento da maturação democrática da sociedade. (SPOSATI. 2002 p.439).

Contudo, esses direitos sociais passam a ser reconhecidos como fundamentais para o homem como afirma Silvia por “prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais” (2005, p. 286).

Na construção do Estado Democrático de Direito, liberdade, igualdade e fraternidade são direitos que garantem a dignidade humana. Surge o Sistema Nacional de Seguridade Social, o qual tinha por finalidade de assegurar o bem-estar e a justiça sociais, para que, desta forma, ninguém fosse privado do mínimo existencial, todos os cidadãos possuíam seus direitos assegurados garantindo o princípio da dignidade humana citando especificamente a Assistência. Como evidência a redação da Constituição Federal de 1988, cita:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:
I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
II – o amparo às crianças e adolescentes carentes;
III – a promoção da integração ao mercado de trabalho;
IV – a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.(CRFB, Art.203)

Os anos que se seguiram após a promulgação da constituição foram marcados por vários processos de debates para que a consolidação proposta pela constituição fosse de fato efetivada. Em 1990 inicia-se o que Sposati vai chamar de “contrações pré - parto para consolidar a democracia social” (2007, p. 44). Em que varias leis foram promulgadas dentre elas ECA (Estatuto da Criança e do

Adolescente, Lei 8069/90, LOS (Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90) e SUS (Sistema Único de Saúde, Lei 8140/90)

Em sete de dezembro 1993 a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) foi aprovada. A nova lei traz em seu texto aspectos bem característicos que marca o princípio da universalidade dos direitos sociais, além de estabelecer a descentralização em sua política administrativa regida pelos entes federativos, incita a participação da sociedade, assim como as instituições privadas, mas prioriza a participação do Estado na materialização das ações e responsabiliza os entes federativos em suas respectivas esferas nas conduções das políticas sociais. A cerca da responsabilidade dos entes por estas políticas a lei diz que

Art. 11. As ações das três esferas de governo na área de assistência social realizam-se de forma articulada, cabendo à coordenação e as normais gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos programas, em suas respectivas esferas, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. (Lei 8.742/ 1993 – LOAS).

A descentralização na Assistência Social representa uma importante mudança na forma de gerenciamento orçamentário, pois os estados federativos e municipais regidos por regras são obrigados a definir em seus orçamentos recursos para a Assistência Social. Em virtude de um país de grande dimensão demográfica, diferenças societárias, além de grandes desigualdades e carências a descentralização propõe políticas que atendam o que está proposto em cada região, o que representa um entrave para atender os direitos sociais, como cita o documento PNAS (Política Nacional de Assistência Social):

[...] o princípio da homogeneidade por seguimentos na definição de prioridades de serviços, programas e projetos torna-se insuficiente frente às demandas de uma realidade marcada pela alta desigualdade social. Exige-se agregar ao conhecimento da realidade a dinâmica demográfica associada à dinâmica socioterritorial em curso (PNAS, 2004: 43).

Sendo assim, é necessário conhecer a realidade de cada região, os problemas que afetam e direcionar a implantação das políticas públicas necessárias para cada território. Nesse contexto essas leis promovem a legalidade e a legitimidade dos direitos sociais ao tempo que se materializa como direito de cidadania.

2.2 Proteção Social não contributiva na Seguridade Social Brasileira.

Com a expansão do capital e a pauperização da força de trabalho, as práticas assistenciais de benemerência foram apropriadas pelo Estado direcionando dessa forma, a solidariedade da sociedade civil. Nesta época no Brasil, não havia uma compreensão da pobreza enquanto expressão da questão social e quando esta emergia para a sociedade, era tratada como “caso de polícia” e problematizada por intermédio de seus aparelhos repressivos. A sociedade era composta por setores da burguesia que não se preocupavam com a situação dos operários. Segundo IAMAMOTO

[...] Seu posicionamento natural variava entre a hostilidade e o apoio explícito à repressão policial e ações caridosas assistencialistas, especialmente após o sufocamento dos movimentos reivindicatórios e nas crises econômicas que lançam grandes massas em situação de extremo pauperismo. (IAMAMOTO, 2004, p.133)

É necessário elencar o fato marcante na assistência social que foi à fundação do primeiro Centro de Estatuto e Ação Social de São Paulo (CEAS), em 1932, considerado como manifestação original do serviço social³ no Brasil. Essa instituição surge dos setores da Ação Social e Ação Católica, marcando assim, o início do “Curso Intensivo de Formação Social para Moças” promovido pelas Cônegas de Santo Agostinho. Segundo IAMAMOTO E CARVALHO (2011) seu principal objetivo era “promover a formação de seus membros pelo estudo da doutrina social da igreja e, fundamentar sua ação nessa formação doutrinária e no conhecimento aprofundado dos problemas sociais”.

Através da Lei número 247 é criado em 1935 o Departamento de Assistência Social do Estado, que empreendia inovação nesse gênero, cabendo - lhe administrar e atender todos os serviços de Assistência e Proteção Social, assim como celebrar e realizar acordos com as instituições particulares de caridade, operacionalizar as ações sociais do Estado, gerenciar as subvenções e, também, matricular essa instituições particulares acrescido de fazer também os cadastramentos. Segundo lamamoto e Carvalho, a este órgão atribui-se a estruturação dos Serviços Sociais de

³ Abro um pequeno parêntese para discorrer sobre o Serviço Social, entendendo que a profissionalização da Assistência Social percorreu caminhos que precisam ser evidenciados.

“menores” desajustados dentre outros. Vale salientar que, na composição desta Lei, a maioria dos artigos, contempla a assistência ao “menor”.

Em 1937 durante a vigência do Estado Novo surgiram várias instituições que tinha como objetivo propiciar benefícios assistenciais aos trabalhadores, pois uma grande parcela deles se encontrava exauridos por ter que trabalhar varias horas sem descanso e muitas vezes mutilados devido suas atribuições de serviços. A abrangência desse contingente permitirá uma atuação ampliada sobre as sequelas da exploração capitalista. Ainda desta época, importante registrar a criação do CNSS (Conselho Nacional de Serviço Social), que também apresentou um papel de destaque sendo responsável pela primeira grande regulação da Assistência Social no país. O CNSS foi criado em 1938 pelo Ministério da Educação e Saúde.

Pode - se extrair de lamamoto e Carvalho (2011), críticas à atuação do CNSS, nesta época. Os autores não o consideram como atuante devido às ações realizadas, que apresentam uma forte tendência ao clientelismo, caracterizando-se mais para a prática das manipulações de verbas das subvenções. Entretanto a sua maior relevância estaria por se tratar de um marco, num momento histórico em que o Estado manifestava seu interesse em centralizar e organizar as obras assistências públicas e privadas.

Durante o governo de Vargas em 1942 a Assistência Social começou a exibir um novo perfil no sentido de uma maior organização, Vargas incita a sociedade a participar do engajamento do país a ajudar no “esforço da guerra”, surgindo então a LBA (Legião Brasileira de Assistência) corroborando para a primeira campanha assistencialista.

Essa implantação da Legião Brasileira de Assistência toma forma através de “um amplo papel de mobilização da opinião pública para o apoio ao ‘esforço de guerra’ promovido pelo governo, e conseqüentemente, ao próprio governo ditatorial” no período do Estado Novo (1937-1945) (IAMAMOTTO; CARVALHO, 2011, p. 265).

A implantação da LBA aconteceu em diversos estados do país acompanhados de campanhas de aspecto politico-ideológico e de práticas “assistenciais-religiosas”, com objetivos claros de ajudar aos familiares dos militares convocados para a Segunda Guerra Mundial.

Até então a assistência social era exclusivamente ligada às ações filantrópicas de caridade, com vinculação direta às ações de solidariedade da igreja (principalmente católica) e de grupos com motivações religiosas. Eram ações

desenvolvidas e executadas pelas primeiras damas da sociedade. Por décadas os usuários dessas práticas eram vistos como assistidos e favorecidos e não como cidadãos detentores de direitos.

Nessa perspectiva, os favorecidos deveriam estar inseridos na sociedade reconhecendo seu estado de não cidadão demonstrando que não possuía acesso aos direitos e que precisava ser amparado. Nesse contexto TEIXEIRA (1995) nomeia como “Cidadania Invertida”.

Foi só a partir da década de 1960 que teve início uma considerável expansão da Assistência Social no Brasil, inclusive em relação ao número de escolas de Serviço Social. Segundo Marilda Iamamoto e Raul de Carvalho este período se caracterizou por debates, com tendências contestadoras e inovadoras, deixando de ser o Serviço Social uma instituição essencialmente conservadora, passando por um processo de “modernização”, pois.

Esse processo de revisão da profissão é uma exigência da realidade, uma vez que, para atender as demandas, torna-se indispensável à adoção de padrões e técnicas modernas que se contraponham àquilo que poderia oferecer o chamado ‘Serviço Social tradicional’. Essa modernização se caracterizará pela preocupação com o aperfeiçoamento do instrumental técnico, de metodologias de ação, da busca de padrões de eficiência, sofisticação dos modelos de análise e diagnóstico. (IAMAMOTO e CAVALHO, 2003, p. 359).

É de fundamental relevância destacar que a seguridade social tem sua genesis desde os primórdios das Constituições Federais com textos inseridos na construção da Constituição de 1824, que teve o conceito de socorro público concebido como caridade; se manteve na constituinte de 1891 com instituído de execução no âmbito da administração pública; na constituição de 1934, tomou o formato previdenciário na forma de seguro social, no qual os trabalhadores contribuem mensalmente, assim como os empresários e o próprio Estado em troca de direito dos trabalhadores, sendo aperfeiçoado e modificado na constituição de 1988.

A Constituição de 1988, promulgada após a redemocratização do País nasce denodada, dos anseios da população por políticas públicas diferenciadas, e por parte da grande mobilização de vários setores, assim como a sociedade civil.

Possibilitando que a assistência social fosse trabalhada como Política Pública e com responsabilização do Estado pela sua efetivação, não restringindo se mais a mesma, apenas no campo da “caridade” ou benesse, segundo Sposati “A história do

Estado Social brasileiro revela o funcionamento da assistência social como área de transição de atenções, sem efetivá-las como plena responsabilidade estatal e campo de consolidação dos direitos sociais” (SPOSATI, 2009, p.14).

Conquanto, Sposati defende que o modelo de proteção social ainda não está pronto, ele ainda está em construção e por isso demanda muito esforço para que a concepção de proteção social, visando direito de todos, venha se consolidar. A construção desse modelo de proteção social deve ser apreendida em foco dos seus elementos constitutivos no sentido de que estes possam mudar a realidade existente.

Para tanto, em consonância com as peculiaridades do Brasil e as suas diversidades se faz imprescindível a adequação da proteção social não contributiva à realidade de cada território e/ou região como defende Sposati “o modelo de proteção social sofre forte influência da territorialidade, pois ele só se instala, e opera, a partir de forças vivas e de ações com sujeitos reais” (SPOSATI, 2009, p. 17).

Essa proposta de direitos foi o fator preponderante na Gênese do SUAS nas discussões da IV Conferência Nacional de Assistência Social que aconteceu no ano de 2003, no que foi deliberado a implementação do SUAS no Brasil. A qual foram definidas condicionalidades das ações dos conselhos e um conjunto de organismos envolvidos na formação do processo de gestão das políticas públicas.

A assistência social, como toda política social, possui um campo de forças entre concepções, interesses, perspectivas, tradições. Seu processo de efetivação como política de direitos não escapa do movimento histórico entre as relações de forças sociais, é firmada como política pública que deve atender a todos, se configurando, desta forma, como direito de cidadania. Rompendo com a noção de que as necessidades sociais devem ser atendidas, primordialmente, pela família e pela comunidade.

A concepção da política de assistência social no Brasil é fruto de uma construção histórica e está diretamente relacionada às transformações societárias contemporâneas na economia e da própria política social.

A história da política social brasileira é marcada pela focalização, fragmentação, descontinuidade e insuficiência, face aos interesses da burguesia, em associação à necessidade de legitimação do Estado diante dos conflitos de classe que se instauraram na nova ordem do capital, que se estabeleceram as políticas

sociais. Ou seja, como estratégia de enfretamento à questão social, um mecanismo tomado como eficiente para aplacar os conflitos que pudessem por em xeque a ordem societária estabelecida.

Neste sentido, é que as autoras Behring e Boschetti afirmam que:

[...] é importante compreendermos os fundamentos da generalização das políticas sociais naquelas condições históricas determinadas. O capitalismo tardio ou maduro caracteriza-se por um intenso processo de monopolização do capital, pela intervenção do Estado na economia e no livre momento do mercado, construindo-se oligopólios privados (empresas) e estatais (empresas e funções públicas), e expande-se após a crise de 1929-1932 e, após a Segunda Guerra Mundial. (BEHRING & BOSCHETTI, 2011. p. 82).

Tal direito é ratificado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742 de 1993 e, pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), 2005, que por meio de um sistema descentralizado e participativo contribuem na criação de medidas que assistem e defendem os cidadãos que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Cabe à proteção social não contributiva executar a prevenção no pressuposto de conduzir à segurança social e aos direitos sociais.

A LOAS assegura a assistência social à população, além de sintetizar e institucionalizar os serviços assistências às famílias que se encontra em situação de vulnerabilidade⁴ ou risco social⁵. A garantia dessa lei permite aos profissionais se debruçarem “ganhando forças” para a incansável busca de garantir direitos e fazer valer as políticas públicas.

Além disso, permite também a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos das classes trabalhadoras; na defesa da radicalização da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; no posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegurem universalidade de acesso aos bens e serviços, bem como sua gestão democrática; e no empenho para a eliminação de todas as formas de preconceitos (CFESS, 2009).

⁴ Entender o conceito da vulnerabilidade é de extrema necessidade levando em consideração o SUAS, portanto mais adiante o tema será discutido no que se refere a promoção da proteção social.

⁵ Consequentemente o assunto inerente ao risco social também fará parte da discussão a relevância de discorrer sobre esses dois elementos.

Para (SPOSATI 2007) a LOAS está ancorada em sua política baseada nos direitos à Assistência Social fundamentada em seus mecanismos participativos de Deliberação. Tal esforço tendeu na reorganização e competências das esferas governamentais norteando os órgãos envolvidos e provocando um avanço na descentralização política, administrativa e recentemente a fiscal.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS⁶, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS e do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, decide elaborar, aprovar e tornar pública a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, demonstrando a intenção de construir coletivamente o redesenho desta política, na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

Portanto, amparada em estatutos legais, é instituída a Política Nacional de Assistência Social - PNAS que como política pública de direito social é assegurada pela Constituição, sistematizada e aprovada a partir do SUAS, e normatizada pela LOAS, a qual garante a universalidade dos direitos sociais e o acesso aos serviços socioassistenciais, para melhor elucidação.

Portanto nesse panorama institucional, a assistência social passou de política de ação de assistencialismo para política social pública, direito social.

Nessa perspectiva a Política Nacional de Assistência Social (PNAS 2004), diz que: “a inserção na Seguridade Social aponta, também, para seu caráter de política de proteção social⁷ articulada a outras políticas do campo social, voltadas à garantia de direitos e de condições dignas de vida” (p.31).

Promovendo uma proteção detentora em três aspectos, tanto na proteção social, quanto na vigilância social e na defesa socioassistencial. Um ordenamento que expressa a responsabilidade da assistência social ao ser incluída no campo da seguridade social, ao lado da saúde e da previdência social.

⁶O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) promove o acesso à assistência social às famílias em situação de vulnerabilidade, como prevê o Sistema Único de Assistência Social (Suas). Articulada nas três esferas de governo, a estratégia de atuação está hierarquizada em dois eixos: a Proteção Social Básica, que tem como objetivo a prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e a Proteção Social Especial que destina-se a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, cujos direitos tenham sido violados ou ameaçados.

⁷ Define-se como proteção social o conjunto de iniciativas de políticas públicas, que garantam a inclusão a todos os cidadãos que encontram-se em situação de vulnerabilidade e/ou em situação de risco, inserindo-os na rede de Proteção Social local. A Proteção Social é hierarquizada em Básica e Especial.

A Assistência social em seu aspecto de transformações e conquistas passa a adotar as noções de vigilância presente nos dias atuais e estabelece modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população, seja em sua totalidade, ou em suas especificidades locais.

A estruturação da vigilância socioassistencial apresenta característica de intervenção sobre problemas que requeiram atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações protetiva quanto na atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações.

De acordo com o PNAS o sistema de proteção social está dividido em Proteção Social Básica e Proteção Social a Especial de média e alta complexidade essas são definidas de acordo as suas peculiaridades. Sendo que a Proteção Social Básica ampara as famílias ou indivíduos que estão em situação de vulnerabilidade social, prevenindo situações de risco social, e nesse contexto desenvolver o fortalecimento dos vínculos familiares.

Associado a isso são oferecidos serviços, programas e projetos e locais de acolhimento que motivem a socialização familiar. E compõe os Benefícios de Prestação Continuada, assim como os benefícios eventuais também fazem parte dessa proteção o programa PAIF⁸ – Programa de Atenção as Famílias e o PBF Programa Bolsa Família, salientando que esse último representa um dos principais programas de transferência de renda. Essas ações são ofertadas pelo CRAS - Centro de Referência de Assistência Social.

Já a Proteção Social Especial, age na área da proteção na qual o indivíduo sofre situações de risco pessoal ou social tais como: abuso, maus tratos, abandono, situações de ruas, dependência de substancia química, trabalho infantil dentre outros. A proteção especial atende a alta e média complexidade e são ofertados pelos CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

O Centro de referência de Assistência Social- CRAS é responsável pela oferta contida na proposta da Proteção Social Básica, suas instalações estão localizadas nas áreas que apresentam maior vulnerabilidade e compõe como principal objetivo

⁸O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF foi criado em 18 de Abril de 2004(Portaria nº78), pelo MDS, como aprimoramento da proposta do Plano Nacional de Atendimento Integrado à família. Em 19 de Maio de 2004(Decreto 5085), tornou-se “Ação Continuada de Assistência Social”,

prevenir a situação de vulnerabilidade e riscos sociais por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Seu credenciamento está vinculado diretamente ao PAIF (Proteção e Atendimento Integral a Família). Tem como eixos estruturantes a Matricialidade Sociofamiliar que atribui à centralidade da família como núcleo fundamental para efetividade de todas as ações e serviços da política de assistência social e territorialização, que se refere ao território como fator determinante para compreensão das situações de vulnerabilidade e risco sociais, bem como para identificação e estímulo de potencialidades.

Na Proteção Social Básica, o trabalho com famílias deve compreender os diferentes arranjos familiares, superando a visão de um único modelo familiar, baseado na família nuclear, e considerando que é função básica da família prover a proteção e a socialização dos seus membros, constituindo-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais.

O predomínio da oferta está sensível as vitimizações, fragilidades, contingências, vulnerabilidades e riscos que os cidadãos e suas famílias enfrentam na trajetória de seu ciclo de vida, por decorrência de imposições sociais, econômicas, políticas e de ofensas à dignidade humana, se instaura na perspectiva de prover um leque de serviços e benefícios a indivíduos e grupos de forma universal.

Conforme guia de Orientação Técnica o CRAS “é também uma unidade efetivadora de referencia e contra referencia do usuário na rede socioassistencial do SUAS, gerenciado pelo ente municipal”.

A PNAS, na implantação do CRAS, leva em conta diversos aspectos que justificam e potencializa sua realização, desta forma, a Política regula e traça um perfil dos municípios subdividindo-os pelo porte populacional, sendo suas categorias. Cada município deve identificar os territórios de vulnerabilidade social e neles implantar um CRAS, a fim de aproximar os serviços oferecidos aos usuários. O CRAS deve ser instalado próximo ao local de maior concentração de famílias em situação de vulnerabilidade.

Para fins de partilha dos recursos da União, a NOB-SUAS vigente estipula o número mínimo de CRAS de acordo com o porte do município. A seguir,

apresentado na tabela 01, que exemplifica esta distribuição, levando, também em consideração o número de famílias referenciadas (unidade de medida de famílias que vivem nos territórios de abrangência dos CRAS e que são elegíveis ao atendimento ofertado pelo Centro). A tabela abaixo, exemplifica esta distribuição:

Tabela 1 Proporção de CRAS por quantidade de famílias referenciadas e porte do município

Porte dos Municípios	Proporção
Pequenos I (Até 20.000 hab.)	Mínimo de um CRAS para até 2.500 famílias referenciadas
Pequenos II (de 20.001 a 50.000 hab.)	Mínimo de um CRAS para até 3.500 famílias referenciadas
Médios (de 50.001 a 100.000 hab.)	Mínimo de dois CRAS, cada um para até 5.000 famílias Referenciadas
Grandes (de 100.001 a 900.000 hab.)	Mínimo de quatro CRAS, cada um para até 5.000 famílias Referenciadas
Metrópoles (Superior a 900.000 hab.)	Mínimo de oito CRAS, cada um para até 5.000 famílias Referenciadas

Fonte: Adaptado da PNAS, 2004.

A funcionalidade do CRAS segue uma lógica, munido de fluxogramas, atenção e acompanhamento do usuário através das visitas domiciliares, das entrevistas, dos relatórios e pareceres dentre outros. São utilizados todos os recursos para a promoção da socialização, reabilitação e a promoção da assistência social.

Potencialmente a equipe do CRAS sob o comando do gestor municipal de Assistência Social, deve agenciar diálogos com a rede de Proteção Social, no sentido de promover a intersetorialidade, deve também prestar informações e orientações aos cidadãos inerentes a sua área de abrangência. Além de fazer encaminhamentos quando necessários a outros serviços.

Para tanto, esta equipe é constituída por uma equipe de referência, que deverá ser composta por servidores públicos efetivos, visando garantir a continuidade, eficácia e efetividade dos programas, serviços e projetos ofertados pelo CRAS, proporcionando a diminuição da rotatividade de profissionais e permitindo o processo de capacitação continuada dos mesmos.

Embora diante do exposto deve-se frisar que essa orientação não corresponde à realidade da maioria dos CRAS, e observado que a descontinuidade

dos serviços é prática corrente do setor público. A equipe do CRAS é regida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS e o número de profissionais depende do número de famílias referenciadas.

Seguindo a evolução normativa das ações protetivas, destaca-se a relevância da promulgação da Lei 12.435 de 2011, que alterou a LOAS, incluindo o SUAS, as unidades de referência, serviços e programas socioassistenciais na legislação nacional. Também introduziu novos dispositivos relacionados ao Benefício de Prestação Continuada — BPC e financiamento do sistema.

A aprovação da NOB/2012 (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social/2012) que em seu conteúdo orienta o desempenho dos diferentes atores do Sistema, definindo ainda o papel dos entes federados e as responsabilidades das instâncias de pactuação e deliberação do sistema, condensou ainda mais o conteúdo da política de Assistência Social, firmando instrumentos de aprimoramento de gestão do SUAS e de qualificação da oferta de serviços, sob a ótica do planejamento e monitoramento, avançando na função de vigilância socioassistencial, no aperfeiçoamento da definição das responsabilidades dos entes federativos.

Em sua apresentação a NOB/2012, explicita sua função, da seguinte forma:

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB SUAS) disciplina a gestão pública da Política de Assistência em todo território brasileiro, exercida de forma sistêmica pelos entes federativos, em consonância com a Constituição Federal, de 1988, e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993. Assim, a aprovação de um novo texto é um evento de destaque, não apenas para a área, mas para toda a sociedade brasileira.

Em se tratando das diretrizes (aqui entendidas como instruções ou indicações para se estabelecer um plano, uma ação) é importante verificar que no que se refere às LOAS e ao PNAS, estas diretrizes não divergem em muito, apontando, em ambas, para a descentralização política e administrativa, para a participação popular no controle social das políticas e enfatizando a responsabilidade do Estado na implementação destas políticas. O diferencial está na centralidade da família, proposta pela PNAS, que se configura como um dos mecanismos de organização essenciais e imprescindíveis a este sistema. Este fato deve-se à mudança do papel da família nesta sociedade capitalista. De acordo com

Mioto, “[...] a Assistência Social estabelece-se ou aparece no momento em que a família fracassa na provisão do bem-estar social para os seus membros” (2011, p. 110),

A tabela abaixo sistematiza de forma simplificada as normatizações regidas em ambas as leis, no qual uma respalda a outra nas discussões :

TABELA2 As diretrizes entre a LOAS e do PNAS.

LOAS	PNAS
I - político-administrativa de descentralização para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, ações de comandos em cada esfera de governo;	I- refere à político-administrativa de Descentralização, cabendo à coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social, garantindo o comando único das ações em cada esfera de governo, respeitando-se as diferenças e as características socioterritoriais locais.
II – A população tem participação, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;	II – Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.
III – prioriza a responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera do governo.	III – Prioriza a responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo
	IV– A família na centralidade para implementação e concepção dos benefícios, serviços, programas e projetos.

Fonte: Adaptado da Revista O social em questão

Vale ressaltar que a NOB/SUAS é responsável por avanços significativos, como a implantação dos pisos de proteção no financiamento da assistência social e o respeito à diversidade nacional.

Nesses termos, faz parte da seguridade social, na sua área vinculada a Gestão SUAS que tem como função a vigilância, cabendo olhar para o país inteiro em seus territórios, através de diagnósticos socioterritoriais, para produzir sistematizar e analisar, se a famílias estão dando conta ou precisam da proteção do Estado, ou se existe alguma criança ou idoso necessitando de ajuda, e cabe à vigilância sócioassistencial identificar. O SUAS representa um grande avanço e traduz a política de Assistência Social enquanto alicerçadora de direitos, através de uma estrutura político-administrativa descentralizada

A autora Sposati coloca ainda que:

O SUAS não é um programa, mas uma nova ordenação da gestão da assistência social como política pública [...] é uma forma pactuada que refere o processo de gestão da assistência social, antes de iniciativa isolada de cada ente federativo, a uma compreensão política unificada dos três entes federativos quanto ao seu conteúdo (serviços e benefícios) que competem a um órgão público afiançar ao cidadão (SPOSATI, 2005, p.111).

Segundo o guia de políticas e programas do Ministério do desenvolvimento social e combate a fome- MDS, a assistência social, a partir da Constituição Federal de 1988 passou a integrar o sistema de Seguridade Social, como uma política pública não contributiva.

Destarte, nesse cenário de direitos, impetrou-se a proteção social não contributiva no qual o beneficiário não contribui de forma direta, obviamente este não deixa de ser contribuinte, porque esses recursos provêm de toda arrecadação de impostos que é pago por todos os cidadãos. Vale ressaltar que este tipo de proteção social não exige contra partida, mas possui algumas condicionalidades, ou seja, algumas exigências para garantir esse direito.

Universalidade, supremacia do atendimento às necessidades sociais, respeito à dignidade do cidadão, igualdade de direito no acesso ao atendimento, divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos; entre outros são os princípios básicos trazidos pela legislação e Assistência Social. Embora existência, ainda uma grande e desafiadora trajetória para essa real efetivação.

No Brasil, historicamente, as políticas sociais estiveram submetidas às necessidades da política econômica, a serviço dos interesses das elites e do processo de produção capitalista. Portanto, para amenizar este quadro é necessário que os espaços de controle social – Conselhos e Conferências – fóruns privilegiados para a defesa da Seguridade Social e da Política de Assistência Social, realmente funcionem, possibilitando que a legislação, seja posta em pleno funcionamento de forma a garantir a plena cidadania aos cidadãos brasileiros.

A tabela apresentada mostra de forma cronológica as transformações ocorridas com as criações das leis representando amparo social para atender a questão social e suas expressões. Nele estão expostos, de forma resumida, os principais avanços em termos de legislação da década de 1930 até nossos dias.

TABELA 3 Principais Marcos da Assistência Social

ANO	MARCOS LEGAIS
1938	Criação do Conselho Nacional do Serviço Social (CNSS)
1942	Instituída a Legião Brasileira da Assistência (LBA)
1985	Construção do modelo de Seguridade Social no Brasil
1988	Promulgação da Constituição Federal (CF)
1993	Criação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)
1994	Estudos para a Construção de uma redação preliminar da Política Nacional da Assistência Social (PNAS)
1995	Realização da I Conferência da Assistência Social
1997	Proposta Preliminar para a Construção da PNAS
1997	Criação da I Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB)
1998	Formulação (PNAS)
1998	Criação da II NOB
2003	Realização da IV Conferência da Assistência Social e aprovação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)
2004	Aprovação da nova PNAS
2005	Implantação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e a criação da NOB/SUAS
2006	Construção da Norma Operacional Básica – Recursos Humanos NOBRH/SUAS
2009	Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais
2011	Regulamentação do SUAS

Fonte: Sposati 2006⁷. Tabela Elaborada pela Autora 2011

Portanto nesse bojo de garantir direitos sociais existe um leque de abordagens que precisam ser percebidos e acatados, pois vão além de responder ações pertinentes as necessidades básicas dos homens, mais uma resposta efetiva em torno de todos com a promoção de medidas eficaz, pensadas para longo prazo que possa garantir direitos sociais de fato.

Desta vontade de consolidar os direitos engendrados, na saúde, previdência e assistência social, advinda dos anseios de todo um país e conquistado com muitas lutas, nasceu o SUS (Sistema Único de Saúde), Antes o direito a saúde era assegurado apenas aos que possuíam carteira assinada. O restante da população ficava à mercê das instituições de caridade e a filantropia ligada à igreja.

Movido pelo engajamento da sociedade diante dessa percepção, a Reforma Sanitária Brasileira é gestada e tinha como proposta num momento de intensas

mudanças pretendendo ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no país. O questionamento se dava acerca da concepção de saúde restrita à condição biológica e individual.

O berço das ideias de mudança deu-se início no movimento de Reforma Sanitária que teve como alvo lutar contra a ditadura. Na esteira deste processo democrático constituinte, o chamado movimento sanitário tinha proposições concretas, a primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão na qual contou com a mobilização social ocorrida durante o período de redemocratização do país.

Empreendendo a construção dos movimentos fomentados por vários segmentos da sociedade a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi realizada no ano de 1986, contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. E pela primeira vez mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o país.

Em consonância a VIII Conferência Nacional de Saúde estabeleceu o marco político e conceitual para a orientação do processo de transformação do setor da saúde, assim como a concepção de Estado democrático de direito que trouxe ideias promissoras para o campo da política social brasileira.

Para entender a processualidade dos eventos no sentido de observar o panorama da conjuntura que antecede a implantação do SUS e suas intempéries.

O processo de consolidação do SUS implicou em mudanças na legislação brasileira, buscando uma melhor implementação do sistema onde possibilitasse acompanhar as transformações econômicas e sociais do Brasil. O direito à saúde, afirmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, está claro na Constituição Federal de 1988 que define a Saúde como direito de todos e dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde – SUS. Permitindo um maior enfoque quanto à questão econômica que se apresentava como fator dominante com relação às políticas públicas como Bravo salienta muito bem:

Os estudos enfatizaram a análise das transformações ocorridas no setor saúde, relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e higiene da população, dificultando seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e

outros danos à saúde. O debate colocou a relação da prática em saúde com a estrutura de classes, sofrendo a determinação estrutural e conjuntural da sociedade (BRAVO, 2011, p. 76 e77).

Antes do SUS, a saúde possuía um perfil privatista que atendia um grupo seleto da população, os trabalhadores de carteira assinada, e as classes que possuíam um maior poder aquisitivo. Os detentores dos atendimentos eram os que contribuíam na Previdência Social. Os menos abastados dependiam da caridade das instituições filantrópicas com seu perfil curativo como o caso das Santas Casas de Misericórdias que em sua maioria não conseguia atender as demandas.

As políticas da época eram centralizadoras cabendo a responsabilidade das ações exclusivamente ao Governo Federal, sem a participação do usuário. A saúde era ofertada na forma de atendimento Assistência Médico-Hospitalar, acreditando que saúde representa ausência de doenças. No decorrer da década de 1970, a saúde era baseada quase que totalmente no sistema de estrutura privado, alicerçado na medicina curativa, associada à contribuição previdenciária, restringindo a cobertura à população formalmente vinculada ao mercado de trabalho.

Outro fator preponderante era a vasta extensão territorial do país, se tornando complexa a aplicação das políticas públicas devido à grande abrangência do território nacional. Particularmente nos casos em que a situação de diversidade representando à existência de marcantes desigualdades e exclusão social. Nesses casos, acentua-se a importância do papel das políticas sociais de redistribuição, redução das desigualdades e iniquidades nas regiões menos favorecidas, garantindo dessa maneira à inclusão social e o pronto atendimento a saúde.

No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área assim como as diversidades das necessidades de saúde na população, os diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades, múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos.

Nessa época a maior atuação do poder público se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Foram criados vários institutos dentre esses o Instituto de Aposentadoria e Pensões, conhecido como IAPS, juntamente com varias categorias dos profissionais

organizados de diferentes ramos e segmentos que mais tarde foi denominado de Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), que em seu processo originou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O INAMPS tinha como finalidade a responsabilidade de prestar assistência à saúde aos seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários. Embora esses novos modelos, de forma geral, não amparava a população em sua totalidade. Para ROSA e LABATE (2005), varias mudanças ocorrem no sistema previdenciário dentre eles a separação da assistência médica do benefício.

Com a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), na década de 70 foram organizados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), além da reorganização dos órgãos de assistência social (LBA e FUNABEM) e da constituição de uma empresa de processamento de dados (DATAPREV). Essa reorganização significou, também, um novo momento de concentração do poder econômico e político no sistema previdenciário. (ROSA e LABATE, 2005 p.1029).

Portanto, nesse aspecto quanto maior as arrecadações dos benefícios previdenciários, maiores representavam as relações formais de trabalho. E havia como indicativo o desenvolvimento econômico de cada estado, cabendo a esse maior fatia do bolo. O percentual das regiões onde havia maiores investimentos aplicados era nas regiões Sul e Sudeste, conseqüentemente pelo fato dessas regiões possuírem maior contribuição acabavam por receber mais recursos para garantir à assistência a população dessas duas regiões.

A distribuição dos repasses era realizada por meio da centralidade, cabendo à união a responsabilidade desses pagamentos, conforme a visão do neoliberalismo onde a desigualdade social representa sua marca registra.

A tabela a seguir faz uma amostragem do como se aplicava os recursos distribuídos em cada região.

Tabela 4 Desigualdades Regionais nos Gastos com Assistência Médica no Brasil em 1986

REGIÃO	Gasto da região sobre total do País (%)	População da Região sobre total do País (%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	50,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
BRASIL	100,00	100,00

Fonte: INAMPS/Secretaria de Planejamento / DIS – 1987.

Como percebido na ilustração a região Sudeste apresenta um gasto com maior percentual, portanto a que recebeu os maiores recursos, em contra partida as regiões do Norte e Nordeste, advindas das populações com maior indicativo da pobreza receberam as menores verbas.

Nesse sentido as discrepâncias territoriais e as intempéries das desigualdades incitaram parte da população a lutar pela universalização da saúde, atribuído as constantes crises da assistência médica também do sistema previdenciário. Começa então a ser construído um sistema de saúde que promova cobertura universal. Nesse ínterim os anos 1980 a 1983 foram denominados como o ano da crise previdenciária.

Os primórdios Legais da Constituição Federal de 1988 se deram com a fissura engendrada no meio do modelo conservador dominante, que era favorável a colocação do Estado relacionado nova política de saúde.

Contudo a constituição de 1988 aprimora, define, e evolui ao compreender que fatores externos como moradia, lazer, segurança podem garantir saúde e a ausência destes, podem desencadear doenças, essa especificidade lida diretamente em promover prevenção à saúde.

Reconhecendo que saúde se faz com prevenção e participação de todos, o INAMPS foi extinto quase três anos depois da promulgação do SUS na forma da Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993. Dessa forma o SUS assumiu seu papel atuando na assistência à saúde no seu caráter universal de acordo com as competências estabelecidas dispostas nas Leis nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Embora o SUS esteja em seu processo constante de efetivação vários instrumentos existiram para a construção do SUS atual, um desses aparatos são as Conferências Nacionais de Saúde. Cabendo a 11ª Conferência seu papel de destaque, pois ratificou a responsabilidade do SUS na classificação da formação dos recursos humanos para a área e aprovou a NOB Normais Operacionais Básicas que explanava como base “para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população” (BRASIL, 2002, p. 10).

Na formação das diretrizes varias NOB's foram instituídas no sentido de fomentar as regras e estabelecer normativas que direcionasse tanto a participação da população quanto as ações inerentes a cada profissional da saúde. Recomendando, também, acerca dos repasses dos recursos agora descentralizados. Esses recursos através da União são repassados para os estados e municípios. Igualmente foi normatizada a criação dos Conselhos de Saúde e Fundos Municipais. Assim como a criação do plano municipal de saúde.

Nessa proposta cabe a NOB deixar de forma clara e sucinta a diferença entre gerência e gestão. As NOB's representam fundamentos jurídicos e normativos para a efetivação do SUS. A NOB/91 forneceu instruções para a implementação do SUS apontando os responsáveis pela sua operacionalização, e indicava os mecanismos de financiamentos do SUS, esses recursos eram repassados pelo INAMPS aos estados e municípios.

Já a NOB/ 92 normatiza a assistência à saúde, e fomentava o desenvolvimento do sistema norteando os instrumentos concretos operacionais para à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Quanto a NOB/93 Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Enquanto que a NOB/96 Redefine o modelo de gestão do SUS, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

De forma resumida, podemos dizer que A NOB organiza o modelo da proteção social, normatizando e operacionalizando os princípios e diretrizes de descentralização da gestão e execução dos serviços, programas, projetos e benefícios. Seu conteúdo visa, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do Sistema: à definição de estratégias que orientem a sua

operacionalidade; orientações de gestão ;responsabilidades, e formas de adesão dos entes; cofinanciamento; e o papel das instâncias de pactuação e deliberação.

Em seu artigo intitulado Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde, Scatena e Tanaka colocam que:

As NOB, mesmo quando discutidas em outros níveis, são instrumentos normalizadores elaborados pelo poder executivo federal e editados na forma de portaria ou resolução ministerial, adquirindo status de lei e orientando a implementação do SUS em todo o território nacional. Neste sentido, deveriam ser instrumentos que definissem as bases e princípios fundamentais sobre os quais União, estados e municípios construiriam seus Sistemas de Saúde. (...) Essa situação permite supor que as NOB estão se configurando como instrumentos definidores do modelo de atenção à saúde e direcionadores de políticas públicas para o setor saúde, transcendendo o seu papel regulador. (SCATENA E TANAKA,2001,p.47).

Com vista em alcançar objetivos eficazes e efetivos na materialização da gerência do Sistema de Saúde a NOAS/SUS (Normas Operacionais da Assistência a Saúde) traz em sua conjuntura uma composição de estratégias, na ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica.

Até aqui, no processo de implantação do SUS, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1.991, NOB SUS 1.992, NOB SUS 1.993 e NOB SUS 1.996.). No ano 2.001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS/01). Estas normas são apresentadas a seguir na tabela 5, destacando para os aspectos formais e características do financiamento.

Tabela 5 Normas Operacionais de Assistência a Saúde do SUS, no período de 1991 a 2001.

NORMA	ATOS NORMATIVOS	RESPONSÁVEIS PELA ASSINATURA	DESCRITIVO DE FINANCIAMENTO	TEMPO DE VIGÊNCIA
NOB 01/91	Resolução 258de 01/91	Presidente do INAMPS	• Repasse condicionado à produção de serviços	Sete meses
	Resolução 273 de 07/91	Sec. Nac. de Ass. à Saúde e Presidente do INAMPS	• Iguale pagamento do prestador público ao privado	
NOB 01/92	Portaria 234 De 07/ 02/ 92	Secretario Nacional de Assistência a Saúde	• Repasse condicionado à produção de serviços	Um ano e quatro

		(acumulando a presidência do INAMPS)	<ul style="list-style-type: none"> Iguala pagamento do prestador público ao privado 	meses
NOB/93	Portaria MS/ GM nº545 de 20/05/93	Ministro da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Refere o repasse de recursos a municípios habilitados, mas não define os mecanismos e não rompe totalmente com a lógica do pós-pagamento. 	Três anos e seis meses
NOB 01/96	Portaria MS/ GM nº 2203 de 06/11/96 (Alterada p/ portarias nº (de 18/12/97)	Ministro da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Amplia transferência fundo a fundo Utiliza o per capita para o financiamento da atenção básica Define o pagamento de incentivos Propõe elaboração da PPI 	(Implantada a partir de janeiro de 1998 tendo vigorado até 26/01/01) três anos
NOAS 01/01	Portaria MS/GM nº 95 de 26/01/01	Ministro da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Amplia recursos para a atenção básica Institui per capita de alocação microrregional Aloca recursos para média e alta complexidade pela PPI Define financiamento diferenciado para a alta complexidade 	um ano e um mês

Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf Título-Construindo SUS a lógica do funcionamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas do governo **Autor-Renilson Rehem de Souza.**

A regionalização e a organização funcional do sistema são elementos predominantes para o êxito do sistema, citadas as regras os responsáveis passam a ser executores. Com quanto os regulamentos da NOAS preconiza a equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal.

Em geral, entende-se que as Políticas Públicas foram criadas como instrumento ou conjunto de ações dos Governos, elaboradas para o enfrentamento

dos problemas público. Sendo assim durante o governo do então presidente Itamar Franco, mais precisamente no ano de 1993, se inaugura como mais um instrumento das políticas públicas o Programa Saúde da Família.

Sua implementação de fato aconteceu em 25 de março de 1994, que possui em seu princípio basilar o atendimento multiprofissional em Unidades Básicas de Saúde, que atendessem o mais próximo das casas dos usuários. Nos dias atuais é denominado como Estratégia de Saúde da Família.

Desde sua origem até os dias atuais, e em suas demarcações possui aspectos que funciona a partir das definições territoriais. Segue um modelo de clientela de áreas delimitadas de modo que cada equipe é responsável pelo atendimento e acompanhamento da população adstrita. A territorialização é, portanto, um pressuposto básico do processo do trabalho e da gestão do PSF (Programa de Saúde da Família).

Essa lógica de delimitação territorial é propícia para a atuação dos serviços de saúde, tanto no que se refere a gerenciamento quanto às questões administrativas e econômicas. Existem vários conceitos sobre territorialização. Para Souza (2001), o território é um espaço definido por e a partir de relações de poder.

Para tanto o conceito de território na saúde vai muito mais além das representações de espaço. Nesse caso específico a territorialização gera subsídios para construir as estratégias de saúde, em consonância a possibilidade de através de mapeamentos, observar as áreas de abrangência da Saúde da Família, e atuar, com base nas ações de vigilância em saúde, possibilitando aos profissionais de saúde compreender a dinâmica que envolve o meio onde se estabelece o processo saúde/doença.

Em seu arcabouço o PSF inclui em suas ações, promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, lidando com um novo olhar frente às questões de saúde, agora não mais curativas, mas sua principal característica é a prevenção, analisar as singularidades de cada localidade/ou indivíduo e caso haja situações de risco a atuar antes que a doença se instale.

Nesse Projeto factível para consolidar, os PSF na inovadora Estratégia de Saúde da Família, nasce como política reorganizadora a Atenção Básica com seu suporte legal na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), construindo a saúde nas Unidades de Saúde da Família que fornece atendimento de forma generalizada

na saúde da mulher, saúde do idoso, da criança, no controle da hipertensão, diabetes, na saúde bucal tuberculose e hanseníase como também ações de promoção da saúde.

Cabe menção que, também, exerce ações inerentes à vigilância epidemiológica e sanitária. Elemento operativo a ser considerado, pois propõe um atendimento integral universal, igualitário dentre outros. na orientação do Ministério Público e (CONAS) Conselho Nacional de Secretários onde defende como “Um conjunto de intervenções de Saúde no âmbito individual e coletivo que envolve, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação”.

Contendo em seu caráter genérico o princípio da equidade imprescindível na garantia de direitos. Nesse momento, é importante salientarmos a diferença entre prevenção de doenças e promoção da saúde, lembrando que ambas são importantes para a condição de saúde. Enquanto a primeira trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, a promoção da saúde moderna visa incrementar a saúde e o bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população.

3 PRINCIPIO DA INTERSETORIALIDADE E AS AÇÕES DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA

A discussão sobre a Intersetorialidade neste capítulo, pretende contemplar a construção deste princípio na história das políticas públicas e sociais, enfatizando o âmbito da saúde e assistência social, na configuração abordada na constituição de 1988. A princípio corresponde como requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio das articulações entre as instituições e entre a sociedade civil.

O modelo esboçado na Constituição introduz no Brasil uma proposta inovadora no momento em que se almejava atender a população rompendo as estruturas institucionais que se mostravam fragmentadas e desarticuladas, para que pudessem dialogar em redes, propondo uma estratégia de atendimento ao usuário que respondesse a política social em sua integralidade.

De modo que através de registros e informações as efetivações dos atendimentos se consolidem, entendendo que as políticas não podem realizar ações isoladas e que a sociedade também deve estar presente nessa nova forma de fazer políticas sociais. Segundo Paim,

A intersetorialidade como prática de gestão na saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população (...). Intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de Rede, cuja prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. (PAIM, 2009, p. 121).

A intersetorialidade representa um pilar estruturante para a materialização das ações, haja vista que essa aponta para um novo modelo intersetorial que só possa existir de fato, referenciando a relevância de obter de forma concreta a proteção integral.

Ainda se trata de um princípio bastante desafiador haja vista a forma ainda fragmentada e desarticuladas de promover políticas. De modo que ainda existe um longo caminho a ser percorrido, mas os primeiros passos já estão sendo dados, um pouco paulatinos, mas fundamental para o avançar desse novo mecanismo.

As engrenagens estão presentes e tentam responder as necessidades sociais em sua totalidade, embora tais mecanismos ainda trabalhem com ineficiência, porque existem outros fatores que devem ser observados como; moradia, lazer, saneamento básico, educação, saúde, alimentação dentre outros.

E efetivamente garantir essa proteção integral ainda representa obstáculos a serem ultrapassados para a materialização das ações que seja capaz de responder as questões complexas apontadas na contemporaneidade, contemplando a diversidade social, característica marcante de nossa sociedade.

Nessa determinação da Constituição em que se promova direito e cidadania, emerge o amplo debate sobre a intersetorialidade da atenção nas diferentes políticas, especialmente na Saúde e na Assistência Social, vinculado à organização e gestão tanto dos sistemas destas políticas, como dos diferentes serviços destinados ao atendimento da população, referentes às mais diversas políticas sociais. Contempla a proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social.

Representando um grande desafio devido à configuração da descontinuidade das políticas públicas brasileira, o que impossibilita o atendimento das necessidades da população em sua totalidade. Abrangendo um leque de conceitos, abordagens e ideias que permeiam a discussão acerca desse princípio. IAMAMOTO, (2001) argumenta que a Seguridade Social brasileira contém na sua formulação a ideia da intersetorialidade. Todavia, esta não se concretizou.

3.1 O PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE

Segundo Paim (2009), intersetorialidade remete ao “conceito/ideia de rede”, além de permitir o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre as instituições e diferentes setores do governo, que atuam na produção da qualidade de vida e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a população.

Esses diálogos entre setores propõem a superação das fragmentações e agenciam modificações que geram novas formas de organização no território, e consequentemente contribuem para a melhoria dos atendimentos, nas condições de vida das pessoas e constrói de forma moderna operar a lógica da organização do saber de forma estratégica quebrando paradigmas e incorporando a interdisciplinaridade na análise global dos problemas, para que intervenha na promoção de práticas sociais eficientes, com relação à questão social e suas expressões.

O que representa um grande desafio, pois significa romper com as práticas, culturais, assim como, as tradições existentes na forma de promover assistência. Haja vista que a palavra intersetorialidade permite questionamentos de como efetivamente se dará sua aplicabilidade na prática, invocando sua abrangência e compreensão de que se pode atribuí-la aos mais diversos sentidos.

O que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de síntese de práticas. No entanto, sua possibilidade está na faculdade de reconhecimento dos limites de poder e de atuação dos setores, pessoas e instituições. Este reconhecimento de insuficiência não é propriamente uma facilidade para humanos, especialmente para quem goza das condições oferecidas pelo poder institucional (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006, p. 107).

Sendo assim o princípio possui definições legais e institucionais concebidas como um conjunto articulado de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, e nos níveis de complexidade do sistema.

Entre os diversos sentidos a intersetorialidade, está inserida no direito universal do usuário de ser atendido em suas necessidades. É identificado como um acompanhamento ampliado e diferenciado dos indivíduos.

[...] encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, possibilitando o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos. (PNAS, p.51, 2004)

A intersetorialidade é um conceito ampliado, uma vez que não é possível promover acesso e direitos sem suprir uma gama de necessidades sociais. O processo é legitimado através da Constituição que permite aos profissionais promover acesso à rede evidenciando ações que culminam na materialização dos serviços e, conseqüentemente, possibilitam a aplicação dos direitos sociais adquiridos através de conquistas, que não nos foram dadas por benesses, mas com engajamentos e lutas.

Portanto, ela rompe com a fragmentação da política social, ao proporcionar mudanças de fundo, isto é, de conceitos, valores, culturais e institucionais, ações e formas de prestações de serviços, além de um novo tipo de relação entre Estado e cidadão. Em seu escopo, busca estratégias de otimização em prol da prática social compartilhada, na qual requer pesquisa, planejamento e avaliação para realização de ações conjuntas.

Para tanto a operacionalização dessa proposta em sua construção demanda redes pertencentes a atribuições específicas de cada sistema político não propiciando a efetivação de garantia do acesso dos direitos sociais a todos. É, pois, necessário edificar uma “rede interpólicas sociais” (OLIVEIRA, 2001).

Todavia, como escreve Paim (2009), é ousado conceber um sistema que possua uma organização integrada, consolidada no atendimento, que incida sobre a necessidade de promover os serviços, imbricada em compartilhar objetivos comuns, e sua atuação deve se dar de forma agregada aos processos normativos de caráter coletivo. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e

diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população.

Essa ideia de rede abordada pelo princípio da intersetorialidade sugere uma ordenação na qual a materialização das ações dos sistemas construa um conjunto de relações estáveis na busca de alcançar metas de forma cooperativas, quebrando as antigas estruturas segmentadas tradicionais que se agarrava à lógica das atuações setoriais.

As mudanças introduzidas na Constituição de 1988 permitem visualizar que, no campo das políticas sociais, a saúde, se apresenta como a área que mais sofreu essas transformações.

Apesar de a universalização constituir-se em determinação legal, garantindo a todos os brasileiros, a atenção às necessidades de saúde, e a assistência social, os resultados alcançados até hoje, ainda tem sido excludentes, na medida em que a inclusão das camadas populares foi acompanhada pelo racionamento dos gastos por parte do Estado, ocasionando o sucateamento da atenção prestada. Para Marilda Iamamoto

Há um dismantelamento dos preceitos constitucionais que estabelecem à universalização e a integralidade das políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência, sobretudo com a adoção do ideário neoliberal (IAMAMOTO, 2001, p. 34).

De fato, a Constituição com essa proposta de descentralização traz algo inovador e desafiador ao mesmo tempo, tanto na área da saúde como na Assistência Social, muito embora, tenha sido uma das estratégias mais utilizadas no processo de viabilização de direitos dos usuários das políticas públicas.

Partindo desse pressuposto a expectativa dessa estratégia é promover articulações e arrumações intersetoriais, no sentido de agregar apoios através de parcerias entre diferentes setores e seguimentos sociais para o fortalecimento das ações da rede, amparando a assistência social na promoção articulada das ações e atuando nas mais diversas expressões da questão social dialogando dessa maneira com a educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, também as três esferas de governo, assim como as organizações comunitárias dentre outros setores.

Como defende Paim, Intersetorialidade remete, também, ao conceito/ideia de Rede, cuja prática requer articulações, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. (PAIM, 2009, p. 121). Trata-se de um princípio bastante desafiador haja vista a formação das ações na gênese das políticas sociais que apresenta resquícios tradicionais setoriais e desarticulados. Além de ser uma proposta bastante audaciosa, colocando todo um processo criativo de engajamentos a um novo objeto de intervenção comum aos diferentes setores do Estado que lidam com a questão social.

Oportuno, também, destacar que cada sujeito apresenta múltiplas realidades e a subjetividade está presente nas relações, no qual estes agora saem do seu lugar de invisibilidade e passam a ser protagonistas da nova ordem social.

Há uma inquietação no interior do aparelho do Estado sobre como trabalhar com a complexidade. Sobre a intersetorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridos pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (ANDRADE, 2006, p. 280).

Promovendo o contrário do que antes era ofertado, o que ora é apresentado pelo princípio da intersetorialidade, se propõe a articulação de saberes e experiências visando à superação de problemas complexos, bem como a elaboração de políticas que ultrapassem a fragmentação das ações governamentais e contribuam para garantir a eficiência e a eficácia dessas políticas e fomentar participação do cidadão na gestão pública, na perspectiva da promoção do desenvolvimento social, ao tempo em que respeita as singularidades tão marcantes em nosso país.

A particularidade acerca desse princípio está em que os profissionais assim como a sociedade possam trabalhar, articulando ações conjuntas garantindo a universalidade dos direitos e assegurando a todos proteção social.

3.1 A INTERSETORIALIDADE NO ÂMBITO DO SUAS E DO SUS

O sistema de proteção da saúde vigente SUS (Sistema Único de Saúde) foi sendo construído desde meados da década de 1980, com um processo gradual,

quando os serviços de proteção à saúde foram transferidos da Previdência Social, para o Ministério da Saúde. A descentralização gradativa aconteceu cabendo aos estados e município garantir a efetivação dos serviços.

Essa ampla concepção abarcada por vários setores esta presente e marcado no SUAS que materializa, define e organiza os elementos essenciais para a execução das políticas inerentes a Assistência Social, atuando na normatização das ações assim como na qualificação dos serviços.

A descentralização e a intersectorialidade mostram-se como princípios organizadores do SUAS regidos pelas três esferas governamentais determinantes para a existência da descentralização instituída na constituição de 1988. O estado federativo é o articulador da unidade nacional.

Art. 12º Compete à União: I - responder pela concessão e manutenção dos benefícios de prestação continuada definidos no art. 203 da Constituição Federal; II - cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito nacional. (BRASIL, 1993)

Cabendo aos estados e municípios o gerenciamento dos recursos destinados onde a regionalização é fator preponderante na administração dos orçamentos, pois a realidade de cada município é revelado pelas suas particularidades, experiência específica e diversificada quanto à forma, tempo de organização, capacidades operacionais, dinâmicas e políticas próprias, e principalmente, a capacidade de organização e pressão da sociedade civil. Assim a descentralização assume seu papel de fundamental importância nesse novo conceito político, como afirmam Sposati e Falcão.

[...] é associada com a reforma de Estado, isto é, uma nova relação entre Estado – Sociedade civil, Governo Povo, em que a autonomia das organizações governamentais locais venha a ser a possibilidade real de exercício do controle popular e exercício de sua capacidade de influência nas decisões.(1990, p. 14):

Passa a ser via de regra que o SUAS conduza a concepção de redes descentralizadas, numa compreensão territorial e intersectorial, buscando romper com a fragmentação na prática dessa política, elaborando as estruturas com suas bases matriciais, especialmente a territorialização e a hierarquização das atenções, de acordo com as situações apresentadas, em níveis de proteção básica e especial.

Assim sendo, o SUAS rege as vias organizacionais e suas articulações na intersetorialidade, entre sua competência e os demais sistemas que compõe a gestão das políticas. Dentre eles o (SUS) Sistema Único de Saúde, o Sistema Previdenciário também o Sistema Educacional dentre outros.

Existem vários fatores essenciais para a consolidação de uma efetiva articulação setorial no qual a intersetorialidade precisa acontecer concomitantemente, e devido à abrangência dos setores e particularidades existentes há dificuldades de reconhecimento de ações intersetoriais na execução da proteção Social. Na prática do próprio fazer profissional do Assistente Social dá aparatos para a realização das articulações do trabalho pautado na intersetorialidade.

Para (COSTA, 2006) o trabalho do assistente social, a partir de sua formação e intervenção, demonstra ter capacidade para restabelecer o elo entre profissões e setores. Igualmente a vigilância socioassistencial possui em seu arcabouço regras normas e diretrizes para a facilitação e materialização das políticas sociais.

Porem para responder efetivamente tais políticas de garantia de direitos, muitas vezes são apontados obstáculos que atrelados ao desconhecimento profissionais impedem o avançar dos serviços, um desses percalços dos atendimentos é a burocracia o que acaba dificultando o acesso do usuário aos serviços, e as políticas públicas são estruturadas de maneira setORIZADA, e acabam andando na contra mão do proposto pelo principio da intersetorialidade. Segundo NOGUEIRA E MIOTO,

Assim, ações profissionais e institucionais caminham juntas, embora não se confundam, pois têm naturezas distintas, porém complementares. O caráter institucional coloca um relativo limite ao recorte do objeto da ação profissional, na apreensão das demandas e definição de objetivos, condicionando, ainda, os resultados do trabalho. Por sua vez, as ações profissionais moldam comportamentos institucionais em uma relação dialética, assimétrica e determinada pelo jogo de interesses e forças condensadas em espaços sócio ocupacionais. (2006, p. 16)

Essa nova dinâmica de gerenciamento proposto pela intersetorialidade operacionaliza as políticas sociais e abrange em maior escala também o âmbito das políticas de saúde, inserida na Estratégia da Saúde da Família.

Tal gerenciamento, parte da ideia do trabalho em grupo de forma intersetorial no atendimento as demandas no sentido de promover uma práxis em sua totalidade

executando também outro princípio muito importante que é o princípio da integralidade. Na ausência desses direitos sociais Paim afirma que:

(...) sem abdicar ao direito de defender os serviços de saúde para todos os brasileiros, obrigação intransferível do SUS, a luta pelo direito a saúde passa, necessariamente, pela reorientação das políticas públicas econômicas e sociais que favoreçam a redução das desigualdades, a cidadania plena, a qualidade de vida e a democracia. (PAIM, p. 120, 2009)

Os modos operacionais tanto da saúde como da assistência se define na efetivação de garantir direitos aos usuários em seus olhares mais amplos de promover cuidados tanto individuais como coletivos. Os trabalhos em rede proporcionam essas articulações entre diversas áreas.

Destarte, que os PSF apresentam em uma de suas atribuições os trabalhos com diferentes setores para a universalização, integralidade e equidade dos serviços. (Andrade, 2006) contradiz essa proposta afirmando que as ações ainda não representam a efetivação das políticas devido à existência das fragmentações e das desarticulações. “[...] se desenvolve em razão de suas demandas e de suas próprias soluções, operando a reafirmação do setor, em si e para si” (ANDRADE, 2006, p. 282).

No bojo das discussões, está a construção das relações interdisciplinares devido à descontinuidade dos serviços que apresenta um quadro ainda desafiador pela construção histórica dos serviços de saúde e assistência, as ações continuam isoladas pelas equipes responsáveis pela execução das políticas.

Portanto, a intersetorialidade apresenta contradições, e obstáculos institucionais e está permeado de dificuldade para operacionalizar de fato a proteção integral. Vale ressaltar, também, os entraves inerentes da burocratização que dificulta a resolutividade das políticas impedindo a atenção qualificada e continuada aos indivíduos e a coletividade de forma equitativa.

Quando existem várias pessoas trabalhando em conjunto, a tendência é que se dispersem. O planejamento e a organização são primordiais para que o trabalho em equipe seja eficiente e eficaz.

As tomadas de decisões vindas de processos coesos e trabalhos cooperativos, assim como as comunicações realizadas de forma clara, são fundamentais para os trabalhos em rede e cabe aos profissionais atentarem a esses

fatores, visualizando a relevância deste princípio, ora desafiador. Pertinente à afirmação de Andrade,

(...) estruturas nas quais as políticas públicas e a governabilidade são ordenadas cooperativamente a fim de dar conta dos problemas de interdependência e complexidade inerentes às relações intergovernamentais. (...) Nesta perspectiva, as redes de políticas tem sido compreendidas como uma estrutura organizacional em que os serviços e os bens públicos são planejados, concebidos, produzidos e ofertados de maneira a compartilhar objetivos, integrar estruturas, desenvolver compromissos e gerar interação (ANDRADE, p. 54-55, 2006).

A concretização dos trabalhos em rede permite pensar visualizando a construção de metas e objetivos a serem alcançados com interesses comuns, na perspectiva de combater a segmentação, o tradicionalismo e as ações engessadas da setorialidade.

4 O PAPEL DA INTERSETORIALIDADE NAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SOCIOASSISTENCIAL

O SUAS (Sistema Único da Assistência Social) está voltado para a Proteção Básica e Especial essa Proteção Social Básica tem como objetivo a prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Portanto tem como objetivo a organização de uma rede de serviços, ações e benefícios de diferentes complexidades que se reorganizam por níveis de proteção social: Destina-se à população que vive em situação de fragilidade decorrente da pobreza, ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).

A LOAS no seu artigo 2º no que tange sobre a Vigilância Sócio Assistencial aponta como um dos objetivos no que discerne a política da Assistência Social como “um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território”.

Portanto, são os municípios que devem observar se existe e onde existem situações que precisam da proteção social, no sentido de ver as demandas,

sistematizar as informações inerentes da concepção da prática da proteção social, onde as equipes devem observar e atuar na promoção dessa proteção. Segundo a NOB/SUAS/2012, a vigilância socioassistencial é uma função da Política de Assistência Social, comprometida com a

produção e disseminação de informações, possibilitando conhecimentos que contribuam para a efetivação do caráter preventivo e proativo da política de assistência social, assim como para a redução dos agravos, fortalecendo a função de proteção social do SUAS. (BRASIL, 2012, art.90)

Para melhor compreensão acerca da vigilância socioassistencial devemos antes de qualquer coisa entender três aspectos que formam a bases para estes estudos: vulnerabilidade, risco e território.

Esses conceitos estão diretamente ligados a vigilância social, uma vez que a ação desta se fundamenta nos estudos sobre diversas situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social vividas por famílias e indivíduos em seus territórios. A compreensão e o aprofundamento desses conceitos são essenciais para a prática da vigilância social.

A vulnerabilidade social pode ser entendida, como um espelho das condições de bem-estar social, o que envolve, moradia, acesso à bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão.

Para avaliar o grau de vulnerabilidade social é necessário conhecer a situação de vida das coletividades, através de aspectos como: a legislação em vigor e sua aplicação; situação de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas de diferentes extratos sociais; qualidade dos serviços de saúde aos quais se tem acesso. A Secretaria Municipal de Assistência Social de Goiânia ,divulga que :

Essa Proteção prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Esses serviços e programas deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Os Benefícios Eventuais e os Benefícios de Prestação Continuada (BPC) compõem a Proteção Social Básica, dada a natureza de sua realização.

Ao discorrer sobre a função do CRAS, o PNAS destaca com clareza que esse programa possui em seu perfil o dever de se articular com as demais políticas na busca de garantir os direitos sociais:

(...) encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, possibilitando o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos. (PNAS, p.51, 2004).

As ações são baseadas nas orientações da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) em 2004 e pela NOB SUAS 2012, publicada em 03 de janeiro de 2013, por meio da resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012, representa um marco fundamental na estruturação do SUAS, imprimindo um salto qualitativo na sua gestão e na oferta de serviços socioassistenciais em todo o território nacional, tendo como base a participação e o controle social.

Inserido neste contexto do SUAS está a Vigilância Socioassistencial, no qual o termo vigilância remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem vem do latim *vigilare* que significa, de acordo com o Dicionário Aurélio, observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelarse.

Segundo definição do (PNAS) e Orientações Técnicas da Vigilância Socioassistencial. MDS (s/d)

A vulnerabilidade não se restringe à percepção da pobreza, tida como posse de recursos financeiros, mas, a uma conjugação de fatores envolvendo o território, fragilidades ou carências e deficiências da oferta e acesso a políticas públicas.

Segundo o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome - MDS, referente à Política de Assistência Social podemos citar como situações de risco:

situações de violência intrafamiliar, negligência, maus tratos, violência, abuso ou exploração sexual, trabalho infantil, discriminação de qualquer espécie, pessoa em situação de rua, adolescentes em cumprimento de medidas protetivas ou socioeducativas, pessoas com privação do convívio comunitário, idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência em Instituições de Acolhimento” (MDS, s/d, p.11).

Esta noção de vigilância, presente nos dias atuais, baseia-se em construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais.

A vigilância socioassistencial apresenta característica de intervenção sobre problemas que requeiram atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações protetivas tanto quanto na atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações.

Segundo a NOB/SUAS/2012, a vigilância socioassistencial é uma função inerente da Política de Assistência Social, comprometida com a proteção social, política social e acesso garantido aos direitos sociais.

O pensar sistemático sobre o conhecimento, o objeto e a vigilância dá suporte para a operacionalização da informação, decisão e ação dimensões estratégicas para o planejamento. Esta reflexão é pensada tanto para o diagnóstico quanto para a ação a importância do olhar de cada ator social sobre o seu cotidiano.

Portanto, os processos dos trabalhos da vigilância sócioassistencial apontam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia as questões de vulnerabilidades das populações e de seus contextos geradores.

Compõe a seguridade social, e se vincula a Gestão SUAS e tem como função de vigilância alertar, cabendo olhar para o país inteiro em seus territórios, através de diagnósticos sócios territoriais, para produzir sistematizar e analisar se as famílias estão dando conta ou precisam da proteção do estado, ou se existe alguma criança ou idoso necessitando de ajuda.

Cabe à vigilância identificar, portanto os municípios devem observar se existe e onde existe situações que precisam da proteção social, no sentido de ver as demandas, sistematizar as informações inerentes à concepção da prática da proteção social, onde as equipes devem observar e atuar no sentido de promover essa proteção.

A LOAS no que tange sobre a Vigilância Sócioassistencial aponta como um dos objetivos no que discerne a política da Assistência Social é que, qualquer aspectos como abandono, negligencia conflitos, cárceres coesões, exclusão enfim todo tipo de violência que possa sofrer o indivíduo a vigilância deva atuar na materialização das ações protetivas.

Nesses casos a Vigilância Socioassistencial, deve assegurar as devidas condições de encaminhamentos representando um grande diferencial nas ações integradas em redes essenciais para o fortalecimento da proteção social, assim como subsidiar todo processo de fortalecimento relacionado à eficácia e efetividade dessas ações.

Nessa perspectiva o processo de construção da vigilância caminha necessitando da contribuição de toda rede, e o papel do controle social é de grande relevância, dentre estes os Conselhos de Assistência Social que detém as prerrogativas de aprovação acompanhamento e execução da Política de Assistência Social, pois tem em sua especificidade o poder deliberativo.

Conforme enfatiza (LOAS, art. 6º e 16º e NOB/SUAS/2005, item 4.3).

o papel do controle social está dentre eles, a atuação dos Conselhos de Assistência Social e as conferências, os quais desempenham papel fundamental, uma vez que possuem a prerrogativa de aprovar, acompanhar e controlar a execução da Política de Assistência Social e são definidos como instâncias deliberativas do sistema descentralizado e participativo de assistência social, com caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil”.

Cabendo nesse panorama as ações imputadas à vigilância socioassistencial a implementação das ações e no amparo a construção desse acesso a todos. IAMAMOTO (2007) deixa bastante claro seu posicionamento quanto à questão de garantir a todos os direitos sociais.

[...] não se reduz ao mero repasse de dados sobre as normas e recursos legais; é uma informação transmitida sob a ótica do direito social, em que os sujeitos individuais e coletivos são reconhecidos em suas necessidades coletivas e demandas legítimas, considerando a realidade macrossocial de que eles são parte e expressão (IAMAMOTO, 2007, p. 427).

Dessa forma, a socialização das informações atenderia as demandas, facilitando os encaminhamentos para dar resolutividade. Com efeito, a vigilância socioassistencial através dos diagnósticos apresentados, munido das informações, concede o trabalhar de forma diferenciada.

Muito embora os Assistentes sociais não tenham acesso às informações de encaminhamentos feitos por outros serviços, e a concretização da vigilância sócio assistencial permite a promoção de uma rede sistematizada integrada para garantir a gestão.

O Sistema de Proteção Social atrelado a Vigilância socioassistencial em tese, deveria articular forças sociais e viabilizar as descentralizações, muito embora haja uma desresponsabilização por parte do Estado. Esse mesmo Estado que cria normativas e regras que determina como direito social acaba se eximindo de responsabilidades pertencentes à fiscalização, a fazer garantir o que rege as legislações.

Para isso, existe também o Censo SUAS, que representa uma das ferramentas utilizadas para avaliar e monitoramento das ações existentes também nos Conselhos representando um instrumento para o planejamento da gestão como está apresentado a seguir.

O Censo Suas é um processo de monitoramento que coleta dados por meio de um formulário eletrônico preenchido pelas secretarias e conselhos de Assistência Social. É realizado anualmente desde 2007, por meio de uma ação integrada entre a Secretaria de Assistência Social e a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação.

O levantamento faz um retrato detalhado sobre a estrutura e os serviços prestados nos equipamentos de assistência social de todo o país, o que contribui para a qualificação do planejamento, acompanhamento e avaliação do Suas.

Na sua edição de 2014, o Censo SUAS foi composto por nove tipos de questionários, conforme apresentado no quadro abaixo:

TABELA 6 Censo SUAS-edição de 2014

Tipo de Questionário	Quantidade Coletada
Gestão Municipal (Secretarias Municipais de Assistência Social ou congêneres)	5.520
Conselho Municipal de Assistência Social	5.366
CRAS	8.088
Unidades ofertantes dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (exceto CRAS)	7.882
CREAS	2.372
Centro POP	215
Unidades de Acolhimento (Abrigos) destinados aos diversos públicos	5.184
Gestão Estadual (Secretarias Estaduais de Assistência Social ou congêneres)	26
Conselho Estadual de Assistência Social	26

Fonte: Censo SUAS /2014

De acordo com o Censo SUAS foram coletados dados de 35 mil questionários entre os meses de setembro a dezembro de 2014, o que de forma estatística fica divulgado o caminhar da vigilância socioassistencial no território nacional. A coleta desses dados se dá anualmente, e permite de forma detalhada perceber os mecanismos e os serviços ofertados nos equipamentos da Assistência Social de todo país

Evidentemente, algumas medidas adotadas respondem como paliativos, mas a questão de fundo é que se criem objetivos alcançáveis, não apenas regidas em papel, mas que se perceba a existência, e operacionalidade dessas políticas que foram criadas para atender a coletividade.

É fundamental que existam articulações entre os espaços institucionais, e a sociedade e os serviços ofertados, por isto a atuação da vigilância não deve ser de forma horizontal e linear, e o SUS é um aliado nessa interação.

No processo de implementação do PSF é realizado pela equipe um cadastro norteando o número de famílias que serão atendidas pela unidade, isso é realizado pela equipe durante as visitas domiciliares.

As informações observadas na realização dos cadastros darão subsídios da realidade daquela área de abrangência, será possível perceber quais os principais problemas, dentre eles quais os agravos e os problemas relacionados à saúde, também possibilita perceber o modo de vida daquela população.

Diante das informações que foram obtidas no cadastramento, permite aos envolvidos como a equipe, ao gestor e a população conceber estratégias, planejamento e execução das ações. Cada equipe é responsável a atender cerca de 600 a 1000, famílias cujo limite máximo é de 4000 habitantes. Em sua composição o PSF deve possuir Médico, Enfermeira, Técnico de Enfermagem, e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), também Odontologista.

As equipes de PSF atuam na prevenção, de forma concomitante através das buscas ativas que possibilitem observar intervir e executar medidas preventivas ou possíveis encaminhamentos para outros serviços da rede.

O SUS no que se refere a políticas de saúde permite as investidas, para que os serviços ofertados possam atender as demandas existentes e as possíveis que possa se apresentar no cotidiano.

Inerente a isso é de fundamental importância o engajamento dos gestores, Coordenadores, assim como a sociedade e os profissionais das áreas de saúde, assistência, educação etc., para que a intersetorialidade e a vigilância socioassistencial possa ocupar seu lugar na estratégia de garantir direitos aos que de fato delas necessitem.

Os cadastros realizados pelas equipes representam, também, um instrumento que facilita a interação dos profissionais com os usuários, pois vínculos acabam existindo contemplando a proposta do SUS e SUAS na promoção de políticas diferenciadas no qual o usuário é o protagonista que vai receber de forma distinta e efetiva tais políticas.

Nessa perspectiva, a vigilância à saúde compreende e executa o seu papel de localizar situações de agravos e compartilhar informações para que soluções prováveis de resolutividade passem a acontecer.

Munidos de todo um arcabouço de informações técnicas e pensadas por autores dedicados aos estudos da área, ofertado por leituras de materiais diversos, coube-nos verificar in loco, de que forma acontece na prática o previsto em lei e considerado importante para o funcionamento de uma rede de proteção. O diálogo com profissionais atuantes nos forneceu esta resposta.

5 ANÁLISE DOS DADOS DA INTERSETORIALIDADE APARTIR DAS ENTREVISTAS.

Para a realização desta pesquisa a concepção teórico-metodológica de Marx foi aplicada, usando o Método material-histórico e dialético. Nesse pressuposto Yolanda Guerra afirma que sempre estamos intuitivamente investigando, na área da pesquisa existe inicialmente um conhecimento superficial da realidade, mas deve-se entender que a pesquisa está muito além das aparências, e que as informações não se dão de forma imediata, e a realidade apresentada nem sempre é real, nesse contexto, deve ser vista a luz do conhecimento teórico, como evidencia a autora “mas nem toda investigação pode ser considerada uma pesquisa científica e nem todo conhecimento é teórico”. (GUERRA,1995,p.707)

Para a produção desse conteúdo devem existir três níveis de conhecimento: a intuição, entendimento, e a razão crítica-dialética, nesse aspecto um não deve

estar distante do outro. É a partir desse entendimento que a pesquisa científica se consolida, nesse sentido é imperativo perceber que o contexto histórico também influencia na investigação se fazendo necessário ir além das aparências na descoberta de caminhos que conduzam a apreender a essência da realidade, realidade essa que é dinâmica e mutável. Para NETTO (2009),

(...) o conhecimento do objeto tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador. A teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. E esta reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto. (NETTO, p.673, 2009).

Para o materialismo, o objeto é real, material e histórico, pois carrega em si uma historicidade, esse objeto existe seja para afirmar ou para negar. A metodologia dá armas e técnicas aplicadas que ira permitir compreender o real objeto. Portanto a pesquisa é um processo sistemático de ações, é necessário se aprofundar na realidade social, para que possa ocorrer de forma verídica uma intervenção. Apreendido e incorporado ao pensamento é a real natureza construtiva do conhecimento.

A abordagem quali-quantitativa se encaixilhou perfeitamente na proposta do trabalho, pois agregava ambos os métodos tanto o qualitativo como o quantitativo. Permitindo o emprego da revisão bibliográfica e a aplicação das entrevistas.

5.1 Diagnóstico sociodemográfico do município de São Félix

O município de São Félix é carinhosamente conhecido como Cidade Presépio devido sua estrutura geográfica, cujas casas são construídas em elevações, característica peculiar dessa região. A história de São Felix começou muito cedo, desde 1500 com a chegada dos portugueses, antes dessa data quem habitava essas terras eram os índios Tupinambás. São Félix foi uma das cidades que lutou fervorosamente em prol da independência da Bahia.

Em 25 de outubro de 1890 foi elevada a condição de cidade, com o nome de São Félix do Paraguaçu, nome que permaneceu até o dia 08 de julho de 1931, e logo após passou a se chamar São Félix.

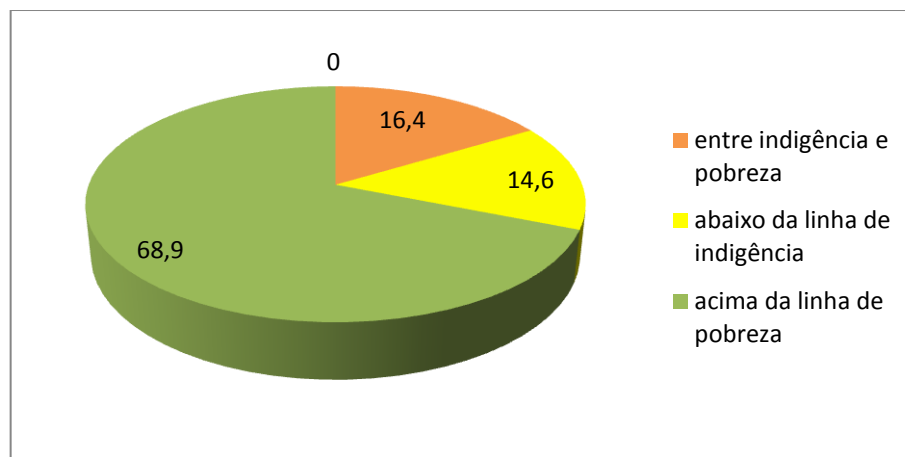
Possui uma população de 15.049 habitantes estimados pelo IBGE/2014, sendo que a população urbana é de 9.305 pessoas, e 5.744 residem na zona rural, sua extensão territorial é de 99Km², e faz divisa com os municípios de Cachoeira, Muritiba, Maragogipe, Cruz das Almas, São Felipe e Governador Mangabeira. Conserva em sua arquitetura o lindo estilo barroco nos seus casarões, a cidade é banhada pelo Rio Paraguaçu.

O município faz parte da Gestão Plena do Sistema de Saúde através da Resolução CIB nº 132 de 20/09/2007. A atenção a saúde do município está voltada a promoção da saúde e prevenção de doenças através das políticas de saúde dando ênfase na Estratégia de Saúde da Família com 100% de cobertura de PSF.

O município conta com 08 (oito) unidades de Saúde da Família sendo que 3 (três) estão localizadas na Zona Urbana e 5 (cinco) na Zona Rural, tem também 01 NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), 01 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 01 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), 01 Farmácia Básica Central e 01 CRAS.

No que se refere à condição socioeconômica dos seus habitantes, o gráfico abaixo representa a situação atual:

Gráfico 1 Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência - 2010



FONTE:IBGE - Censo Demográfico / Elaboração: IPEA/DISO, 2010

5.2 Caracterização do CRAS Dona Caboquinha

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS n.º 109/2009) preconiza que nos CRAS devem ser realizados os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, e o CRAS Dona Caboquinha tenta obedecer embora o número dos grupos de convivência tenha diminuído e nos dias atuais trabalham com os seguintes grupos: Grupo de Capoeira, Música aula de flauta doce.

A unidade vem enfrentando grandes dificuldades com relação aos grupos de convivência, que antes existia e que foram desfeitos. Desta forma, a unidade trabalha com os demais atendimentos, como requisições de encaminhamento para o BPC, Benefício Eventuais assim como encaminhamento para outros serviços da rede, bem como atendimentos dos beneficiários do Programa Bolsa Família e busca ativa. Vale ressaltar que essas ações realizadas para os idosos e crianças são importantes.

É importante destacar que, apesar do trabalho da equipe, percebe-se certo descrédito por parte da comunidade em relação ao CRAS, pois mesmo com uma equipe motivadora e empenhada em desenvolver um bom trabalho, falta participação dos usuários. Pudemos inferir, diante das falas de alguns profissionais que, dentre outros fatores, isso ocorre, pela falta de um trabalho conjunto, com a Secretaria de Assistência Social do município e, conseqüentemente, com a Prefeitura Municipal. Pois o que falta mesmo, são recursos materiais e financeiros para ofertar a comunidade um trabalho efetivo e que os faça sentir-se atraídos em está naquele espaço. Sem estes recursos, é inviável desenvolver qualquer atividade para atrair estes usuários, visto que os mesmos já se encontram em área de risco e vulnerabilidade social, muitos até, sem perspectiva de vida e que poderiam encontrar nestes espaços uma forma de melhor enfrentar os desafios encontrados no seu dia a dia.

Outro fator de grande relevância é a questão da territorialização da instituição, o que dificulta o acesso de crianças e adolescente de outras comunidades devido à distância, como por exemplo, da zona rural e dos bairros 135 e Varre estrada, Ladeira do Milagre, Morro Deus Menino, Alto da Rodagem, entre outras, dessa forma, a instituição abrange, apenas, as comunidades do Salva Vidas e circunvizinhas .

Anteriormente, o CRAS possuía Grupo de Convivência com crianças e adolescentes que objetiva estimular nos mesmos o interesse pelos estudos,

incitando o espírito de coordenação e competição, integração social e reforço da autoestima e ter uma alternativa de aprendizagem mais dinâmica. Eram utilizadas atividades como, aula de Balé, Capoeira, Música, Sala da Pipoca visando alcançar este objetivo.

Além destas, o CRAS abrigava o Grupo de Convivência com Idosos, cujo objetivo é propiciar a terceira idade maior integração social, combatendo o isolamento em que muitos vivem, ocupando o tempo ocioso com diversas atividades, fazendo com que se sintam mais úteis e valorizados, resgatando a sua autoestima e cidadania; grupo de gestantes, possibilitando o intercâmbio de experiências e conhecimentos, por isso é considerado a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação, principalmente em comunidades como o Salva Vidas, onde o índice de risco e vulnerabilidade é elevado o que pode desencadear o aumento do número de adolescentes grávidas, e estas são quem requer maior atenção a respeito da temática, por fim e não menos importante, o Grupo de Mulheres, no qual é trabalhado o artesanato, como uma forma de proporcionar a estas mulheres distração, e pode ser um passo para produzir coisas que podem ser colocadas à venda e, assim, contribuir para aumentar a renda familiar.

No caso dos idosos, possibilitava uma reaproximação dos mesmos com a sociedade, pois a grande maioria acaba se sentindo excluído até mesmo pelos próprios familiares, muitos acreditam que não possuem mais nenhuma importância na vida social das pessoas que amam, e através dessas atividades eles têm possibilidade de se reaproximar de pessoas que vivenciam as mesmas condições de vida, podem trocar experiências, possibilitando uma integração.

Entretanto, nos dias atuais o CRAS não possui nenhum grupo de convivência o que é lamentável por se tratar de um município carente onde essa falta de ações reflete a continuidade da exclusão social.

5.3 Caracterização do PSF José Augusto Alves

O PSF José Augusto Alves foi inaugurado no bairro do Salva Vidas, ocupando o prédio de uma antiga Matadouro, atendia as famílias das duas micro área do Salva Vidas e do Bairro da Caanga, nas áreas periféricas da cidade. A equipe

Multidisciplinar era composta por: Um médico, um enfermeiro, um odontologista, uma atendente da saúde bucal, um técnico de enfermagem, uma recepcionista e quatro agentes comunitários de saúde.

A comunidade reclamava da situação insalubre do posto, pois sua estrutura física era precária, devido se tratar de um prédio bastante antigo, além de ter sido utilizado para o abate de animais.

Atendendo as solicitações da comunidade foi inaugurada uma nova unidade de saúde que está localizada ao lado da antiga estação ferroviária. Embora o novo posto possua varias salas e uma arquitetura adequada para os atendimentos a população não ficou muito satisfeita, e reclama do fato do posto estar localizado muito próximo ao posto do centro e os moradores precisam andar bastante para receber os atendimentos necessários.

Atualmente a equipe do posto é formada por: Um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma atendente bucal, dois técnicos de enfermagem, sete agentes comunitárias de saúde e uma recepcionista.

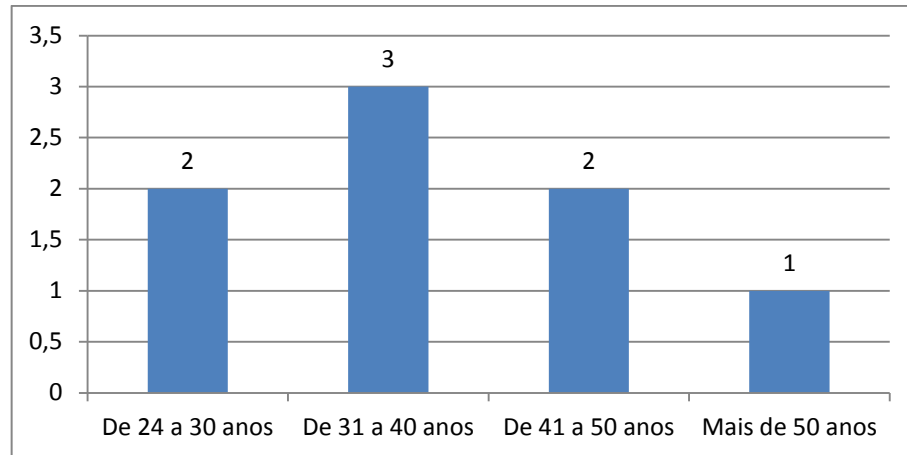
5.4 Análise dos Dados: Reflexão individual sobre intersetorialidade a partir das entrevistas entre os profissionais do CRAS e o PSF.

A pesquisa foi feita em dois momentos. Primeiramente foram ouvidos os profissionais do CRAS e ao termino dessas entrevistas, no mesmo dia também foram feitas entrevistas no PSF. Vale salientar que alguns profissionais estavam gozando de férias e a unidade se encontrava sem médico. As falas contempladas na entrevista foram analisadas, e serão apresentadas nesse trabalho de monografia, as informações fornecidas pelos sujeitos trouxeram subsídios reais para a elaboração da proposta do estudo.

Norteadado pela ética que privilegia o direito da privacidade, os entrevistados serão nomeados da seguinte forma: os profissionais do CRAS são aqui, denominados profissionais **A,B,C,D** e o PSF, profissionais **E,F,G,H**, totalizando 08 profissionais entrevistados.

No primeiro momento foi traçado o perfil dos entrevistados. Quanto à idade os profissionais apresentavam uma media, no qual variavam entre 24 a 50 anos.

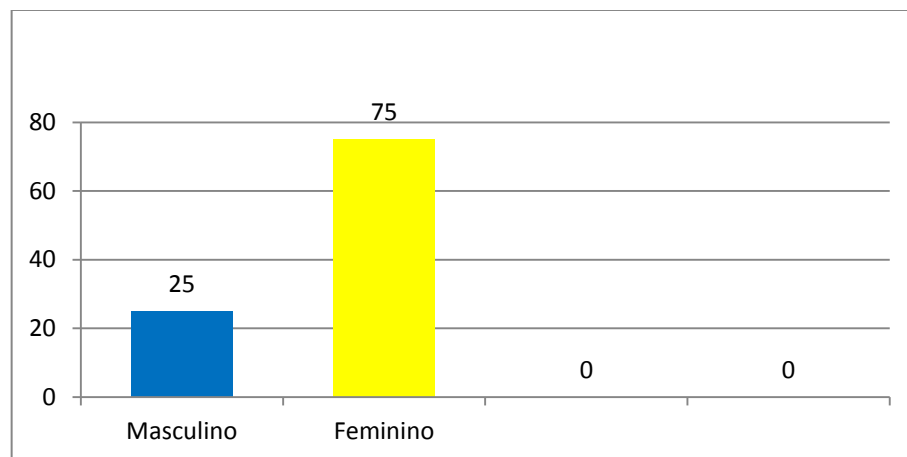
Gráfico 2 Profissionais do CRAS e USF por idade



FONTE : Elaborado mediante pesquisa da autora, 2016.

Em relação ao gênero, foi identificado um maior percentual de profissionais entrevistados pertencentes ao sexo feminino. É notório nos dias contemporâneos, o grande aumento das mulheres no mercado de trabalho em especial na área da Saúde e da Assistência Social, como observa Santos “ observado em nível mundial no mundo do trabalho em geral e, em particular, na saúde, que vem acompanhando esse processo” (SANTOS, 2006, p.81).

Gráfico 3 Profissionais do CRAS e USF por gênero

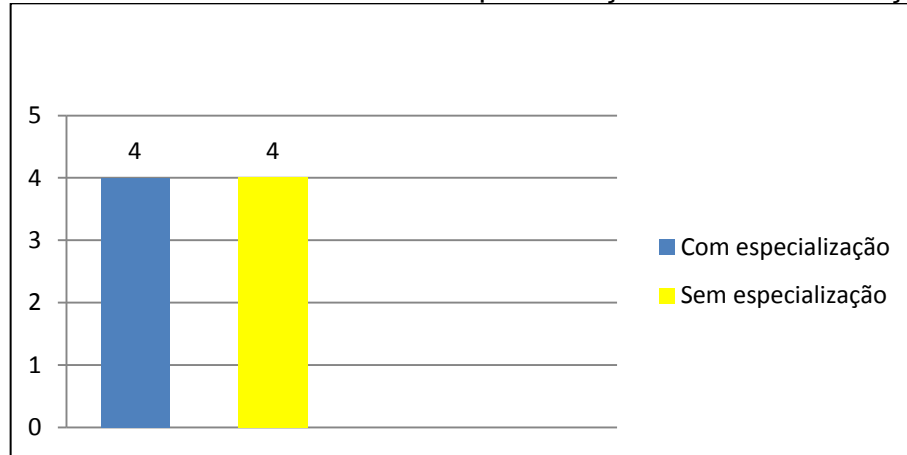


FONTE: Elaborado pela autora, 2016.

A contemporaneidade possui traços de uma sociedade profissionalizada e alicerçada no trabalho especializado, fruto do processo de industrialização em que os antigos ofícios foram se configurando com contornos mais profissionalizantes (SCHWEITZER, 2008). Este entendimento fez com que uma das questões pesquisadas fosse a da formação dos profissionais entrevistados, constatando que

os profissionais estão buscando especializar-se, e conseqüentemente quem ganha com isso é a comunidade assistida.

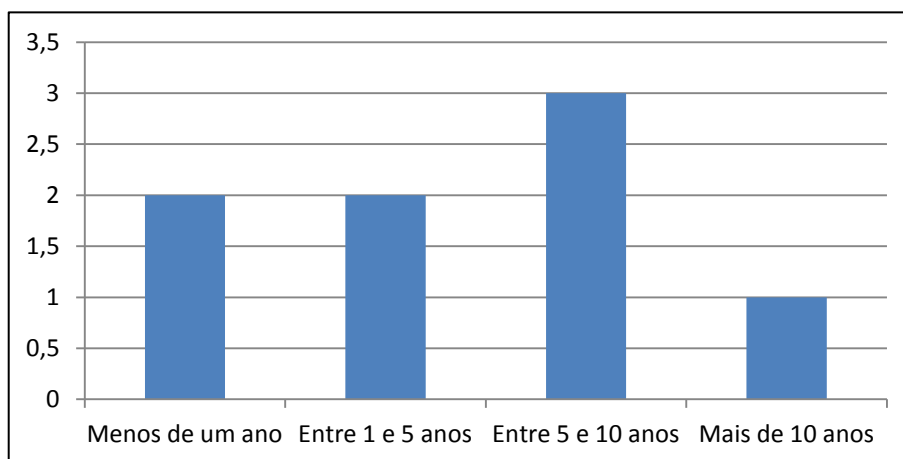
Gráfico 4 Profissionais com especialização na área de atuação



FONTE: elaborado pela autora, 2016.

Relacionado ao tempo de serviço a pesquisa constatou alguns profissionais que estão trabalhando há vários anos por serem efetivos, advindos de concurso público, embora também houvesse profissionais trabalhando poucos meses por terem sido recém - contratados.

Gráfico 5 Profissionais do CRAS e USF por tempo de serviço



FONTE: Elaborado pela autora, 2016.

Importante observar a orientação do NOB/SUAS neste sentido que é a de que haja uma transição gradativa do quadro de profissionais da equipe de referência dos CRAS que atualmente encontram-se na condição de terceirizados ou com contratos de trabalho precarizado. Recomenda-se, também, que a seleção desses profissionais se ainda não efetuada por meio de concursos, deve ser realizada em

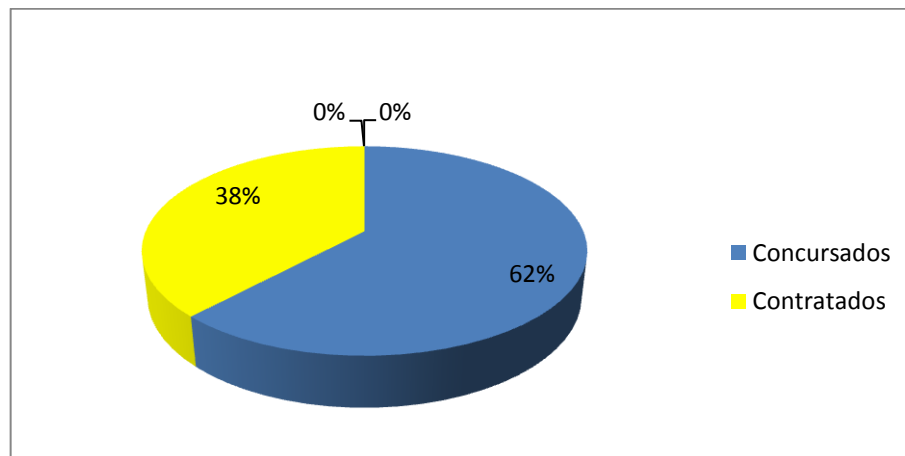
um processo público e transparente, pautado na qualificação dos profissionais e no perfil requerido para o exercício das funções da equipe de referência do CRAS.

A cerca do mercado de trabalho para o Assistente Social é importante frisar, que o impacto do SUAS no mercado de trabalho ocorre com a criação de postos de atendimentos municipais. Segundo o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que coordena os trabalhos, foram criados 5.142 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outros 1.434 Centros de Referência Especializados. Cada um deles emprega ao menos dois Assistentes Sociais.

O próximo gráfico faz essa amostragem com relação a ser ou não concursado umas das questões constantemente discutidas no âmbito das políticas públicas são relacionadas à descontinuidade dos serviços, mas nas instituições pesquisadas o maior indicativo é de profissionais efetivos. Uma questão constantemente citada no panorama das políticas públicas como cita IAMAMOTO (2008).

Assim, a condição de trabalhador assalariado, regulada por um contrato de trabalho impregna o trabalho profissional de dilemas da alienação e de determinações sociais que afetam a coletividade dos trabalhadores, ainda que se expressem de modo particular no âmbito desse trabalho qualificado e complexo. (2008, p. 215).

Gráfico 6 Profissionais por vínculo empregatício



FONTE: Elaborada pela autora, 2016

Entretanto, a realidade do município nas instituições pesquisadas, é a de que o número de profissionais efetivos é maior que os dos contratados, o que é um ponto bastante relevante, haja vista que essa não é a realidade de outros municípios

que possui em seu quadro de funcionários um número bem maior de prestadores de serviço.

No que tange sobre a intersetorialidade entre o CRAS e o PSF, os profissionais foram perguntados se as ações de intersetorialidade aconteciam de forma efetiva entre as políticas de saúde e as políticas de assistência social. Em resposta a Profissional **A**, quando inquirida sobre esse princípio considerou que o intersetorialidade acontecia, pois o CRAS sempre que solicitado emprestava o espaço para os profissionais da saúde e da educação para palestras. Demonstrando que é isso que ela entende por intersetorialidade.

Já o profissional **B**, afirmou que “Não existe intersetorialidade, é muito raro, pois não há parceria”. Quanto ao Profissional **C** destacou que “não acontece, e falta muitas coisas para que isso aconteça, pois falta comunicação, entre as instituições, e há outros fatores que travam a existência dos trabalhos em rede dentre estes está a política, que impede essas ações acontecerem”.

Nessa perspectiva também apresenta essa forma de pensar o entrevistado **D**.

Nos últimos anos não conseguimos ver efetivação do princípio da intersetorialidade, cada um faz suas ações independentes, não tem diálogo e isso prejudica e muito, porque uma política ajuda a outra, o PSF pode trazer uma demanda, mas hoje não se conseguiu ter esse diálogo (PROFISSIONAL D).

Já os profissionais, **E** e **F**, afirmaram que existia intersetorialidade entre as unidades inclusive o profissional **F** acrescentou em sua análise que existe trabalho em rede também com a educação e o hospital do município. Opinião que tantos os profissionais **G** como o profissional **H** discordam

Nesse município a intersetorialidade não acontece, o único relacionamento que temos é com o NASF e a assistente social da referida instituição, mas ela não é uma assistente social para resolver problemas da Assistência Social do município, muita coisa ela não tem como resolver, como questões inerentes a BPC, a medicamentos que o paciente não pode comprar, crianças que estão sofrendo maus tratos, isso é dá atribuição do CRAS (PROFISSIONAL G).

Foram avaliadas questões pertinentes a territorialização e perguntado se o fato do CRAS e o PSF estarem localizados no mesmo bairro facilitava a existência do trabalho em rede entre as unidades? Os profissionais **F** e **E** não souberam

responder, pois ambos estavam atuando na instituição a cerca de 3 meses o que segundo eles dificultava a avaliação dessa indagação.

Contudo o profissional **A** afirmou que os trabalhos em rede aconteciam e o fato das unidades estarem proximais promovia a efetivação dos serviços. Salientou o profissional **G** que na antiga gestão, o fato de estarem perto trazia benefícios na materialização dos serviços, o CRAS possuía grupos de convivência como o PROJOVEM, o grupo de idosos e as articulações se davam de forma natural e ressalta que ela mesma procurou varias vez o CRAS para resolver problemas com idosos, mas agora isso não acontece mais.

O entrevistado **H** acrescentou que as ações são feitas de forma isolada e que o PSF estava adotando o perfil da UPA (Unidade de Pronto Atendimento).

O profissional **D** argumentou que não existem ações em rede embora estejam tão próximas, e que a unidade só aciona o CRAS para solicitar o espaço físico,

Quanto o profissional **B** relatou que só os agentes comunitários de saúde encaminham demandas para atendimento no CRAS mais nenhum outro profissional do PSF aciona o CRAS para a promoção de serviços. Nesse panorama segundo o relato do entrevistado **C**.

Não só pela proximidade, mas pela necessidade, existem pacientes que eu preciso de encaminhamento rápido, ou eu faço o encaminhamento para o PSF, mas não há uma contra resposta. Às vezes encaminho para outros profissionais, mas não há devolutiva e não é pela proximidade, é uma questão de distancia entre a rede, eu percebo as redes trabalhando de forma isolada, e rede o próprio nome já diz devem trabalhar juntas imbricadas. Juntas mas cada uma fazendo sua parte para ajudar a outra , e a realidade é que as ações são totalmente isoladas.

Também foi analisado se a Secretaria Municipal de Saúde articulada como a Secretaria de Assistência Social, conhecendo a real necessidade da população promovem ações que fomentem a intersetorialidade? A entrevistada **E** não soube responder devido o pouco tempo de trabalho na equipe, e o Entrevistado **F** afirmou acreditar que existia essa articulação.

Entretanto os entrevistados **A, B, C, D G, H**, demonstram nas suas falas a inexistência da intersetorialidade nas ações das secretarias, o profissional **G** afirmou que vê as secretarias muito individualizadas. Reforça essa afirmação o profissional **D** ao dizer que não existe diálogo entre as secretarias.

Quanto à elaboração do Calendário dos trabalhos das unidades o recomendável é que houvesse parceria na construção desse instrumento para que eventualmente as datas não chocassem nas atividades propostas. Mas o visto na análise da pesquisa é que não existe essa preocupação por parte das instituições, cada uma faz o seu cronograma. Segundo o entrevistado **B** “cada um faz a sua agenda independente, outro dia mesmo o CRAS fez uma atividade e o PSF também fez no mesmo dia não existe comunicação” (PROFISSIONAL B)

Os entrevistados na sua maioria afirmaram a individualidade das ações na construção dos instrumentos que operacionaliza os serviços. O que foi apontado pelo entrevistado **D**

Não nada efeito junto, e já houve vezes de chocar as nossas atividades com as deles, e nós irmos lá conversar para a possibilidade de se fazer uma troca e foi proposto que o evento acontecesse no dia deles, a equipe não abriu mão do calendário, isso aconteceu algumas vezes (PROFISSIONAL D).

O entrevistado **G** também demonstrou seu descontentamento ao salientar que:

Eu não posso te responder isso com muita clareza, mas hoje pra você ter uma ideia eu não sei quem é o Secretário da Assistência Social, quem é o responsável pelo CRAS, eu nem sei os serviços que o CRAS oferece, não existe comunicação. Não trabalhamos com agenda compartilhada é uma deficiência das próprias secretarias (PROFISSIONAL G).

Encerradas as entrevistas, em suma a análise das falas dos profissionais, revelam o entendimento de cada profissional, que representam a título de considerações finais, porém provisórias enquanto contribuição para esta importante discussão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões empreendidas cuja análise a metodológica nos direcionou, foram mensurados elementos relevantes inerentes à proposta dessa pesquisa, e para aprofundar tal análise, foi vista a realidade no município de São Félix-BA, nas instituições CRAS e PSF do Bairro Salva Vidas. Esse trabalho teve como objetivo incitar a reflexão para a efetivação das ações pertinentes a Vigilância

Socioassistencial e como se dá à intersectorialidade na rede, problematizando as discussões, legitimando os achados que contribuíram para considerações futuras.

Desse modo pode-se perceber todo processo histórico vivido pela Assistência Social e Saúde, assim como os conceitos fundantes e sua utilização nos dias atuais.

Salientando que a referida pesquisa possibilitou a compreensão da realidade e como se dava as ações realizadas em rede, ou como de fato acontece o tal mecanismo.

Contudo foram observadas lacunas existentes no tratar da Vigilância socioassistencial, necessitando de um enfrentamento, para que se materialize o proposto pelas políticas públicas.

Diante da hipótese inicial que indagava sobre o princípio da intersectorialidade suspeitando que tal princípio não era posto em prática no CRAS e PSF não ocorrendo a materialização dos serviços, percebeu-se na fala dos entrevistados que de fato esse é um princípio a ser alcançado.

No entanto foram observados os graus de entendimento dos entrevistados que dominavam o assunto e teciam argumentações que mostravam competência embora, a intersectorialidade não aconteça entre as instituições. Salientando que os profissionais ouvidos lamentavam por esse trabalho em rede ter sido interrompido.

Relevante também ressaltar, o que nos pareceu, descaso do órgão gestor com a coisa pública, pois não garante meios para a efetivação das ações. Sendo assim como é apontado na análise dos profissionais, havia operacionalidade e o trabalho em rede ocorria dentro das possibilidades, e que foi interrompido de forma abrupta.

Devido à distância existente entre os gestores tanto da Assistência quanto da Saúde em viabilizar ações que promovam interações o princípio discutido acaba ficando inviável para sua execução.

Para tanto o referido trabalho adverte que as discussões não findaram, mas se apresenta como propulsora a novas investigações, questionamentos ou indagações no que se refere a vigilância socioassistencial assim como o princípio da intersectorialidade, considerando que ambos devem ser debatidos para melhoria e sua efetivação, que refletirão nos serviços.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, O. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil**: conquistas e limites à sua efetivação. Programa de Capacitação em serviço social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, UnB/CEFSS, 2009.

BRASIL, Lei nº 8.742/1993 - Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS
Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Norma Operacional Básica do SUAS, de 2012. Aprovada pela Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012, do CNAS.

_____. Constituição Federal de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

_____. Política Nacional de Assistência Social (PNAS), Resolução nº 145 de outubro de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete [ET al.]. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais** / Maria Inês Souza Bravo. – 4. Ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

CARVALHO, Raul de; IAMAMOTO, Marilda Villela. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 34. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

COSTA, A. M. PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. Intersectorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

COUTO, B. R. **O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo. Cortez, 2004.

GUERRA, Y. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social em tempo de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2007.

_____, M. V. **A questão social no capitalismo**. Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Brasília, v. 2, n. 3, jan/jun de 2001a, p. 9-31.

_____, M. V. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma Interpretação histórico-metodológica**. 16ª Ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no Serviço social: ensaios críticos**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 17. ed. São Paulo, Cortez, 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família, Gênero e Assistência. In: CFESS. **O Trabalho do Assistente Social no SUAS**. Brasília: CFESS, 2011. p. 108-117.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R, C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. Et. Al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional**. 2006. Disponível em: www.fnepas.org/serviçosociais/começo/início.htm Acesso em: Jan. de 2008

OLIVEIRA, Mara. **Acessando Direitos Sociais: Redes Municipais de Políticas Sociais** – Espaço de Articulação entre as Políticas Sociais Públicas. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2001.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. – Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009.

SANTOS, Maria Ruthe. **Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora-MG**. Rio de Janeiro, 2006. 172 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.obsnelims.org.br>> acessado em 03 de fevereiro 2016.

SCATENA, J. H. G. e TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (nob) no processo de descentralização da saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.10, 47-74, 2001.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 32ª ed. Rev. E atual. – São Paulo: Malheiros Editores, 2009, pp. 286-287.
social no Brasil. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SPOSATI, A; FALCÃO, M. C. **A Assistência Social Brasileira: descentralização e municipalização**. São Paulo: EDUC, 1990, p.118.

_____, A. **Revista Brasileira de Direito Constitucional** – RBDC n. 10 – jul./dez. 2007.

<http://www4.goiania.go.gov.br/portal/site.asp?s=782&m=1693>

APÊNDICEA**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRA-CAHL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Caro Assistente Social, o Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da coleta de dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado; “A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DO CRAS E PSF NA EFETIVAÇÃO DA VIGILÂNCIA SOCIOASSISTENCIAL”. respondendo ao questionário de pesquisa que lhe será entregue. Como metodologia de pesquisa, será aplicado um questionário com o finalidade de obter informações para construção da monografia, com o objetivo de compreender de que maneira se dá a Intersectorialidade das ações entre o CRAS Dona Cabouquinha e o PSF José Augusto Alves. Esta pesquisa será desenvolvida pela aluna **MARY GENE DOS SANTOS PAIXÃO SANTOS**, com a orientação do professor **FABRÍCIO FONTES ANDRADE**, docente do Centro de Artes Humanidades e Letra (CAHL) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Caso existam possíveis dúvidas o senhor (a) deve contatar a referida estudante, a qualquer momento que julgar necessário, garantindo esclarecimento sobre a realização da pesquisa. A sua participação não é obrigatória, tendo a liberdade de desistir ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar. Ao participar, a sua identidade não será revelada na apresentação dos resultados, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado, ou elemento que possa de alguma maneira lhe identificar, será mantido em sigilo. Enfim, tendo sido orientado (a) quanto ao teor de tudo aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

São Félix, _____ de _____ de 2016

Mary Gene dos Santos Paixão Santos

(informante da pesquisa)

Estudante do curso de Bacharelado em Serviço Social

Email: marygenepaixao@hotmail.com

Tel: (75)99102-9490

APENDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRA-CAHL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA QUALITATIVA

Meu nome é **Mary Gene dos Santos Paixão Santos**. Sou graduanda do Curso de Bacharelado em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Coletando dados para o meu Trabalho de Conclusão de Curso, cujo título é "A INTERSETORIALIDADE DAS AÇÕES DO CRAS E PSF NA EFETIVAÇÃO DA VIGILÂNCIA SOCIOASSISTENCIAL": sob orientação do professor Fabrício Fontes Andrade. As perguntas a seguir referem-se à atuação profissional da equipe Multiprofissional do PSF José Augusto Alves, localizado no Bairro Salva Vidas e a equipe do CRAS Dona Cabouquinha localizado no mesmo bairro, somente para fins de pesquisa. Gostaria de poder contar com sua cooperação para a construção dessa pesquisa. Muito obrigada!

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ AUGUSTO ALVES E CRAS DONA CABOUQUINHA

Localização- Rua Salva Vidas - CEP: 44.360-000

São Félix-BA

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

1.1. NOME:

1.2. IDADE:

1.3. SEXO: Masculino () Feminino()

2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

2.1 Qual sua profissão?: _____

2.2 Formação Educacional _____

2.3 Tempo de formação: _____

2.4 Possui especialização? _____

3. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

3.1 Tempos de trabalho na PSF: _____

3.2 Concursado () SIM () NÃO

4. ATUAÇÃO PROFISSIONAL

4.1 Cargo que desempenha na Equipe _____

4.2 A instituição atende a quantas famílias? _____

5. ANÁLISE SOBRE O PRINCÍPIO DA INTERSETORIALIDADE

5.1 As ações de intersectorialidade acontecem de forma efetiva entre as políticas de saúde e as políticas de assistências sociais

5.2 Por estarem localizados no mesmo bairro existem trabalho em rede entre as unidades? _____

5.3 De acordo o seu conhecimento a Secretaria de Saúde e a Secretária de Assistência Social dialogam no sentido de fomentar ações intersectoriais? ____

5.4 Como são elaborados os calendários para a realização de atividades e comemorações? As unidades dialogam entre se. _____

5.5 Existe engajamento por parte dos gestores e coordenadores para a concretização e materialização das políticas de saúde e assistência?