

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Natália Serafim da Silva

INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NO SERVIÇO DE PROTEÇÃO E
ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA:
estudo de caso de um município da região centro sul do estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

Natália Serafim da Silva

INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NO SERVIÇO DE PROTEÇÃO E
ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA:
estudo de caso de um município da região centro sul do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Cecília de Araújo Carvalho

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S586i Silva, Natália Serafim da
Integralidade e intersectorialidade no serviço
de proteção e atendimento integral à família:
estudo de caso de um município da região centro
sul do Estado de Rio de Janeiro / Natália Serafim
da Silva. - Rio de Janeiro, 2017.
91 f.

Orientadora: Maria Cecília de Araújo Carvalho

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2017.

1. Trabalho Social. 2. Integralidade.
3. Vulnerabilidade Social. 4. Problemas Sociais.
5. Políticas Públicas. I. Carvalho, Maria Cecília
de Araújo. II. Título.

CDD 361.3

Natália Serafim da Silva

INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NO SERVIÇO DE PROTEÇÃO E
ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA:
estudo de caso de um município da região centro sul do estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 27/03/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Cecília de Araújo Carvalho (FIOCRUZ/EPSJV)

Prof. Dra. Maria Tavares Cavalcanti (UFRJ/IPUB)

Prof. Dra. Angélica Ferreira Fonseca (FIOCRUZ/EPSJV)

*Dedico este trabalho ao meu irmão Nicolás,
que me faz desejar a cada dia um mundo mais
igualitário para crescer.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em especial, aos meus pais, Sérgio e Andréia, que sempre me proporcionaram o que de mais importante temos nesse mundo: AMOR. E que me ensinam, a cada dia, que temos que colocar AMOR em tudo que fazemos.

Agradeço ao meu marido, Vitor, que sempre me apoiou para que juntos possamos alcançar voos mais altos na vida que escolhemos seguir a dois.

Agradeço a todos os amigos e familiares que entenderam as especificidades desse período de dedicações ao mestrado e que me apoiaram no alcance do meu objetivo.

Agradeço a turma de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, ano de 2015, por termos desenvolvido uma relação de companheirismo e de apoio mútuo ao longo desses dois anos de convivência.

Agradeço a todos os professores que passaram pela minha formação enquanto profissional, em especial à minha orientadora para esta dissertação, Prof. Dra. Maria Cecília.

Muito obrigada!

*“Se, na verdade, não estou no mundo para
simplesmente a ele me adaptar, mas para
transformá-lo;
se não é possível mudá-lo sem um certo sonho
ou projeto de mundo, devo usar toda
possibilidade que tenha para não apenas falar
de minha utopia, mas para participar de
práticas com ela coerentes”
(Paulo Freire)*

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo discutir a intersetorialidade para a atenção integral aos indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social em um programa da Proteção Social Básica da Assistência Social, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Objetivou, também, refletir sobre o papel dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) na articulação intersetorial nos territórios de abrangência, visando à integralidade da atenção. Para tanto, discute-se a atenção integral aos indivíduos e famílias, a intersetorialidade, a vulnerabilidade social e o processo de construção da proteção social no Brasil. A metodologia de pesquisa utilizada foi revisão bibliográfica, documental e pesquisa de campo, através da técnica de entrevistas semiestruturadas a profissionais atuantes no PAIF no Município de Vassouras, região Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro. O material foi analisado a partir da análise do conteúdo por categorias.

Palavras-chave: Integralidade. Intersetorialidade. Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

The present dissertation aimed to discuss the intersectoriality for the integral attention to individuals and families in situation of social vulnerability in a Basic Social Protection program of Social Assistance in Brazil, the Service of Protection and Integral Assistance to the Family (PAIF). It also aimed to reflect on the role of the Social Assistance Reference Centers (CRAS) in the intersectoral articulation in the territories os work, focusing at the integrality of attention. For this, the integral attention to individuals and families, the intersectoriality, social vulnerability and the process of construction of social protection in Brazil are discussed. The research methodology used was a bibliographical, documentary and field research review, through the technique of semi-structured interviews to professionals working in the PAIF in the Municipality of Vassouras, Central South region of the State of Rio de Janeiro. The interviews was analyzed using the content analysis by categories.

Keywords: Integrality. Intersectoriality. Social Vulnerability.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS	25
Figura 2	Setores que fazem parte da Rede de Proteção e Promoção Social	32
Figura 3	Dimensões do IDF	42
Figura 4	Divisão do Estado do Rio de Janeiro por regiões de governo e microrregiões geográficas	49
Quadro 1	Quadro analítico da intersetorialidade entre as políticas públicas de desenvolvimento urbano e social	22
Quadro 2	Responsabilidades do CRAS e da gestão municipal	30
Quadro 3	Equipes mínimas dos CRAS	34
Quadro 4	Rede de Educação do Município de Vassouras	50
Quadro 5	Capacidade instalada e fluxo assistencial de saúde	51
Quadro 6	Características sociodemográficas e de saúde complementar	52
Quadro 7	Perfil das participantes do estudo	54
Quadro 8	Adaptado do mapa da pobreza e desigualdade do Município de Vassouras	74

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CadÚnico - Cadastro Único

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CT – Conselho Tutelar

DST/AIDS - Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDF - Índice de Desenvolvimento Familiar

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDV - Identificação de Localidades e Famílias em Situação de Vulnerabilidade

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

IPHAN - Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Família

PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

Pronatec - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PSB - Proteção Social Básica

PSE - Proteção Social Especial

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SEASDH - Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos

SMAS - Secretaria Municipal de Assistência Social

SUAS - Sistema Único da Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO, INTERSETORIALIDADE E PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL	16
2.1 BREVE HISTÓRICO DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL NO BRASIL	16
2.2 INTEGRAÇÃO DOS SETORES: UM CAMINHO PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO	19
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS 2.4 PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO SUAS	23
2.4 PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO SUAS	28
2.4.1 O PAIF	31
3 ASSISTÊNCIA SOCIAL E VULNERABILIDADE	36
3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	36
3.2 VULNERABILIDADE SOCIAL	38
3.2.1 Vulnerabilidade Social e Território	44
4 METODOLOGIA	48
4.1 MUNICÍPIO DE VASSOURAS	49
4.2 SOBRE A TÉCNICA DE PESQUISA	52
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	54
5 INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NO PAIF: MUNICÍPIO DE VASSOURAS	56
5.1 TRABALHO INTERSETORIAL	57
5.2 ATUAÇÃO DOS CRAS NA INTERSETORIALIDADE	60
5.3 DIFICULDADES DO TRABALHO	63
5.4 ACOMPANHAMENTO FAMILIAR	67
5.5 DISCUSSÃO	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	84
ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	88
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	89
ANEXO III – CARTA DE ANUÊNCIA	90

1 INTRODUÇÃO

A Assistência Social, a Saúde e a Previdência Social são o tripé da seguridade social no Brasil. A conquista da saúde como direito de todos e dever do Estado é um grande avanço em relação ao sistema de proteção social brasileiro. Antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), só tinham acesso aos serviços de saúde os trabalhadores incluídos em alguma categoria profissional reconhecida por lei, com comprovação de vínculo empregatício, o que fazia com que as ações de saúde não fossem universais. A extinção deste modelo, chamado de medicina previdenciária, e a implantação de um sistema único de saúde não contributivo são importantes passos no sentido da garantia de direitos no Brasil.

O SUS baseia-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. É gratuito e traz o desafio da redução das desigualdades sociais. O modelo de seguridade social do Brasil afirma o compromisso com a democracia: é abrangente, justo, equânime e democrático, a partir de uma concepção ampliada de saúde que envolve a integração de diversos setores. (BAPTISTA, 2007)

A integralidade da atenção, a descentralização e a participação social são a tríade que expressa a consolidação das conquistas do direito à saúde e da cidadania no Brasil, o que influencia a prestação de serviços neste setor. A integralidade pressupõe o atendimento aos sujeitos em toda sua complexidade, sendo caracterizada pelas ações de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde, potencializada com a integração com os demais setores de atenção aos indivíduos e famílias.

No Brasil, o sistema de saúde é baseado na Atenção Primária à Saúde (APS), que deve coordenar a atenção aos usuários e o fluxo de informações de todo o sistema de saúde. Os serviços ofertados na APS devem ser articulados com aqueles ofertados nos demais níveis de atenção à saúde e pelo restante da rede de proteção social. (OPAS, 2008)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz as definições de estruturação da APS no Brasil. Para isso, o trabalho das equipes da APS deve acontecer a partir da adscrição de clientela por território, partindo-se de características específicas, como vulnerabilidades sociais. Deve aproximar-se ao máximo dos indivíduos, famílias e comunidades, sendo a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Para a atenção integral efetivar-se, é necessário que se considere a singularidade dos sujeitos e a inserção sociocultural.

De forma análoga à atenção primária à saúde, tem-se no Sistema Único da Assistência Social (SUAS) a Proteção Social Básica, que visa atuar na prevenção de rompimentos de vínculos familiares e comunitários para atenção integral e fortalecimentos dos indivíduos e

comunidades. Os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) são os equipamentos da Proteção Social Básica da Política de Assistência Social que têm como responsabilidade a articulação intersetorial dos serviços presentes no território de abrangência e a articulação da rede de garantia de direitos dos usuários da assistência social.

O trabalho de acompanhamento dos indivíduos e famílias nos CRAS deve considerar todos os serviços e equipamentos existentes no território de abrangência destes equipamentos, tanto os pertencentes à assistência social quanto os de outros setores, para que, através da integração entre os serviços, os usuários acompanhados possam ter acesso à proteção social e o atendimento integral às suas necessidades.

É na necessidade de concretização dos direitos sociais no Brasil e na integração entre os setores e serviços que os CRAS atuam, sendo responsáveis pela oferta de três serviços: o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas e o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que será o objeto de estudo e análise neste trabalho.

O PAIF iniciou-se em âmbito nacional no Brasil nos anos 2000, sendo ao longo do tempo modificado e aprimorado. Conforme estipulado na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), é serviço obrigatório e exclusivo dos CRAS, cujas ações devem ter caráter continuado com vistas a garantir a efetividade.

O público prioritário do PAIF são famílias em situação de vulnerabilidade social, que pode ser decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade, dentre outros fatores. As famílias que devem ser prioritariamente acompanhadas são as beneficiárias de programas de transferência de renda (como o Bolsa Família) e benefícios assistenciais (como o Benefício de Prestação Continuada - BPC) e famílias com pessoas com deficiência e/ou idosas em situação de vulnerabilidade social. (BRASIL, 2009b)

O conceito de vulnerabilidade social abarca fatores diversos aos quais podem estar submetidos os sujeitos e famílias, não sendo restrita à condição de pobreza, mas de riscos diversos a partir de imposições econômicas, sociais e políticas. São características, portanto, vinculadas ao empobrecimento da classe trabalhadora, mas também a dificuldades culturais e de relacionamentos, uma vez que estas impactam diretamente nas vidas das famílias. A vulnerabilidade social implica na redução das possibilidades de respostas em situações de risco ou constrangimentos naturais da vida, com predisposição à precarização, vitimização e agressão. Também são consideradas as possibilidades de resiliência e resistência a estas

situações, com disposição para enfrentar confrontos e conflitos em situações difíceis nas diversas fases do ciclo de vida. (ALVES; SEMZEZEM, 2013)

O enfrentamento às desigualdades sociais e à vulnerabilidade social é complexo; para tanto, é necessário o fortalecimento da integração entre os serviços ofertados pelos diversos setores: assistência social, saúde, educação, cultura, esporte e lazer, segurança pública, justiça e garantia de direitos, dentre outros.

A integração entre os diversos setores traz o desafio da superação da fragmentação existente entre as políticas públicas¹, em especial no rompimento com práticas clientelistas advindas da administração pública. A intersectorialidade é caracterizada como a necessidade de integração entre os diversos setores para que seja atingido um objetivo comum nas políticas públicas. Devido a isso, passou a figurar no protagonismo das políticas setoriais, para aumentar a efetividade das ações e a articulação entre governo e sociedade civil. (NASCIMENTO, 2010)

A intersectorialidade é central para a integralidade da atenção e para o enfrentamento das vulnerabilidades, mas pouco é falado ou discutido acerca de sua execução no PAIF, o principal programa da Proteção Social Básica da Política de Assistência Social. Os conceitos aparecem pouco definidos nos documentos da Política de Assistência Social, sendo a mesma dificuldade apresentada por outros autores em seus estudos em diversos campos, inclusive quanto ao monitoramento e avaliação dos efeitos da intersectorialidade. (GARCIA et al, 2014; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004)

Neste trabalho, foi abordada, de maneira mais aprofundada, a integração entre os serviços de saúde e assistência social para o atendimento integral às famílias, partindo-se de um paralelo estabelecido entre a Atenção Primária à Saúde no SUS e a Proteção Social Básica no Sistema Único da Assistência Social (SUAS). As políticas de saúde e de assistência social mostram-se complementares no atendimento aos usuários, o que aparece em documentos de ambas as políticas. (NASCIMENTO, 2010)

Considerando-se o breve panorama exposto, o presente trabalho teve por objetivo discutir a intersectorialidade para a atenção integral aos indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social em um programa da Proteção Social Básica da Assistência Social, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Objetivou, também, refletir sobre o papel dos Centros de Referência da Assistência Social na articulação intersectorial nos

¹ O termo 'política pública' diz respeito a denominação dada "às respostas que o Estado apresenta às necessidades de sua população. Assim, cada área específica que afeta a vida dos cidadãos merece uma resposta do Estado, como, por exemplo, uma política de educação, uma política de segurança, uma política de transporte e assim por diante" (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014, p. 19)

territórios de abrangência e as dificuldades encontradas para a efetividade do acompanhamento familiar no âmbito da assistência social.

Para discussão da temática proposta, será apresentado, no primeiro capítulo - Integralidade da Atenção, Intersetorialidade e Proteção Social no Brasil -, um breve histórico da concepção de saúde como direito social e a discussão da intersetorialidade como caminho para a integralidade da atenção, a partir da Atenção Primária à Saúde no SUS e da Proteção Social Básica no SUAS. Será, também, apresentado de maneira aprofundada o que é o PAIF e como este está estruturado.

No segundo capítulo - Assistência Social e Vulnerabilidade - será apresentada a assistência social no Brasil, a partir da construção da Política Nacional de Assistência Social. Será discutido o conceito de vulnerabilidade social e sua relação com os territórios de vida dos sujeitos, discussão que se mostra central para a compreensão da temática proposta nesse trabalho.

O terceiro capítulo - Metodologia - traz os procedimentos metodológicos que foram utilizados na pesquisa e a descrição do campo no qual foram realizadas a pesquisa e as entrevistas, qual seja, a Proteção Social Básica da Assistência Social em Vassouras, município localizado na região centro sul do estado do Rio de Janeiro. A técnica utilizada para o trabalho de campo foi de entrevistas semiestruturadas, que visaram identificar o papel do CRAS e os desafios para o trabalho intersetorial no PAIF na atenção integral aos indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. Para análise do material coletado, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin, que caracteriza-se por ter como objeto de análise a fala, ou seja, o aspecto individual da linguagem.

No quarto e último capítulo - Integralidade e Intersetorialidade no PAIF: Município de Vassouras - será apresentada a análise do material coletado no trabalho de campo, que foi dividido em quatro categorias para tratamento mais minucioso: (1) trabalho intersetorial; (2) atuação do CRAS na intersetorialidade; (3) dificuldades do trabalho; e (4) acompanhamento familiar, as quais destacaram-se nas falas das entrevistadas e foram escolhidas após realização de leitura flutuante das transcrições das entrevistas.

Ao final, apresentam-se as considerações finais e questões para discussão, que poderão também embasar futuros trabalhos para aprofundamento da temática abordada nesta pesquisa. A relevância social deste projeto se dá pela necessidade de maiores estudos sobre o tema, que possam embasar e trazer, na prática, melhorias aos serviços prestados à população em situação de vulnerabilidade social no Brasil.

2 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO, INTERSETORIALIDADE E PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

2.1 BREVE HISTÓRICO DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL NO BRASIL

A saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme o art. 196 da Constituição Federal de 1988, é um importante marco na luta pelos direitos sociais no Brasil. Antes de ser concebida desta forma, o acesso aos serviços de saúde em nosso país não era universal. A noção de saúde como direito ganhou destaque com a reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

Antes do SUS, só tinham acesso aos serviços de saúde os trabalhadores formalmente incluídos em alguma categoria profissional reconhecida por lei, com vínculo empregatício. Este cenário permeou boa parte da república brasileira, o que caracterizava uma enorme exclusão da maior parte da população. Poucos eram os indivíduos que atingiam os requisitos necessários para terem algum tipo de assistência de saúde, sem precisar recorrer à caridade, à assistência privada ou a alguns poucos serviços de saúde organizados pelo Estado. (BAPTISTA, 2007)

Até a chegada da família real ao Brasil, a assistência à saúde era realizada sem qualquer regulamentação profissional; com sua chegada, houve também a vinda de mais médicos e o início de um processo de institucionalização do setor saúde no país, bem como a regulamentação da profissão de médico. Naquele momento da história, o foco da atenção à saúde da população era garantir mão-de-obra saudável para a produção da riqueza do país, em especial no tocante à exportação de produtos. (BAPTISTA, 2007) Com isso, a atenção à saúde do trabalhador era consequência do interesse político em manter as cidades saudáveis e garantir a produção. Esta lógica do acesso à saúde vinculado ao trabalho se manteve ainda por muitos anos no Brasil.

A partir de 1903, com a reforma na saúde implementada sob a coordenação de Oswaldo Cruz, ocorreu o momento da campanha de vacinação obrigatória, que gerou o histórico movimento popular da Revolta da Vacina no Rio de Janeiro. Tais ações atingiram o objetivo de avançar no controle, combate e desenvolvimento de conhecimento sobre algumas doenças.

As primeiras ações de saúde do Estado tiveram início na Alemanha, em 1880, com objetivo de promover proteção social à população. Além das ações de saúde, a política

também incluía a previdência social e questões relacionadas a acidentes no trabalho. Essas ações possuíam o caráter de medicina previdenciária, ou seja, não eram universais, uma vez que somente tinham acesso os trabalhadores que pagavam pelos serviços (contribuição financeira). O modelo alemão de proteção social serviu de base para a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps) no Brasil, regulamentadas em 1923 por pressão dos trabalhadores, que faziam reivindicações pela assistência à saúde e previdência. (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014)

Ainda na década de 1930 foram criados os Institutos de Aposentadorias de Pensões (IAPs), divididos por categorias profissionais. Diferente das caixas e Aposentadorias e Pensões, que eram vinculadas a empresas empregadoras, os IAPs abrangiam toda uma categoria profissional. Cada instituto dispunha de rede própria de atendimento com ambulatórios e hospitais para assistência e recuperação da força de trabalho. A assistência médica previdenciária na década de 1940 foi estruturada tendo como base o modelo flexneriano, qual seja, pautado na biomedicina, o que também orientou a organização dos hospitais estaduais e universitários. (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

A partir da década de 1950 o quadro no Brasil foi de expansão rápida e progressiva da oferta dos serviços de saúde para a população, visando alavancar a economia no país, em especial nos grandes centros urbanos:

as políticas de saúde configuram-se em um importante instrumento do Estado, não mais apenas pelo controle a ser exercido no espaço de circulação de produtos e do trabalhador, mas principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar - postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios e tantos outros. (BAPTISTA, 2007, p. 40)

No período do Regime Militar a saúde sofreu ampla expansão do setor privado, com precário investimento estatal. Em 1966, houve a unificação dos Institutos de Aposentadorias de Pensões, que foram reunidos em um único instituto, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), a partir de ações ainda focadas no atendimento individual. As ações de saúde pública ficavam a cargo dos governos estaduais e do Ministério da Saúde. (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007)

As políticas públicas para desenvolvimento social também foram deixadas de lado no período do Regime Militar, o que aumentou a pobreza e a desigualdade social. A contratação de serviços privados para atendimento à população gerou aumento de gastos com o setor saúde, que estava subordinado ao INPS, ou seja, só eram ofertados serviços àqueles que comprovassem vínculo empregatício. O II Plano Nacional de Desenvolvimento, de 1970,

concretizou uma política estatal voltada para o desenvolvimento social, com a tentativa de integração das políticas estatais e um consequente impulso do movimento sanitário na segunda metade da década. (BAPTISTA, 2007)

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram colocadas novas propostas para um sistema de saúde universal que deram origem aos objetivos do SUS expressos na Lei nº. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Os objetivos do SUS são: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, o dever do Estado de garantir a saúde visando a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Os princípios de organização do SUS embasam as diretrizes de materialização do sistema de saúde brasileiro. Os princípios do SUS expressos na Lei 8080/08 são treze: universalidade; integralidade de assistência (conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos em todos os níveis de atenção); preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação; divulgação de informações sobre os serviços de saúde; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A noção de saúde como direito social é uma conquista de anos de luta do movimento da reforma sanitária, sendo garantida através do artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado. O modelo de seguridade social do Brasil afirma o compromisso com a democracia e rompe com a lógica excludente anterior. Neste sentido, mostra-se abrangente, justo, equânime e democrático, trazendo consigo uma concepção ampliada de saúde que envolve a integração de diversos setores. (BAPTISTA, 2007)

A característica de ser um sistema não contributivo é o princípio fundamental da reforma sanitária. O princípio da universalidade do SUS versa sobre a igualdade de todo cidadão perante o sistema de saúde, independente de contribuição (seguro social) e com garantia de atendimento até o limite do que o sistema pode oferecer para todos. (BAPTISTA, 2007) A universalidade baseia-se na ideia de direito social/coletivo, e não individual garantido através de qualquer forma de pagamento. O financiamento do sistema se dá através da arrecadação de impostos, entre outros recursos, para garantia da oferta e continuidade dos serviços de saúde. O princípio da universalidade é atravessado pela concepção ampliada de saúde, e traz, consigo, o desafio da mudança social, com a proposta de reformulação não somente do setor saúde, mas de toda a sociedade, pautando-se na noção de justiça social, igualdade e democracia.

O princípio da equidade traz ao SUS a pretensão de redução das desigualdades, partindo-se do reconhecimento da pluralidade das necessidades humanas. As iniquidades sociais brasileiras são parte do processo histórico nacional e geram formas diferenciadas de acesso aos direitos sociais, o que inclui o direito à saúde.

O princípio da integralidade remete a uma concepção integral dos sujeitos, famílias e comunidades. Desta forma, todos devem ser identificados e atendidos nas suas mais diversas necessidades. Tal princípio estabelece um compromisso estatal com a garantia do acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde de forma articulada, tendo atendidas todas as suas necessidades em todos os níveis de complexidade. Surge da antiga necessidade de integração entre as ações de saúde pública e as de medicina previdenciária, de forma a articular um sistema único nacional de saúde. (BAPTISTA, 2007)

2.2 INTEGRAÇÃO DOS SETORES: UM CAMINHO PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

A Organização Mundial de Saúde, já em 1948, definiu que a saúde não é restrita ao bem-estar físico e incluiu o bem-estar mental e social como essenciais. A integralidade da atenção visando ao bem-estar dos sujeitos pressupõe a integração dos serviços de maneira a atender os sujeitos em sua complexidade.

Os desafios para que seja alcançada a integralidade na atenção à saúde ainda são muitos, e estes não estão restritos ao Brasil. No macrocenário mundial e no debate internacional sobre o tema, aponta-se, também, que as iniquidades em saúde têm natureza intersetorial e demandam, portanto, respostas a partir da articulação entre diversos setores.

No tocante à América Latina, ainda são poucas as formas de atenção à saúde pautadas na coordenação de cuidados, com fragmentadas redes de atenção, o que faz com que se tenham poucos estudos sobre a temática nesta região. (ALMEIDA et al., 2010) Basicamente, a América Latina apresenta três principais modalidades de integração em saúde: atenção primária seletiva integrada nos programas de saúde materno-infantil, atenção primária como porta de entrada e estruturante do sistema público de saúde (como é o caso do Brasil) e a atenção primária em sistemas com universalização incompleta com base municipal. As principais estratégias para a coordenação de cuidados são: territorialização com adscrição de clientela, equipes multidisciplinares, equipes de apoio especializadas, centrais de marcação de consultas, dentre outras. (CONILL; FAUSTO, 2007)

Em relação ao Brasil, a integralidade parece ser o objetivo-fim (ou “imagem-objetivo”) daquilo que desejamos para o SUS, ou seja, a imagem do que almejamos que o sistema consiga alcançar. (MATTOS, 2006) Mattos destacou, em 2006, que ideologias neoliberais e o estrangulamento dos recursos públicos poderiam trazer graves consequências à garantia do direito à saúde como dever do Estado:

Não há dúvidas de que caminhamos muito na direção que sonhávamos, mas há muito mais a caminhar, e ainda há riscos de que num futuro, pressionados pelo estrangulamento de recursos públicos e/ou pela difusão das ideias ofertadas por algumas agências internacionais, os caminhos do SUS se afastem da concepção originária de garantir o acesso universal, igualitário e gratuito aos serviços e ações de saúde. A luta, portanto, continua e é travada cotidianamente no interior dos serviços de saúde, nas reuniões de técnicos e gestores do SUS nos seus diversos níveis, nas novas arenas de negociação e pactuação entre gestores e nos debates nas instâncias que contam com a participação popular. (MATTOS, 2006, p. 47)

A Constituição Federal do Brasil prevê que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988, art. 199), de forma complementar ao SUS e mediante contrato com convênio, mas os defensores do SUS apontam para o desmonte que tem acontecido com o sistema de saúde público nacional, tanto no que diz respeito ao financiamento quanto em relação à terceirização dos serviços, incentivo a planos de saúde, entre outros. A Constituição Federal traz a prerrogativa de que o financiamento da seguridade social deve ser proveniente dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e de contribuições sociais.

Antes da promulgação da Constituição, mais de 80% dos recursos da saúde eram vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(INAMPS²)/Ministério da Previdência e Assistência Social, o que significa que eram provenientes da seguridade social. (BRASIL, 2013).

Ottersen et al. (2014) trazem o debate sobre a intersetorialidade como caminho para melhoria dos problemas em saúde a nível global. Os autores colocam que a saúde mundial necessita de ações intersetoriais para promoção de níveis sustentáveis de saúde e bem-estar, o que deve incluir também agentes não-governamentais, como a sociedade civil, organizações filantrópicas, mídia, empresas privadas e academia. Para tanto, é necessária a participação de agentes comprometidos com a mudança em movimentos sociais, no setor privado e na política.

A Organização Mundial de Saúde traz a abordagem da Saúde em Todas as Políticas como estratégia para aumentar a discussão sobre a intersetorialidade em saúde e os impactos das decisões dos outros setores na saúde das populações. No entanto, a própria organização apresenta dificuldades de realizar discussões intersetoriais, uma vez que em seus espaços de diálogo somente comparecem representantes do setor saúde dos países-membros:

A natureza intergovernamental da OMS, onde cada membro é representado por seu Ministério da Saúde, impede que esta se una de forma adequada a um conjunto mais abrangente de agentes para enfrentar problemas complexos, como os determinantes sociais em saúde, o desafio cada vez maior apresentado pelas doenças não infecciosas e as ameaças à segurança da saúde, tendo em vista a possibilidade de pandemias, mudanças climáticas, violência e crises humanitárias. (OTTERSEN et al, 2014, p. 31)

O debate sobre a intersetorialidade mostra-se ainda aberto. O domínio da política econômica sobre a política social gera a mercantilização dos serviços básicos à população (como saúde, educação, habitação) e a desresponsabilização do Estado. (KOGA, 2003, apud NASCIMENTO, 2010) Nascimento (2010) destaca que há uma hierarquia de poder nas políticas públicas que fazem com que se destaquem políticas macroeconômicas. Nas políticas setoriais, as interferências econômicas e os interesses políticos dos responsáveis pelas decisões ainda possuem grande influência. Desta forma, cada política setorial acaba por ter um valor diferente atribuído, uma vez que atendem a interesses diversos, o que se reflete também em termos de financiamento.

Sposati (2006) acrescenta que as políticas intersetoriais devem ser complementares às setoriais, ou seja, devem andar juntas no processo de gestão, e não vistas como antagônicas. Koga (2003, p. 238) traz a reflexão da intersetorialidade como perspectiva para as políticas

² Criado em 1977, durante a Ditadura Militar, e extinto em 1993, assumiu a responsabilidade da assistência médica aos segurados do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que ficou responsável apenas pela concessão de benefícios previdenciários.

públicas, enquanto articulação das políticas sociais, urbanas e econômicas. (apud NASCIMENTO, 2010)

realizar um projeto articulado das políticas sociais e desenvolvimento urbano demanda a mudança de práticas, padrões, valores, enfim, da cultura organizacional das instituições públicas gestoras das políticas públicas, ou ainda a incorporação de organizações autônomas voltadas para os interesses coletivos capazes de dar maior eficácia à gestão das políticas. (NASCIMENTO, 2010, p. 100)

A intersectorialidade pode ser ascendente (quando aplicada a partir da gestão municipal) ou descendente (quando considera diversos sujeitos de organismos públicos e sociedade civil para a formulação de propostas e atendimento dos objetivos). (SPOSATI, 2006, apud NASCIMENTO, 2010) Neste sentido, Nascimento propõe um quadro para análise da intersectorialidade entre as políticas de desenvolvimento urbano e social, no qual fez-se um recorte e destacou-se aqui os graus e dimensões da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social:

Políticas Públicas	Grau	Dimensão	Outras Políticas
Assistência Social	Ascendente/ Descendente	Setorial/ Intersetorial	Saúde Educação Cultura Esporte Emprego Habitação E outras
Saúde	Ascendente/ Descendente	Setorial/ Intersetorial	Saneamento Ambiental Meio Ambiente Educação

Quadro 1: Quadro analítico da intersectorialidade entre as políticas públicas de desenvolvimento urbano e social
Fonte: Adaptado de NASCIMENTO, 2010, p. 112-113.

Pode-se observar que as políticas de saúde e assistência social são identificadas como tendo tanto a dimensão setorial quanto a intersectorial. Da mesma forma, ambas possuem grau ascendente e descendente, sendo implementadas a partir de grau ascendente e propondo relação intersectorial de grau descendente em nível local. (NASCIMENTO, 2010)

A mesma autora relata que, no processo de implementação da política de assistência social, a intersectorialidade mostra-se necessária, sendo a mesma expressa muitas vezes a partir

de palavras similares, como: interface, conexão, inter-relação, integração. Em relação a intersectorialidade na política de saúde, essa não aparece de forma tão expressiva, mas está presente em alguns pontos da lei 8080/90, em especial no processo de integração das políticas de saúde, meio ambiente e saneamento básico. Na época da promulgação da referida lei, no entanto, o debate acerca de intersectorialidade não havia ganhado tanto foco, mas as palavras “articulação”, “participação” e “colaboração” podem ser entendidas como sinônimo para esta análise.

A partir da análise apresentada por Nascimento, pode-se observar que a intersectorialidade possui diversas formas de expressão, devendo-se sempre ressaltar a necessária complementariedade entre as políticas.

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS

A declaração de Alma-Ata é considerada um dos mais importantes documentos relacionados à Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo. Foi resultado da conferência internacional realizada em 1978, na República do Cazaquistão, na qual diversos países assumiram compromissos acerca da promoção da saúde às populações. Naquela ocasião,

Os governos deveriam formular estratégias que modelassem os seus sistemas nacionais de saúde e a implementação da atenção primária, por intermédio de programas e serviços essenciais, ampliação da cobertura e do acesso, estruturação de um sistema de referência e participação comunitária; os programas passaram então a ser definidos como tecnologias ofertadas para a difusão de uma determinada técnica considerada como de grande eficácia. (GUEDES, 2009, p. 133)

Naquele momento, o modelo hospitalocêntrico no Brasil e no mundo apresentava resultados muito ruins, com altos custos financeiros e baixa resolutividade, o que gerou necessidade de que forem pensadas novas formas de atenção à saúde³, baseada na atenção primária. Algumas experiências já se faziam presentes nesse sentido desde 1920, mas foi a partir de Alma-Ata que o modelo de APS estruturou-se melhor, com a contribuição de importantes atores sociais, como a OMS, o Banco Mundial e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014)

Os modelos de assistência à saúde são diversos. No Brasil, muitos já foram adotados, a exemplo daquele baseado em programas específicos (Programas Verticais) e do modelo flexneriano. A partir da década de 1990, após o início da implantação do SUS, o modelo

³ “O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais.” (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007, p. 27)

adotado no país foi o da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste modelo, a rede básica de saúde é a porta de entrada preferencial do sistema. (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007)

Os fluxos reais e as necessidades das pessoas fazem com que a APS não seja a única porta de entrada ao sistema de saúde. Somam-se a isso as dificuldades de estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência e na articulação entre os níveis de atenção e os serviços. Silva Júnior e Alves (2007) atribuem diversos fatores a estas dificuldades: desvalorização da atenção básica, com maior valorização dos serviços mais complexos (atenção terciária); falta de reconhecimento da complexidade envolvida no trabalho da APS, que inclui a interdisciplinaridade; dificuldades de articulações intersetoriais; necessidade de maior retaguarda para a solução de problemas na APS e para a continuidade da atenção; fragmentação do cuidado entre os diversos níveis, com concepção restrita de saúde.

Considerando todas as dificuldades que se apresentam em relação à integralidade da atenção em saúde, em 2007 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) divulgou documento de posicionamento (publicado em português em 2008), no qual propõe uma renovação da APS nos países das Américas, a partir da visão de que a APS é a melhor abordagem para a melhoria das condições de saúde das populações e organização dos sistemas de saúde, potencializando a equidade e solidariedade, pautando-se nos “princípios da APS de resposta às necessidades de saúde das pessoas, fomento da qualidade, responsabilidade governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade.” (OPAS, 2008)

A OPAS coloca que as famílias e comunidades são a base da APS, desde o planejamento à ação, e ações intersetoriais são fundamentais para abordar os determinantes sociais de saúde e equidade, incluindo os setores público, privado e sem fins lucrativos. As necessidades locais devem ser consideradas para organização da APS nos diversos países, mas a organização propõe valores, princípios e elementos básicos de um sistema de saúde baseado na APS.



Figura 1: Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS.
Fonte: OPAS, 2008, p. 9.

No círculo central encontram-se os valores básicos de uma atenção à saúde pautada da APS: direito ao mais alto nível possível de saúde, equidade (como obrigação legal e social) e solidariedade para alcançar o bem comum das sociedades. O primeiro diz respeito à oferta de serviços a todos, sem distinções e discriminações de qualquer tipo, ou seja, a saúde como direito dos cidadãos e responsabilidade do governo e atores sociais. Isso já se encontra expresso em diversas constituições nacionais (como a do Brasil) e tratados sociais. Esse direito visa garantir que as necessidades das pessoas serão supridas com qualidade, eficiência e efetividade, reduzindo-se os danos.

A equidade remete ao fortalecimento da solidariedade social, sendo um alicerce dos valores sociais: a forma como os membros menos favorecidos de uma sociedade são tratados reflete um valor implícito ou explícito dado à vida humana. Essas diferenças de tratamento não são justas e impactam no estado de saúde, no acesso aos cuidados e acesso aos serviços de saúde e assistência social. A equidade enquanto valor básico e central para um sistema de saúde baseado na APS ressalta o fato de que as políticas e programas de saúde devem ser promotores da equidade social.

Os sistemas de saúde e seguridade social são mecanismos através dos quais a solidariedade se manifesta: em uma sociedade solidária, as pessoas trabalham juntas para alcançar o bem comum e para a solução de problemas. A solidariedade é manifestada a nível

governamental e em formas de participação dos cidadãos na vida em sociedade, como na forma de organizações voluntárias e sindicatos.

No círculo intermediário da figura estão os princípios para a operacionalização do sistema de saúde, que são sete: intersetorialidade, capacidade em responder às necessidades de saúde das pessoas; serviços orientados a qualidade; responsabilização dos governos; justiça social; sustentabilidade; e participação. Tais princípios trazem a base para as políticas de saúde, legislação, avaliação, recursos e operacionalização do sistema de saúde. Eles são a conexão entre os valores sociais e os elementos funcionais e estruturais do sistema.

Dentre os princípios, pode-se destacar a intersetorialidade, que versa sobre a necessidade do setor saúde trabalhar em conjunto com os demais setores para maximizar o potencial das ações e o desenvolvimento humano:

O princípio da intersetorialidade necessita da criação e da manutenção de vínculos entre os setores público e privado, tanto dentro como fora dos serviços de saúde, incluindo mas sem limitar-se aos seguintes fatores: trabalho e emprego, educação, habitação, agricultura, produção e distribuição de alimentos, meio ambiente, água e saneamento, assistência social e planejamento urbano. (OPAS, 2008, p. 11)

No círculo externo estão os elementos estruturais e funcionais da APS como base de um sistema de saúde, no qual encontra-se a atenção integral, integrada e contínua à saúde e, novamente, a importância das ações intersetoriais. A atenção integral, integrada e contínua significa que os serviços devem incluir cuidados da atenção primária, secundária, terciária, de prevenção e também os paliativos. É necessária a integração em todo o sistema de saúde e os cuidados devem ser longitudinais no tempo e sem interrupções, incluindo outros serviços da seguridade social, quando necessários.

Somadas a elas, temos a cobertura e acesso universais; o primeiro contato; a orientação familiar e comunitária; a ênfase na promoção e prevenção; atenção apropriada; mecanismos de participação ativa; marco político, legal e institucional sólido; políticas e programas pró-equidade; organização e gestão ótimas; recursos humanos apropriados; e recursos adequados e sustentáveis.

A estruturação de um sistema de saúde baseado na APS faz com que este nível de atenção à saúde coordene o cuidado e continuidade da atenção aos usuários, assim como o fluxo de informações de todo o sistema de saúde. Os serviços ofertados na APS devem ser complementados pelos ofertados nos demais níveis de atenção à saúde (ambulatoriais e hospitalares) e pelo restante da rede de proteção social. (OPAS, 2008)

Os sistemas de atenção à saúde devem estar integrados para que seja possível a coordenação por todos os níveis de serviços, sendo importante o estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência para continuidade da atenção. O planejamento, avaliação e desempenho do sistema devem ser monitorados para a garantia dos melhores resultados possíveis. O sistema deve criar laços com os indivíduos, a comunidade e os demais níveis sociais, garantindo o acesso equitativo a todos, devendo estar fisicamente localizado o mais próximo possível de todos. (idem)

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2012, traz orientações, princípios e diretrizes acerca da APS no Brasil. No documento, “atenção básica” e “atenção primária à saúde” são considerados termos equivalentes. O mesmo traz a Saúde da Família como estratégia principal para atuação na APS, visando a atenção integral.

A PNAB define que o trabalho da APS deve ser realizado pelas equipes a partir da adscrição de clientela por território, considerando-se as características específicas deste, como vulnerabilidades e critérios de risco. Deve ser descentralizada e capilarizada, para aproximar-se ao máximo dos indivíduos, famílias e comunidades, sendo a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Para a atenção integral, considera-se a singularidade dos sujeitos e a inserção sociocultural, devendo-se desenvolver contatos e atuações intersetoriais para o cuidado:

integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. (BRASIL, 2012b, p. 21-22)

A APS é pautada na ideia de atenção à saúde a partir da imagem de uma pirâmide, a qual teria como base a atenção primária à saúde, seguida da atenção secundária e da terciária, com complexidade que cresce em direção ao topo. (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007)

As ações intersetoriais implicam em uma ampliação do impacto sobre a saúde das populações, estabelecendo-se as responsabilidades de cada setor e partindo-se da atuação baseada na integração entre os setores e atores. A necessidade de separações claras das responsabilidades dos setores decorre, por exemplo, da tentativa de evitar negligências que possam ocorrer em relação aos serviços prestados. Com esta forma de organização do sistema de saúde, objetiva-se maior alcance dos serviços à população.

Um sistema baseado na APS está intimamente ligado a **ações intersetoriais** e abordagens comunitárias para promover a saúde e o desenvolvimento

humano. Essas ações são necessárias para abordar os determinantes fundamentais da saúde da população, mediante a criação de vínculos sinérgicos entre a saúde e os outros setores e atores, tais como escolas, locais de trabalho, programas de desenvolvimento econômico e urbano, desenvolvimento e comércio agrícola, fornecimento de água e saneamento etc. (OPAS, 2008, p. 15, grifo dos autores)

Dados apresentados em pesquisa realizada por Almeida et al. em quatro grandes centros urbanos brasileiros (Aracaju/SE, Belo Horizonte/MG, Florianópolis/SC e Vitória/ES) demonstraram que o modelo de APS pareceu ser o mais adequado para o acompanhamento de saúde dos usuários do SUS. Tal estudo baseou-se na opinião de gestores, profissionais e famílias cadastradas, concluindo que, nestas cidades, há uma preocupação com a atenção integral à saúde dos indivíduos, ainda que em níveis diferentes. Dificuldades nos processos de referência e contra-referência fazem com que os profissionais da rede básica de saúde não consigam acompanhar completamente os casos encaminhados para cirurgias eletivas, o que poderia ser melhorado com a implementação de encaminhamentos via centros de saúde e maior integração entre profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde. Tal troca de informações é fundamental para a coordenação de cuidados pela APS e para a integralidade da atenção à saúde. (ALMEIDA et al., 2010)

2.4 PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO SUAS

No Sistema Único da Assistência Social (SUAS), a Proteção Social Básica (PSB) seria o equivalente à Atenção Primária à Saúde no SUS: há serviços e equipamentos que se pautam na territorialização e integralidade do cuidado e da atenção aos indivíduos, famílias e comunidades, com fundamental importância atribuída à intersetorialidade.

Na Política de Assistência Social a intersetorialidade aparece como peça fundamental para a atenção integral às famílias. Esta articulação pressupõe integração com os serviços de saúde, educação, acesso ao emprego e outros tantos. Uma atenção integral aos indivíduos e famílias somente é possível quando é pensada a articulação entre todos os serviços ofertados em determinado território.

Art. 2º - Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais. (BRASIL, 1993a, Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

De forma análoga aos níveis de atenção à saúde no SUS, podemos pensar os serviços da assistência social a partir da imagem de uma pirâmide: a Proteção Social Básica seria a base, seguida pela Proteção Social Especial de média e alta complexidade. A Proteção Social Básica acompanha sistemática e prioritariamente famílias em situação de vulnerabilidade social especialmente decorrente da pobreza e visa prevenir situações de risco, sendo realizada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). A Proteção Social Especial de média e alta complexidade atua quando os direitos dos indivíduos e/ou famílias foram violados e vínculos familiares e comunitários já foram rompidos, atendendo prioritariamente pessoas em situação de exclusão social das mais diversas formas e situações socioeconômicas, sendo ofertada pelos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e abrigos.

Os CRAS e CREAS atendem usuários pertencentes à determinada área de abrangência, levando-se em consideração os diversos territórios, que são delimitados a partir das relações que se estabelecem nos espaços sociais. Este conceito considera as relações de reconhecimento, afetividade e identidade entre os indivíduos de determinada localidade. A territorialização possibilita a oferta de serviços em maior proximidade com os usuários, na perspectiva da descentralização político-administrativa, o que aumenta a eficácia e efetividade dos serviços.

É no território que se encontram, também, as possibilidades de enfrentamento das desigualdades. Com uma boa gestão, torna-se possível a construção da perspectiva da universalidade de cobertura da política de assistência social a partir das particularidades do território. Os equipamentos da assistência social democratizam o acesso aos direitos e contribuem para o fortalecimento da cidadania, aumentando a inserção social dos seus usuários. Através da gestão dos serviços ofertados em determinado território e da perspectiva do trabalho em rede, é possível o aumento da integração das políticas e a indução de processos de desenvolvimento social.

O trabalho realizado pela equipe técnica dos CRAS tem por objetivo prevenir situações de vulnerabilidade social e fortalecer os vínculos comunitários e familiares, desenvolvendo potencialidades e aquisições nos indivíduos e famílias. A Proteção Social Básica apresenta-se inovadora por buscar prevenir as situações de vulnerabilidade, rompendo com a lógica anteriormente instalada, na qual atuava-se quando a situação crítica já havia ocorrido. Busca, desta forma, antecipar-se à instalação de situações de vulnerabilidade e risco social, prevenindo-as através do desenvolvimento de potencialidades das famílias, pois:

ninguém está desprovido de tudo: uma família que está sobrevivendo na vulnerabilidade detém ativos importantes. Nessa direção é preciso identificar e fortalecer os recursos disponíveis das famílias, suas formas de organização, participação social, sociabilidade e redes sociais de apoio, entre outros, bem como dos territórios onde vivem. (BRASIL, 2012a, p. 11)

Os CRAS têm a função de articular a rede intersetorial na sua área de abrangência e são também responsáveis pelo acompanhamento das famílias. Os profissionais que atuam nos CRAS devem ter total conhecimento da rede de serviços presente em seu território, bem como da rede de cuidados e garantia de direitos, tanto de seu território como nos demais, quando estes serviços estão indisponíveis na sua área de atuação.

A equipe técnica do CRAS e a coordenação devem repassar para a gestão municipal os dados e informações referentes a sua área de abrangência, para subsidiar a organização e gestão do SUAS em todo o município. O quadro 2 mostra, comparativamente, as responsabilidades do CRAS e da gestão municipal:

CRAS	Órgão Gestor Municipal ou do DF
Fornecimento de informações e dados para o Órgão Gestor Municipal ou do DF sobre o território para subsidiar: <ul style="list-style-type: none"> • A elaboração do Plano Municipal de Assistência Social; • O planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços ofertados no CRAS; • A alimentação dos sistemas de informação do SUAS; • Os processos de formação e qualificação da equipe de referência. 	Elaboração do Plano Municipal de Assistência Social.
	Planejamento, execução física-financeira, monitoramento e avaliação dos serviços socioassistenciais do SUAS.
	Alimentação dos Sistemas de Informação e Monitoramento do SUAS.
	Constituição das equipes de referência e demais profissionais da política de assistência social e qualificação profissional dos trabalhadores do SUAS.
Oferta do PAIF e outros serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica.	Supervisão, apoio técnico da oferta do PAIF e demais serviços socioassistenciais ofertados, tanto nas unidades públicas, quando nas entidades privadas sem fins lucrativos, prestadoras de serviços.

Gestão territorial da rede socioassistencial.	Gestão da rede socioassistencial do município;
	Gestão do processo de conveniamento das entidades privadas sem fins lucrativos de assistência social – quando for o caso.

Quadro 2: Responsabilidades do CRAS e da gestão municipal
 Fonte: BRASIL, 2009b, p. 11.

Os CRAS são responsáveis pela oferta de três serviços, regulamentados pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009a), a qual organiza os níveis de complexidade dos serviços ofertados pelo SUAS: o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

2.4.1 – O PAIF

O primeiro e principal serviço ofertado nos CRAS é o PAIF. Este é um trabalho social com famílias de caráter continuado, que objetiva:

fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. (BRASIL, 2009b, p. 5)

O PAIF deve ser executado de forma a levar em consideração todos os serviços e equipamentos dos diversos setores existentes no território de abrangência do CRAS, para que, através da intersetorialidade e do trabalho em rede, os usuários acompanhados pelo serviço possam ter o acesso à proteção social. São, também, responsáveis por gerir a rede socioassistencial de Proteção Social Básica na sua área de abrangência, o que demanda um grande conhecimento do território, bem como da forma de organização dos serviços disponíveis no mesmo e o acompanhamento dos usuários do SUAS. A figura 2 nos mostra os setores que fazem parte da Rede de Proteção e Promoção Social:

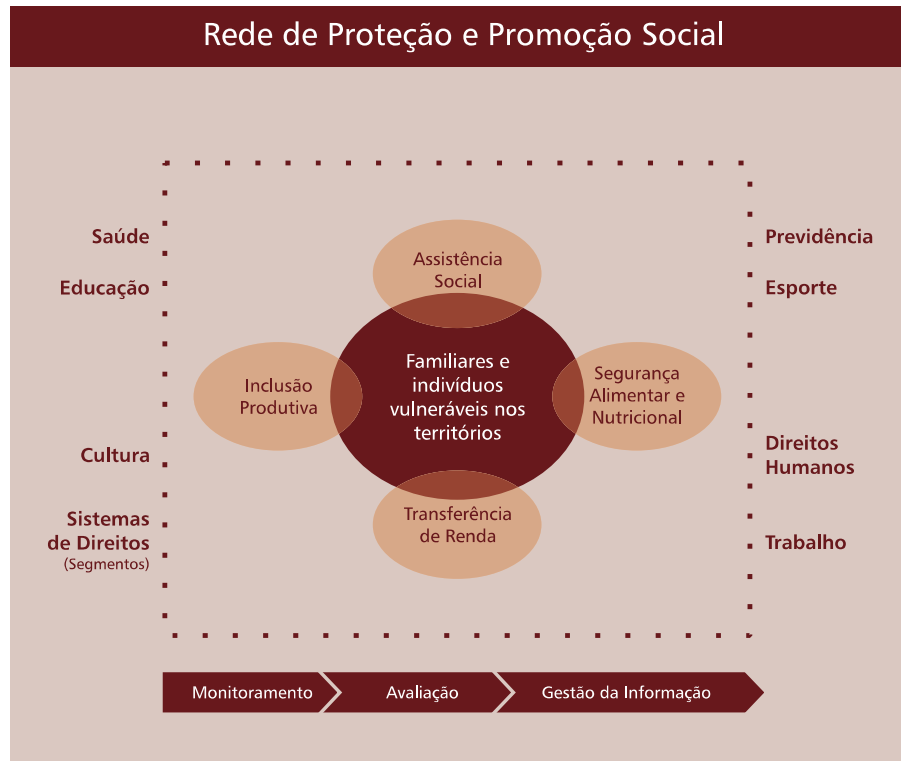


Figura 2: Setores que fazem parte da Rede de Proteção e Promoção Social
 Fonte: BRASIL, 2009c, p. 11.

O primeiro estado a implementar o PAIF, antes mesmo da regulamentação do serviço pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, foi o Rio de Janeiro. Tal serviço foi idealizado visando atingir os objetivos da garantia dos direitos de cidadania, pautando-se na identificação de que as necessidades das famílias são complexas e multifacetadas, e que a assistência social possui forte característica de articulação. Esse serviço surgiu para organizar a rede local e a rede de proteção social, integrando a assistência social às demais políticas públicas. (RIO DE JANEIRO, 2013)

Vale ressaltar que o PAIF/RJ, quando implementado, no final da década de 1990, foi de encontro à lógica neoliberal vigente à época, que fragmentava e reduzia a atuação das políticas sociais, valorizando a ideologia de individuação. A metodologia de trabalho, apoiada em Paulo Freire, visava um olhar aprofundado às necessidades das famílias pobres e o fortalecimento da ação pública, da articulação setorial e intersetorial. (RIO DE JANEIRO, 2013)

O PAIF iniciou-se em âmbito nacional nos anos 2000, sendo ao longo do tempo modificado e aprimorado. A experiência com o acompanhamento familiar teve início no âmbito do SUAS em 2001, com o Núcleo de Apoio à Família. Em 2003 o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome lançou o Plano Nacional de Atendimento Integral

à Família, tendo seu nome modificado para Programa de Atenção Integral à Família em 2004, adequando-se à Política Nacional de Assistência Social (PNAS). O PAIF é serviço obrigatório e exclusivo dos CRAS, conforme estipulado na Lei Orgânica da Assistência Social, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, tendo como princípios norteadores de seu trabalho a universalidade e gratuidade do serviço. (BRASIL, 2012a)

Com a aprovação da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, em 2009, o PAIF passou a ser o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, carregando a concepção de ação continuada, conforme estipula a Lei Orgânica da Assistência Social. A sigla PAIF, no entanto, foi mantida pela opção de resguardar o caráter histórico do serviço, já reconhecido por usuários, profissionais e gestores.

O caráter continuado das ações do PAIF expressa que este deve estar disponível para os usuários de forma permanente e contínua. Para cumprir seus objetivos, o serviço deve também abordar questões da área cultural, contribuindo, assim, para a ampliar as informações das famílias. Tais ações podem incluir arte, literatura, pintura, dança, dentre outros.

O PAIF, portanto, deve se valer de ações culturais, tais como: apresentações musicais, teatrais, dança, exposições de artes plásticas, fotografia, artesanato e salas de memória comunitária a fim de estabelecer uma forma diferenciada e criativa de desenvolver o trabalho social com famílias, pois a cultura é capaz de propiciar impressões e sentimentos que favorecem a reflexão e a assimilação de mensagens necessárias para o resgate de tradições, da história do território, das trajetórias familiares e da identidade da população, constituindo-se como uma poderosa ferramenta apta a estreitar e empoderar as relações familiares e comunitárias. (BRASIL, 2012a, p. 15)

Ao inserir ações culturais em seus trabalhos, o PAIF consolida práticas que avançam no sentido de fortalecer o desenvolvimento coletivo de uma comunidade. Tais ações podem ser articuladas intersetorialmente com a gestão municipal de cultura, para potencializar os resultados.

Apesar de trabalhar com o viés da subjetividade⁴, as ações do PAIF não podem ter caráter terapêutico, como práticas psicoterapêuticas, psicodiagnósticas e psicopedagógicas, bem como terapias alternativas e holísticas. Tal vedação se justifica pelo fato destas práticas não estarem inseridas no rol das seguranças afiançadas pela política de assistência social, quais sejam: a acolhida, o convívio familiar e comunitário, a renda, o desenvolvimento da autonomia e a sobrevivência a riscos circunstanciais. Em situações em que tais intervenções

⁴ A subjetividade sintetiza todas as expressões do ser humano: as visíveis, as invisíveis, as singulares e as genéricas. É a síntese singular de cada um. (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008, p. 22)

se façam necessárias, os usuários devem ser encaminhados para os serviços competentes existentes no município. (BRASIL, 2012a)

Em relação aos recursos humanos para a oferta do PAIF, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS estipula que as equipes dos CRAS devem ser compostas conforme mostra o quadro 3:

Municípios de Pequeno Porte I (até 20.000 habitantes/ 5000 famílias)	Municípios de Pequeno Porte II (20.001 a 50.000 habitantes/ 5.000 a 10.000 famílias)	Municípios de Médio Porte, Grande Porte, Metrópole e DF (acima de 50.001 hab.)
Até 2.500 famílias referenciadas	Até 3.500 famílias referenciadas	A cada 5.000 famílias referenciadas
2 técnicos de nível superior, sendo um profissional assistente social e outro preferencialmente psicólogo.	3 técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais e preferencialmente um psicólogo.	4 técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais, um psicólogo e um profissional que compõe o SUAS.
2 técnicos de nível médio	3 técnicos nível médio	4 técnicos de nível médio

Quadro 3: Equipes mínimas dos CRAS

Fonte: BRASIL, 2006, p. 19.

O acesso dos usuários ao PAIF pode ocorrer a partir de demanda espontânea, por busca ativa das equipes e por encaminhamento de outros serviços da rede socioassistencial ou das demais políticas públicas.

Os CRAS ofertam, ainda o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). O primeiro visa garantir os direitos das pessoas com deficiências e idosas, prevenindo o rompimento de vínculos e estimulando a inserção social, a autonomia e o acesso e permanência das pessoas nas atividades e serviços da assistência social e das demais políticas.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos é realizado a partir de encontros em grupos definidos por faixas etárias (até 6 anos; de 6 a 15 anos; de 15 a 17 anos; e para idosos). Podem também ocorrer grupos intergeracionais, organizados a partir de ciclos

de vida. Este Serviço atua para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e prevenção de situações de vulnerabilidades, através do desenvolvimento de sentimentos de pertença e identidade, com ações de caráter preventivo e proativo. Articula-se com o PAIF para fortalecer o acompanhamento familiar, pautando-se na matricialidade sociofamiliar que embasa a política de assistência social.

3 ASSISTÊNCIA SOCIAL E VULNERABILIDADE

No capítulo anterior realizou-se uma introdução sobre a Proteção Social Básica no SUAS, mostrando de que forma esta pode ser análoga à Atenção Primária à Saúde no SUS. Neste capítulo, a assistência social será abordada e maneira mais aprofundada.

3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A assistência social é historicamente vista como a “assistência aos pobres”. A regulamentação da profissão do assistente social data de 1993 (Lei nº 8.662/1993b), mas sua atuação surgiu inicialmente com a Legião Brasileira de Assistência (década de 1940), que realizava trabalho de caridade aos pobres. Koga (2013) coloca, que até os dias atuais, a proteção social brasileira ainda carrega o peso de ser considerada de responsabilidade privada, na esfera familiar, e não pública.

Ao ser colocada no tripé da seguridade social da Constituição Federal do Brasil de 1988, ao lado da previdência social e da saúde, a assistência social assume status de dever do Estado e direito de todo cidadão que dela necessitar. O tripé da seguridade social encontra-se no Título VIII da Constituição Federal - Da Ordem Social -, que “tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.” (BRASIL, 1988, art. 193).

A Lei Orgânica da Assistência Social, que dispõe sobre a organização da assistência social, veio em 1993 para regulamentar a Constituição Federal, fortalecendo a responsabilidade estatal no âmbito da assistência social e pautando-se nas diretrizes da descentralização político-administrativa, da participação popular e da primazia da responsabilidade do Estado para a efetivação da política em cada esfera de governo. (BRASIL, 1993a, art. 5º)

A análise dos acontecimentos históricos nos permite perceber que até o final da década de 1990 a assistência social atuava de maneira fragmentada e sem continuidade, o que não garantia, de maneira sistemática, o acompanhamento das famílias necessitadas. (RIO DE JANEIRO, 2013) Koga (2013) acrescenta que, ainda hoje, a política de assistência social passa por dificuldades em relação a sua construção enquanto política pública. Mesmo com a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Assistência Social, a política de assistência social traz uma sucessão de normativas na tentativa de se consolidar e estabelecer diretrizes, o que traz o risco de uma verticalidade da política que perca o foco de suas ações: o próprio cidadão.

Alguns serviços da assistência social podem ser ofertados por entidades e organizações vinculadas ao SUAS, mas as mesmas devem estar regularmente inscritas no Conselho Municipal ou do Distrito Federal (aos quais cabe a responsabilidade de fiscalização de tais instituições), podendo atuar mediante convênios, contratos, acordos ou ajustes com o poder público. (BRASIL, 1993a, art. 6º B, §3)

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) é do ano de 2004, e sua implementação ainda encontra-se em curso. Esta Política torna a assistência social uma política de Estado e busca romper com a lógica assistencialista e do clientelismo que marcava esse campo até então, consolidando-a como um dos pilares da seguridade social no Brasil. A assistência social é política de seguridade social, direito do cidadão e possui caráter não contributivo. A PNAS coloca que a assistência social tem como público prioritário:

cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidades e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (BRASIL, 2004, item 2.4)

O SUAS tem dois grandes eixos estruturantes: a matricialidade sociofamiliar e a territorialização. A matricialidade sociofamiliar coloca que a família é o *locus* privilegiado para a efetividade das ações da política de assistência social, que reconhece as famílias em suas mais distintas configurações e dinâmicas, partindo de uma evolução e superação do conceito da família tradicional, considerando os mais diversos arranjos familiares. O atendimento a cada família deve olhar, portanto, para as necessidades e expectativas dos seus membros. (BRASIL, 2009b)

O SUAS reconhece as famílias como núcleo social básico de acolhida, protagonismo social e espaço insubstituível de proteção e socialização primárias, sendo, também, marcada por conflitos. A família é entendida, portanto, como um espaço contraditório de tensões e conflitos, que muitas vezes incluem violência. A família é definida na política de assistência social como: “o conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afetivos ou de solidariedade, cuja sobrevivência e reprodução social pressupõem obrigações recíprocas e o compartilhamento de renda e/ou dependência econômica.” (BRASIL, 2009b, p. 12)

A territorialização refere-se ao entendimento do território como determinante para a compreensão das vulnerabilidades a que os indivíduos e famílias estão sujeitos, bem como as possibilidades para sua superação. A territorialização se materializa na descentralização político-administrativa e na oferta dos serviços da assistência social em locais próximos às famílias, aumentando a eficácia e efetividade das ações. (BRASIL, 2009b)

O mapeamento do território é fundamental para que os profissionais da assistência social, os indivíduos e famílias tenham conhecimento dos serviços disponíveis e da forma de acesso a eles. O mapeamento deve se basear no reconhecimento das vulnerabilidades ali presentes e das situações de risco mais recorrentes no território, para que sejam mobilizados os recursos disponíveis para o enfrentamento. Neste sentido, deve-se, também, incluir atores não governamentais que possam auxiliar no processo, mas é preferível que seja privilegiada a articulação com a rede formal, reforçando a primazia no Estado na oferta e continuidade das políticas sociais. (RIO DE JANEIRO, 2013)

3.2 VULNERABILIDADE SOCIAL

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais estipula que os usuários do PAIF são famílias em situação de vulnerabilidade social. Tal vulnerabilidade pode ser decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade, por exemplo. As famílias que devem ser prioritariamente acompanhadas pelo PAIF são as beneficiárias de programas de transferência de renda (como o Bolsa Família) e benefícios assistenciais (como o Benefício de Prestação Continuada – BPC⁵), bem como as que atendam os critérios para serem beneficiárias, mas que ainda não foram contempladas com o benefício, e famílias com pessoas com deficiência e/ou idosas em situação de vulnerabilidade social. (BRASIL, 2009a)

O conceito de vulnerabilidade social engloba condições e fatores diversos aos quais podem estar submetidos os sujeitos e famílias, não sendo restrita à condição de pobreza, mas de riscos diversos, como vitimizações e fragilidades nos ciclos de vida das famílias, a partir de imposições econômicas, sociais e políticas. São, portanto, vinculadas ao empobrecimento da classe trabalhadora, mas também a dificuldades culturais e de relacionamentos, uma vez

⁵ O BPC foi regulamentado pela Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social). É um benefício da assistência social, atualmente gerido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que dá direito ao valor de um salário mínimo para idosos acima de 65 anos que não tenham tempo de contribuição previdenciária suficiente para a aposentadoria ou ao cidadão com deficiência que o impossibilite a participar de forma plena na sociedade. Para ter direito, é necessário que a renda familiar per capita seja inferior a 1/4 do valor do salário mínimo vigente. Tal benefício não dá direito a 13º salário e pensão por morte.

que estas impactam diretamente nas vidas dos indivíduos e famílias. (ALVES; SEMZEZEM, 2013)

A Política Nacional de Assistência Social expressa a dificuldade de se estabelecer indicadores de vulnerabilidade social que auxiliem no atendimento às famílias em seus territórios, considerando-se as especificidades de cada um deles, para além do indicador estritamente relacionado à renda. Mostra-se cada vez mais necessário, para melhor alcance dos objetivos da política, que os resultados estejam de acordo com as características específicas de cada território, visando clarificar quais são as vulnerabilidades e riscos sociais para subsidiar uma melhor atuação do poder público. (BRASIL, 2012a)

É necessário o conhecimento das vulnerabilidades por regiões para que as ações sejam mais efetivas em relação as especificidades de cada território. Esse mapeamento é complexo e ainda muito pouco realizado. A vigilância socioassistencial atua no sentido de identificar quais são as vulnerabilidades sociais dos territórios, visando melhores planejamentos de ações voltadas à superação de tais vulnerabilidades. Os gestores estaduais e municipais ainda investem pouco financeiramente no diagnóstico social dos territórios, para identificação das vulnerabilidades a serem atendidas. Um maior investimento nessa área poderia embasar melhores formas de atuação da política pública. (NERY, 2009)

A partir da década de 1990 a discussão sobre pobreza introduz os riscos sociais, as inseguranças e a desproteção, superando a concepção reduzida da pobreza restrita aos aspectos econômicos. (ALVES; SEMZEZEM, 2013) Carneiro acrescenta que o conceito de desfiliação proposto por Castel⁶ permite pensarmos a exclusão e sua relação com a vulnerabilidade social. Para a autora, a vulnerabilidade traz o foco da discussão para identificar as causas da vulnerabilidade à pobreza:

A visão da pobreza pela ótica da renda e necessidades concentra-se nos resultados, enquanto que a visão da pobreza na perspectiva da exclusão e vulnerabilidade orienta-se para os processos, examinando as estratégias que as famílias utilizam para lidar com os eventos e a queda de bem-estar. Há estratégias que permitem escapar da pobreza e outras que a fazem perpetuar, o que remete à contribuição possível e necessária das políticas públicas no fortalecimento das capacidades de indivíduos, famílias e regiões para o enfrentamento e a superação da condição de pobreza. (2005, p. 64)

A mesma autora discute a noção de “ativos” para pensarmos recursos específicos para a superação das vulnerabilidades. Os ativos seriam os diferentes recursos utilizados por pessoas e famílias para responder a eventos de risco e a mobilização dos ativos disponíveis

⁶ Sobre o conceito de desfiliação, ver: CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

influencia na possibilidade de acessar as oportunidades do entorno. Não há consenso na literatura sobre quais seriam os ativos centrais, mas de maneira geral eles englobam o campo humano, físico, financeiro e social. (CARNEIRO, 2005)

A concepção de “ativos-vulnerabilidades” é trazida por Kaztman, na qual as vulnerabilidades são resultado da relação estabelecida entre as variáveis estrutura de oportunidades e a capacidade dos lugares (territórios). A primeira seria composta pela articulação entre mercado (empregos, estrutura ocupacional), sociedade (em especial o capital social) e o Estado. A segunda englobaria os fatores que possibilitam o acesso a informação, às oportunidades e aos direitos. As diferentes formas de combinação entre estes aspectos geram graus diferenciados de vulnerabilidades. (KAZTMAN, 1999, apud BRASIL, 2012a)

A situação de vulnerabilidade social implica na redução das potencialidades de respostas frente a situações de risco ou constrangimentos naturais da vida, com predisposição à precarização, vitimização e agressão. Engloba, também, as possibilidades de resiliência e resistência a tais situações, com disposição para enfrentar confrontos e conflitos em ambientes desfavoráveis e situações difíceis. (ALVES; SEMZEZEM, 2013)

A análise das condições de pobreza e vulnerabilidades deve estar relacionada às necessidades objetivas e subjetivas, às materiais, relacionais e culturais, por estas interferirem na reprodução social dos usuários da assistência social. Tais condições devem ser situadas no território onde ocorrem, pois é no território que se encontram as possibilidades de enfrentamento das vulnerabilidades e de proteção aos sujeitos e famílias. (ALVES; SEMZEZEM, 2013)

Barros, Carvalho e Franco (2003) esclarecem que a centralidade das análises da pobreza a partir de indicadores de renda se deu a partir de dois motivos preponderantes: primeiro, a maior parte das necessidades dos indivíduos e famílias pode ser sanada a partir da aquisição de bens no mercado, e a insuficiência de renda constitui um grande empecilho ao acesso. O segundo motivo é a necessidade de um indicador escalar de pobreza que torne possível a comparação objetiva entre duas situações distintas. Os indicadores de renda são importantes para o mapeamento da pobreza e ganharam centralidade nas análises do fenômeno. No entanto, mostram-se insuficientes para uma compreensão mais aprofundada.

As análises de pobreza são, em sua maioria, realizadas tendo-se como base o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O IDH surgiu na década de 1990 e é baseado em quatro indicadores principais: esperança de vida ao nascer, taxa de analfabetismo, taxa de matrícula combinada e renda *per capita*. O IDH apresenta, no entanto, alguns problemas e limitações.

O primeiro problema discutido por Barros, Carvalho e Franco é a escolha arbitrária de tais indicadores. O segundo problema diz respeito à impossibilidade de se calcular o IDH por família, uma vez que o mesmo somente serviria para análises de áreas geográficas. E, por fim:

uma terceira limitação do IDH e seus similares pode ser definida a partir das dificuldades que colocam para a agregação. Enquanto muitos indicadores de pobreza para um país se igualam à média ponderada dos correspondentes indicadores para os estados, temos que, no caso do IDH do país, este não pode ser obtido de qualquer média ponderada dos IDHs dos estados. (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003, p. 2)

Os autores argumentam que os estudos sobre a pobreza devem levar em consideração quais critérios são considerados pela sociedade para avaliar os territórios e como a sociedade faz suas ordenações. Por exemplo: uma família que escolhe determinado bairro para morar em detrimento de outro faz esta escolha pautando-se em uma análise sobre as condições que cada bairro oferece. Desta forma, um indicador escalar de pobreza não vai esclarecer quais as condições específicas de cada território. (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003)

Para superar tais dificuldades do IDH, os autores propõem o Índice de Desenvolvimento Familiar (IDF⁷). O IDF é um indicador sintético que inclui um conjunto de indicadores, cada um com pesos específicos de acordo com aquilo que a sociedade, de forma geral, mais valoriza. No caso do indicador sintético proposto pelos autores, os pesos atribuídos aos indicadores foram iguais, mas eles deixam claro que estes pesos devem ser debatidos pela sociedade. (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003)

O IDH tem sua base de análise na unidade geográfica, ou seja, não é possível estabelecer o IDH de uma família ou grupo social específico: esta é a dificuldade de agregação a qual os autores se referem. O IDH agrega, primeiramente, os dados de determinada área geográfica e depois os dados relativos à agregação temática da pobreza. Já o IDF agrega, primeiro, os dados sobre as famílias (chamado de agregação temática), gerando um índice sintético para cada família e, posteriormente, é feita a agregação espacial:

no caso do IDF, como a agregação temática é feita em primeiro lugar, temos que as vantagens desse indicador diferem daquelas relacionadas ao IDH. A principal delas é que o IDF permite que se tenha a família como unidade de análise e, portanto, a segunda etapa pode envolver agregações não só de natureza espacial/geográfica, mas também se pode dar em termos de grupos sociais e demográficos. Por exemplo, é possível calcularmos o IDF dos negros, das crianças, ou dos idosos. (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003, p. 7)

⁷ Para uma análise mais aprofundada, ver: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0986.pdf

O IDF possui 6 dimensões, 26 componentes e 48 indicadores. Desta forma, são feitas 48 perguntas às famílias, que devem responder “sim” ou “não”. Cada “sim” aumenta a pontuação da família e o índice de desenvolvimento, que se aproxima do número 1, definido como a melhor situação possível. Tal questionário foi adaptado para a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

As dimensões das condições de vida sintetizadas no IDF são: ausência de vulnerabilidade; acesso ao conhecimento; acesso ao trabalho; disponibilidade de recursos; desenvolvimento infantil; e condições habitacionais. Foram, portanto, incluídas todas as dimensões básicas das condições de vida, à exceção da saúde. A figura 3 mostra a relação entre as dimensões do IDF:

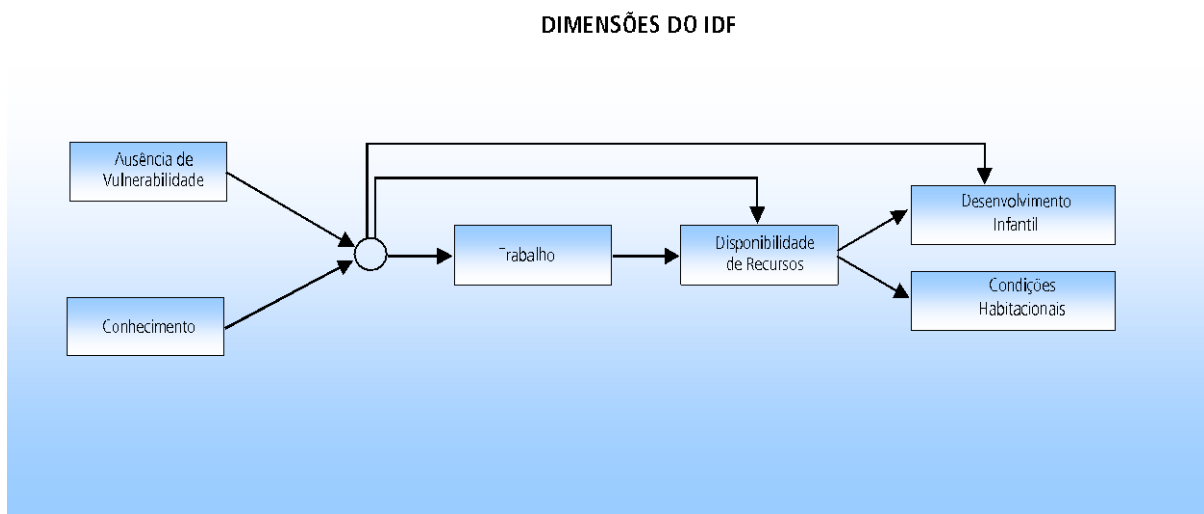


Figura 3: Dimensões do IDF.

Fonte: BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003, p. 8.

No que tange à dimensão “ausência de vulnerabilidade”, os autores diferenciam componentes para a vulnerabilidade nas famílias, definida como o “volume adicional de recursos que ela requer para satisfazer suas necessidades básicas, em relação ao que seria requerido por uma família-padrão” (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003, p. 8). Tais componentes são: fecundidade; atenção e cuidados com crianças, adolescentes e jovens; atenção e cuidados especiais com idosos; razão de dependência econômica; e presença da mãe.

Os componentes analisados pela dimensão “conhecimento” são: analfabetismo; escolaridade; e qualificação profissional. Já a dimensão “trabalho” possui os componentes disponibilidade; qualidade do posto de trabalho; e remuneração. Para a dimensão

“disponibilidade de recursos”, os componentes são: extrema pobreza; pobreza; e capacidade de geração de renda. A dimensão “desenvolvimento infantil” conta com os componentes trabalho precoce; acesso à escola; progresso escolar; e mortalidade infantil. No que tange a dimensão “condições habitacionais”, os componentes são: propriedade; déficit habitacional; abrigabilidade; acesso ao abastecimento de água; acesso a saneamento; acesso a coleta de lixo; acesso a energia elétrica; e acesso a bens duráveis. (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003)

Por conter tantos componentes e indicadores, o IDF inova ao permitir análises desvinculadas da área geográfica, podendo ser feitas a partir de famílias, grupos étnicos, gênero, faixa etária, progresso temporal e muitas outras, através de agregações e desagregações dos dados.

Partindo das análises realizadas nos dados disponíveis das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) de 1992 a 2001, os autores apresentam, como exemplo, as 5 famílias com mais baixos índices de desenvolvimento, o que demonstra a possibilidade de identificação de valores diferentes nas dimensões analisadas (ausência de vulnerabilidade; acesso ao conhecimento; acesso ao trabalho; disponibilidade de recursos; desenvolvimento infantil; e condições habitacionais), mesmo com IDF bem semelhantes entre elas.

Com vistas a ilustrar a praticidade do instrumento proposto, estimamos o IDF para cada família com base nas PNADs coletadas ao longo da última década [1992 a 2001]. Conforme essa aplicação ilustra com o IDF podemos ir além do grau de desenvolvimento da cidade em que uma família vive ou mesmo do grau de desenvolvimento do bairro em que ela vive, podemos agora estimar o grau de desenvolvimento da própria família e, assim, reconhecer que mesmo em bairros pobres existem famílias não-pobres, ao passo que mesmo em bairros mais afluentes uma significativa parcela das famílias ainda permanece com níveis de desenvolvimento muito baixos. Por exemplo, mesmo no Estado de São Paulo, onde o IDF é de 0,80, mais de 15% das famílias apresentam IDF inferior a 0,66. (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003, p. 18)

O IDF mostra-se de notória importância ao permitir analisar famílias e grupos sociais separadamente, o que é fundamental para melhores planejamentos de ações, voltadas para grupos específicos que se encontram em situações de maiores vulnerabilidades. Alves e Semzezem (2013) acrescentam que as análises sobre vulnerabilidades devem incluir componentes fundamentais como a composição familiar, as condições de saúde, o acesso a serviços médicos e a sistema educacional de qualidade, a possibilidade de obtenção de trabalho com qualidade e remuneração adequadas, a existência de garantias legais e políticas, entre outros que possam ser somados à privação de renda como fator central.

3.2.1 Vulnerabilidade Social e Território

Analisando-se a Política Nacional de Assistência Social, o conceito de vulnerabilidade não aparece destrinchado. Somente quando aborda o público alvo das ações de assistência social é que é especificado, na Política, quem são os indivíduos e famílias que devem ser prioritariamente atendidos por encontrarem-se em situação de vulnerabilidade social. Nota-se, no entanto, aproximação entre o uso feito da palavra vulnerabilidade e os conceitos expressos no item anterior a partir dos autores estudados.

A assistência social, como dever do Estado e direito dos que dela necessitarem, traz, a partir de sua inserção do rol da seguridade social da Constituição Federal de 1988, o desafio de rompimento com práticas clientelistas e assistencialistas. Assim sendo, deve atuar no sentido de promover a autonomia dos indivíduos e famílias, buscando o desenvolvimento humano e social. A desigualdade social presente no Brasil, com grande polarização da concentração da riqueza e pobreza traz, ainda mais, a necessidade de análises pormenorizadas das situações dos territórios de intervenção da política pública.

As famílias habitantes dos municípios de médio e grande porte e as metrópoles sofrem ainda mais com os processos de precarização da vida, o desemprego, a informalidade, a fragilização dos vínculos familiares e comunitários, a violência e outras formas de exclusão. São nesses municípios que estão a maior parcela das famílias expostas a situações de risco e de vulnerabilidades. (BRASIL, 2004) Essas famílias que são, prioritariamente, o público usuário da assistência social e nas quais a política social deve concentrar a maior parte de seus esforços, visando suprir as necessidades dos mais vulneráveis.

A dimensão territorial e sua relação com a intersectorialidade demanda intervenções governamentais para a busca de articulação entre os objetivos da assistência social e a transferência de renda no que diz respeito à atenção aos grupos mais vulneráveis, em especial nas metrópoles. (RIBEIRO, 2007, apud NASCIMENTO, 2010)

Tanto Koga (2003) quanto Ribeiro (2007) e Sposati (2006) admitem ser o território local privilegiado para realizar a articulação entre as políticas de desenvolvimento urbanos e sociais por considerarem importante a presença dos sujeitos que são alvo das referidas políticas, bem como a valorização desses sujeitos no atendimento aos direitos sociais por eles demandados. (NASCIMENTO, 2010, p. 99)

A Política Nacional de Assistência Social expressa a necessidade do uso de indicadores territorializados para identificação e atuação sobre as vulnerabilidades dos territórios. Conhecer os riscos e vulnerabilidades a que as famílias estão expostas significa ter

mais chances de enfrentá-los e saber quais os recursos estão disponíveis para enfrentamento. Para atuação sobre as vulnerabilidades, a referida política coloca que é necessário conhecermos as pessoas, as suas circunstâncias e suas famílias, como núcleo primeiro de apoio. (BRASIL, 2004)

Visando acessar e identificar mais facilmente onde estão as famílias em vulnerabilidade e quais são as necessidades destas, os indicadores territorializados são fundamentais para embasar o planejamento de ações mais efetivas e impactantes na população atendida. Para tanto, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome criou, em 2012, a Identificação de Localidades e Famílias em Situação de Vulnerabilidade, o IDV⁸.

O IDV é um aplicativo desenvolvido com o objetivo de auxiliar na produção de mapas da pobreza em nível de estados, municípios e setores censitários, através de dados indicadores de pobreza, vulnerabilidades e grupos populacionais específicos, auxiliando na identificação de áreas com maior número de famílias em situação de vulnerabilidades.

Alves e Semzezem (2013) colocam que mesmo com a criação de novas ferramentas que buscam um olhar mais aprofundado sobre as vulnerabilidades, ainda são muito utilizados indicadores sociais baseados em levantamentos socioeconômicos. Koga (2011, apud ALVES; SEMZEZEM, 2013) ratifica sobre a necessidade da realização de Medidas Intraurbanas para uma leitura mais aprofundada sobre os territórios em vulnerabilidades, bem como sobre as desigualdades internas. As Medidas Intraurbanas auxiliariam na construção de análises que possibilitariam maior proximidade com o cotidiano da cidade e com a concretude das relações entre as pessoas e os lugares. Ela propõe o uso de algumas questões para aprofundamento das análises, como incidência das desigualdades sociais nos territórios, incidência da pobreza ou da vulnerabilidade e a escala de gradação de condições de vida.

Alves e Semzezem acrescentam que:

Para a compreensão da vulnerabilidade social existente em determinado território, é necessário que se avalie a capacidade de alcance das políticas sociais e que se identifique os desafios e as tensões nela embutidos, para que estas possam se efetivar na perspectiva proativa, preventiva e protetiva. Por outro lado, o enfrentamento também depende do reconhecimento e da efetivação de políticas sociais com vistas à ampliação de sua capacidade protetiva em um determinado território. (2013, p. 160)

A Política Nacional de Assistência Social tem a perspectiva socioterritorial como base da atuação capilarizada dos serviços. Através da análise dos territórios, a política alcança usuários antes não vistos pelo poder público, como pessoas em situação de rua, adolescentes

⁸ Para mais informações, ver: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/idv/>

em conflito com a lei, minorias étnicas, idosos e pessoas com deficiência. O território é, portanto, a base de organização da Política.

A Vigilância Social tem a responsabilidade de produzir e sistematizar informações, indicadores e índices territorializados sobre a vulnerabilidade e os riscos sociais e pessoais aos quais estão expostas as pessoas e famílias ao longo dos ciclos de vida. Os indicadores devem permitir a análise dos dados tendo-se como base os territórios. (BRASIL, 2004)

Na prática, a atuação sobre as vulnerabilidades deve levar em consideração os diversos fatores que a influenciam para a partir daí poder-se articular as políticas setoriais e intersetoriais necessárias ao seu enfrentamento, tendo o território como *locus* privilegiado de atuação. Sobre essa temática, Koga coloca que:

O modo de estruturação e atuação das políticas sociais brasileiras tem sido marcado por uma perspectiva segmentadora da realidade social, pois as necessidades e as demandas da sociedade são compartimentadas e selecionadas em públicos-alvo, seja pelas características etárias, pelas condições de renda ou pela vulnerabilidade e risco pessoal e social. No caso de algumas políticas, como a da assistência social, essa segmentação ainda tem prevalecido, apesar da Política Nacional de Assistência Social (2004) ter previsto a dimensão territorial como um de seus pilares de atuação, o que deflagrou as bases do SUAS – Sistema Único de Assistência Social. (2013, p. 33)

A mesma autora acrescenta que é necessária uma aproximação do território para atuação das políticas sociais, ou seja, partir do território enquanto categoria de análise para entender as condições do cotidiano das famílias e seus processos nos locais de vivência. A esta forma de análise Koga (2013) chama de “choque de escala” (parafraseando Antônio Miguel Monteiro, professor e Pesquisador do Instituto de Pesquisas Espaciais – INPE), pois trata-se de confrontar os grandes números trazidos pela política social e os pequenos números dos territórios para intervenção.

O território enquanto local de atuação das políticas sociais não pode restringir-se ao uso político-administrativo desse, ou seja, a divisão territorial por áreas de abrangência para atendimento da população deve ser pensada para de fato incluir os usuários dos serviços, e não para corroborar com o processo de exclusão social. Como exemplo, pode-se pensar a existência de um posto de saúde com horários e profissionais disponíveis que, devido a divisão por áreas de abrangência, não atende usuários que residem na área de abrangência de outro posto de saúde com longas filas de espera. (KOGA, 2013)

A política social, como política pública, deve garantir a continuidade da oferta dos serviços nos territórios. A atuação da política de assistência social deve ultrapassar os limites da pobreza e alcançar as vulnerabilidades e riscos sociais. Partindo-se desse pressuposto, é

necessário o rompimento com a concepção antiga de que a assistência social atua somente sobre as emergências. Como política pública social, deve, portanto, vislumbrar a redução das desigualdades sociais provenientes do sistema capitalista. (COSTA; FERREIRA, 2013)

No âmbito da prática, a intersetorialidade mostra-se fundamental para a atuação sobre as vulnerabilidades, uma vez que estas são multidimensionais. É necessário, para tanto, o rompimento com a fragmentação das diversas políticas, a efetiva atuação em rede e a ampliação do olhar sobre a realidade para enfrentamento integrado e articulado das vulnerabilidades dos indivíduos e famílias, que não são exclusivamente usuários de uma única política. O Estado deve ser a referência para atuação sobre as vulnerabilidades sociais. (BRASIL, 2004)

4 METODOLOGIA

Nesta pesquisa optou-se pela abordagem qualitativa, uma das possibilidades de compreensão de determinado fenômeno social. Minayo (2014) coloca que em todas as pesquisas da área da saúde coletiva é possível unir consistência teórica e relevância social e que a pesquisa social deve ser conceituada historicamente, saindo do campo meramente acadêmico para abranger “a dinâmica do mundo da vida”.

Considerando-se a importância deste tipo de pesquisa estar relacionado ao desenvolvimento social e à realidade, este estudo propôs estudar o problema específico da dificuldade de articulação intersetorial e do trabalho dos CRAS para execução do PAIF, partindo das falas de alguns dos sujeitos envolvidos nesse processo, quais sejam, profissionais atuantes na assistência social do Município de Vassouras.

Esta pesquisa se enquadra na classificação da Pesquisa Social proposta por Bulmer, na modalidade “Pesquisa orientada para problemas específicos”, a qual:

é uma modalidade operacional que é, em geral, realizada dentro das instituições governamentais e não-governamentais e empresas, visando ao conhecimento imediato. Fundamenta-se, sem necessariamente explicitá-lo, nos conhecimentos gerados por investigações básicas. Os resultados desse tipo de pesquisa visam a ajudar a lidar com questões práticas e operacionais. (BULMER, 1978, apud MINAYO, 2014, p. 50)

Nesta pesquisa realizou-se estudo de caso, abordagem compreensiva de determinado fenômeno que visa gerar conhecimento sobre eventos vivenciados pelos sujeitos. Segundo Minayo, “[...] os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão.” (2014, p. 164) No estudo de caso, a partir das entrevistas é possível obter diferentes visões dos sujeitos envolvidos acerca do fenômeno estudado. A unidade de análise no estudo de caso desta pesquisa é o PAIF no Município de Vassouras. A escolha deste município se justifica pelo fato da execução do PAIF encontrar-se bastante desenvolvida.

A revisão bibliográfica e documental envolveu a leitura de artigos e livros relacionados às temáticas da intersetorialidade, integralidade e assistência social, em especial as produções datadas de 1993 a 2016. Esse marco temporal justifica-se pela opção de analisar produções publicadas após a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que dispõe sobre a organização da assistência social no Brasil (Lei N. 8.742, de 7 de dezembro de 1993a). Foi realizada também análise de documentos da legislação e normas

referentes à Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e ao PAIF, com data a partir de 2004, ano de implementação da política.

4.1 MUNICÍPIO DE VASSOURAS

O Município de Vassouras fica localizado na região Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro, a 120km de distância da capital do estado. O município leva este nome devido a um arbusto muito comum na região, denominado “tupeçaba” ou “guaxima”, com aparência semelhante a uma vassoura. A cidade possui forte tradição cafeeira, oriunda dos tempos áureos da produção de café na região, tendo sido o coração do Brasil Império na produção de café, movida pelos escravos daquela época.

A figura 4 mostra a divisão do estado do Rio de Janeiro por regiões de governo e microrregiões geográficas, sendo possível identificar a localização do município estudado:

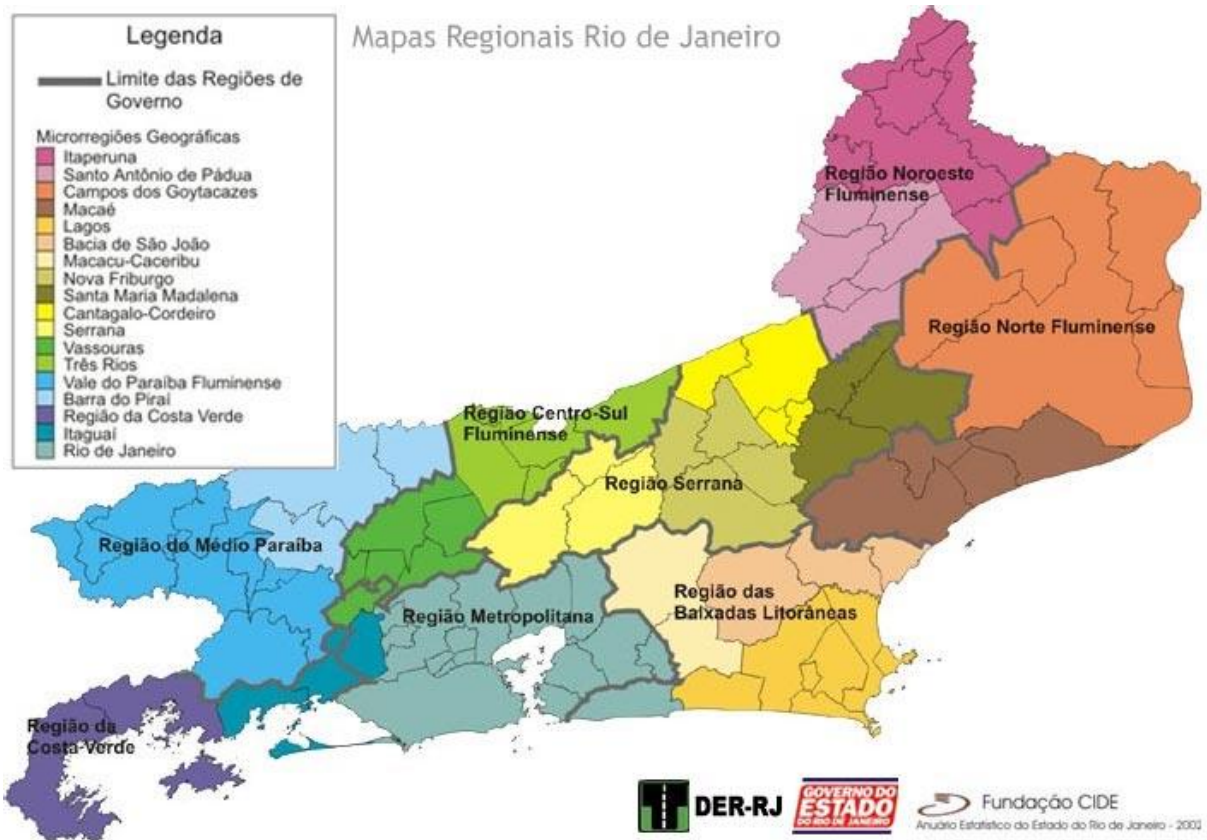


Figura 4 – Divisão do estado do Rio de Janeiro por regiões de governo e microrregiões geográficas.

Fonte: <http://www.mapas-rio.com/regioes.htm>

A ocupação das terras da região deu-se principalmente de duas formas: por doação de sesmarias⁹ e por ocupação de posseiros. Vale ressaltar que a região ainda conta com muitas terras pertencentes a fazendas, que atualmente investem também na pecuária.

Grande parte da arquitetura da cidade é tombada pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), o que faz com que a cidade guarde e proteja suas raízes históricas, sendo, também por isso, bastante procurada por turistas.

Culturalmente, é caracterizada pela diversidade de manifestações culturais, a exemplo da Caninha Verde, uma dança oriunda de Portugal e Espanha, na qual são formadas duas rodas (uma de homens e outra de mulheres) que, sem se tocarem, revezam de lugar formando novos pares. Cada vez que se encontram, batem palmas.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área territorial de Vassouras é de 520.536 km² e em 2015 a população estimada era de 35.432 habitantes, sendo, portando, considerado de Pequeno Porte II. Os municípios de Pequeno Porte II possuem as seguintes características: 20.001 a 50.000 habitantes/ 5.000 a 10.000 famílias; até 3.500 famílias referenciadas por CRAS; 3 técnicos de nível superior por CRAS, sendo dois profissionais assistentes sociais e preferencialmente um psicólogo; e 3 técnicos de nível médio por CRAS.

O quadro 4 mostra os dados referentes à rede de educação do município:

Escolas - Ensino fundamental - 2012	30 escolas
Escolas - Ensino fundamental - escola privada - 2012	9 escolas
Escolas - Ensino fundamental - escola pública estadual - 2012	5 escolas
Escolas - Ensino fundamental - escola pública federal - 2012	-
Escolas - Ensino fundamental - escola pública municipal - 2012	16 escolas
Escolas - Ensino médio - 2012	10 escolas
Escolas - Ensino médio - escola privada - 2012	4 escolas
Escolas - Ensino médio - escola pública estadual - 2012	6 escolas

⁹ Doação de terras realizadas pelo governo português destinadas à produção agrícola, na época do Império.

Escolas - Ensino médio - escola pública federal - 2012	-
Escolas - Ensino médio - escola pública municipal - 2012	-
Escolas - Ensino pré-escolar - 2012	22 escolas
Escolas - Ensino pré-escolar - escola privada - 2012	8 escolas
Escolas - Ensino pré-escolar - escola pública estadual - 2012	-
Escolas - Ensino pré-escolar - escola pública federal - 2012	-
Escolas - Ensino pré-escolar - escola pública municipal - 2012	14 escolas

Quadro 4: Rede de Educação do Município de Vassouras
Fonte: INEP - Censo Escolar 2012.

No que diz respeito à rede de saúde, o município atualmente possui 1 equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e nenhum hospital público. O quadro 5 mostra, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2015, a capacidade instalada e o fluxo assistencial do município estudado:

Número de unidades de saúde que atendem ao SUS:		
Tipo de estabelecimento	Público	Privado
Unidades Básicas de Saúde ¹⁰	21	-
Clínicas especializadas ¹¹	3	1
Hospitais gerais	-	2
Hospitais especializados	-	1
Unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia	-	3
Unidades de pronto atendimento ¹²	-	-
Unidades Móveis de Nível Pré-Hosp-Urgência/ Emergência	2	-
Centros de Atenção Psicossocial	1	-

Quadro 5: Capacidade instalada e fluxo assistencial de saúde
Fonte: CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Out/2015

¹⁰ Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde; Posto de Saúde; Unidade de Saúde da Família; Unidade Mista.

¹¹ Policlínica; Clínica especializada/Ambulatório especializado.

¹² Pronto Atendimento; Pronto Socorro Especializado; Pronto Socorro Geral.

O quadro 6 traz as características sociodemográficas e de saúde suplementar do Município:

	População Total¹ (2015)	% de População Idosa (60 anos e mais)² (2012)	Nº de Nascidos Vivos³ (2015)	% População urbana⁴ (2010)	Cobertura de Saúde Suplementar⁵ (2015)
Município	35.432	13,7%	512	67,4%	14,4%
Região	327.784	13,4%	4.340	86,0%	15,5%
Estado	16.550.024	13,0%	236.239	96,7%	35,5%

Quadro 6: Características sociodemográficas e de saúde suplementar

Fontes:

¹ IBGE: Estimativas populacionais

² Ministério da Saúde/Datasus

³ Secretaria Estadual de Saúde/RJ: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

⁴ IBGE: Censo Demográfico 2010

⁵ Agência Nacional de Saúde (ANS) - Sistema de Informações sobre Beneficiários

No tocante aos indicadores de saúde, em 2013 o município já apresentava 100% de cobertura de equipes de atenção básica, segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, mantendo-se acima dos 94,5% da região e dos 57,2% do estado em 2015.

4.2 SOBRE A TÉCNICA DE PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada utilizando-se como base a abordagem qualitativa. Para realização do estudo de caso, optou-se pela técnica de entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro consta no anexo I. Bardin (2011) esclarece que as entrevistas são, tradicionalmente, classificadas quanto sua diretividade e profundidade. As entrevistas semiestruturadas são de caráter semidiretivo, no qual o entrevistador utiliza um esquema ou guia para condução da conversa com o entrevistado.

Segundo Minayo, este tipo de entrevista assegura que os pressupostos do pesquisador serão cobertos durante a conversa com o entrevistado, através da combinação entre perguntas fechadas e abertas, nas quais o entrevistado pode discorrer mais livremente sobre o tema do que em um questionário, por exemplo. As respostas provenientes deste tipo de entrevista:

São informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e a que os cientistas sociais costumam denominar ‘subjetivos’ e

só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa. Constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos. (MINAYO, 2014, p. 262)

Bardin destaca a importância da subjetividade presente na fala dos entrevistados em uma pesquisa: cada pessoa se coloca enquanto sujeito, com suas emoções, seus pensamentos, valores e crenças, mesmo quando se refere ao outro. As entrevistas evidenciam muita riqueza e singularidade, presentes, inclusive, em contradições nas falas: “Uma entrevista é, em muitos casos, polifônica”, diz a autora. (BARDIN, 2011)

Neste trabalho, foram realizadas entrevistas a profissionais que atuam no PAIF do município de Vassouras, visando identificar o papel dos CRAS e os desafios para o trabalho intersetorial no PAIF para a atenção integral aos indivíduos e famílias.

Às entrevistadas foi garantido o anonimato e sigilo das informações prestadas, mas as mesmas foram informadas de que, devido aos seus cargos e/ou funções, poderiam ser indiretamente identificadas. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, anexo II), no qual consta que a participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento do estudo. No TCLE consta também o telefone e o endereço da responsável pela pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição responsável, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Para que as entrevistas fossem realizadas, contou-se com a anuência da Secretária de Assistência Social, mediante assinatura do Termo de Anuência (anexo III).

O material coletado nas entrevistas foi posteriormente analisado pela técnica da Análise do Conteúdo, que busca indicadores que permitam inferências sobre os dados de um contexto. Segundo Bardin, a Análise do Conteúdo consiste em:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (2011, p. 48)

Bardin esclarece que a especificidade desta técnica de análise das falas dos sujeitos consiste em articular a superfície dos textos e os fatores que determinam as características que se sobressaem, deduzidos de forma lógica. De maneira mais aprofundada, a autora expõe que se busca estabelecer relações de significado entre estruturas linguísticas e estruturas psicológicas ou sociológicas. Na análise do conteúdo, o interesse recai sobre a leitura e

compreensão da mensagem, na qual o analista esforça-se para ir além do que está claramente exposto pelo emissor da mensagem, no caso, as entrevistadas.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram profissionais da assistência social do município de Vassouras que atuam ou já atuaram no PAIF. A escolha das entrevistadas levou em consideração a experiência de atuação no serviço e a disponibilidade das mesmas durante o desenvolvimento do trabalho de campo.

Antes de iniciarem-se as entrevistas, foi realizado contato prévio com a Secretária de Assistência Social do Município, para anuência sobre a pesquisa, e posteriormente foi realizado contato direto com as entrevistadas por telefone, momento em que se explicou os objetivos do estudo e realizou-se o convite para participação.

Considerando-se a disponibilidade das profissionais, foram agendadas as entrevistas semiestruturadas, em concordância com a Secretária Municipal de Assistência Social e com a gestora/coordenadora do serviço.

O quadro 7 mostra o perfil das participantes do estudo, de acordo com o cargo/função atual, categoria profissional, tempo de formação, tempo de atuação na assistência social do município, tempo de atuação no PAIF, formação profissional e tipo de vínculo empregatício.

Cargo/ função atual	Categoria Profissional	Tempo de formação	Tempo de atuação na assistência social do município	Tempo de atuação no PAIF	Formação Profissional	Tipo de vínculo empregatício
Coordenadora da PSB	Serviço Social	10 anos	10 anos, com interrupções	8 anos, com interrupções	Pós- Graduação	Concursada cedida por outro município
Coordenadora da PSE	Serviço Social	30 anos	11 anos, sem interrupções	10 anos, com interrupções	Graduação	Concursada
Responsável pela Vigilância Socioassistencial	Serviço Social	10 anos	8 anos, sem interrupções	8 anos, com interrupções	Pós- Graduação	Concursada
Coordenadora de CRAS	Psicologia	10 anos	5 anos, sem interrupções	5 anos, com interrupções	Pós- Graduação	Concursada
Coordenadora de CRAS	Serviço Social	6 anos	2 anos, sem interrupções	2 anos, sem interrupções	Pós- Graduação	Concursada
Coordenadora de	Psicologia	14 anos	4 anos, sem	4 anos, sem	Pós-	Concursada

CRAS			interrupções	interrupções	Graduação	
Técnica de CRAS	Serviço Social	28 anos	6 anos, com interrupções	6 anos, com interrupções	Pós-Graduação	Concursada

Quadro 7: Perfil das participantes do estudo

Fonte: A autora

No total, foram entrevistadas 3 gestoras, todas as 3 coordenadoras de CRAS e uma técnica de CRAS. Todas as gestoras possuem formação acadêmica em Serviço Social, sendo duas com pós-graduação; as coordenadoras de CRAS são formadas em Psicologia e Serviço Social, todas com pós-graduação; a técnica de CRAS é formada em Serviço Social e possui 4 pós-graduações.

As pós-graduações cursadas pelas entrevistadas foram em nível de especialização. As gestoras possuem pós-graduação em Gestão Pública Municipal e Gerontologia; as coordenadoras de CRAS especializaram-se em Clínica Transdisciplinar, Acupuntura, Ética e Direitos Humanos, Educação Especial, Psicologia Hospitalar e Gestão Pública; a técnica de CRAS possui 2 pós-graduações em Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), uma em Projetos e uma em Nutrição social.

A maioria das profissionais entrevistadas possui mais de 10 anos de formação, com grande experiência na assistência social e no mínimo 2 anos de atuação direta no PAIF.

As entrevistas foram realizadas nos dias 4 e 5 de agosto de 2016, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas, para melhor tratamento dos dados e análise do seu conteúdo. Quatro entrevistas foram realizadas no local de trabalho das entrevistadas, e as outras três ocorreram fora do local de trabalho, devido à disponibilidade das participantes.

5 INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NO PAIF: MUNICÍPIO DE VASSOURAS

A análise categorial (ou por categorias) é o tipo de análise de conteúdo mais antigo e mais utilizado em pesquisas. É realizada desmembrando-se o texto em unidades a partir de reagrupamentos analógicos, mostrando-se rápida e eficaz para análise de discursos diretos, como é o caso das entrevistas realizadas para esta pesquisa. (BARDIN, 2011)

A análise de conteúdo possui três momentos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material e o tratamento dos dados; e 3) inferência e interpretação. Na pré-análise, realizou-se a sistematização dos dados, partindo-se da leitura “flutuante” das transcrições das entrevistas, com o objetivo de deixar-se “invadir por impressões e orientações” (BARDIN, 2011, p. 127). Foi considerada a regra da exaustividade, na qual nenhum dos materiais de análise deve ser deixado de lado, ou seja, todas as entrevistas realizadas foram analisadas. Na fase de exploração do material, realizou-se a decomposição das respostas das entrevistadas nas categorias de análise. E, finalmente, na fase de tratamento dos dados e interpretação foram realizadas inferências, com o cuidado de manter o significado e a validade dos dados obtidos nas entrevistas.

Considera-se que as entrevistas realizadas são representativas quanto ao assunto que esta pesquisa se propôs a estudar, qual seja, a intersectorialidade com vistas à integralidade da atenção aos indivíduos e famílias, uma vez que os principais atores da assistência social do Município de Vassouras foram entrevistados.

A partir da análise das entrevistas, o conteúdo foi dividido em quatro categorias: (1) trabalho intersectorial; (2) atuação do CRAS na intersectorialidade; (3) dificuldades do trabalho; e (4) acompanhamento familiar. As categorias apresentadas destacaram-se nas respostas das entrevistadas e foram escolhidas após repetidas leituras das transcrições das entrevistas, retirando-se o que nelas se mostrou de maior relevância para o tema estudado. As falas das entrevistadas foram agrupadas de acordo com as categorias empíricas e com a relação estabelecida entre a teoria (encontrada no material bibliográfico utilizado e nos documentos analisados) e a prática da atuação nos serviços. Na análise que será apresentada a seguir, buscou-se discutir temas relevantes relacionados à intersectorialidade para o acompanhamento familiar, às dificuldades do trabalho e ao PAIF.

5.1 TRABALHO INTERSETORIAL

Esta categoria analisa a maneira como o trabalho intersetorial tem acontecido até o presente momento no município estudado, a partir dos aspectos destacados pelas participantes do estudo.

A Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) tem tomado a iniciativa das articulações com os demais setores, promovendo encontros intersetoriais mensais como estratégia para melhorar o trabalho em rede. Tal articulação tem acontecido através do contato direto entre os gestores das secretarias municipais, para organização de reuniões de rede. As profissionais relataram sentir necessidade de maior contato com outros setores para a melhoria do acompanhamento familiar, e as reuniões intersetoriais organizadas pela SMAS têm ajudado nesse sentido.

Nas falas das entrevistadas, ficou claro que a assistência social procura mais as outras secretarias do que é procurada. Como estratégia de organização interna do trabalho no setor, a gestão optou por enviar à reunião intersetorial sempre a mesma técnica de referência, visando fortalecer laços com os demais setores. Essa profissional repassa para a equipe do CRAS o que é debatido nos encontros.

A equipe do Bolsa Família do município tem organizado eventos nos bairros, contando com a participação das equipes técnicas dos CRAS e dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, realizando oficinas, cadastro de famílias, atendimentos, encaminhamentos, visitas domiciliares e divulgação dos serviços. Na opinião das profissionais entrevistadas, esses eventos têm possibilitado um aumento na divulgação dos serviços do CRAS e no alcance dos usuários.

As participantes do estudo relataram terem mais facilidade de articulação junto aos setores da saúde e educação, atuando caso a caso para troca de informações relativas ao acompanhamento das famílias e indivíduos. No entanto, tais ações são ainda pontuais e não institucionalizadas.

A maior facilidade de relacionamento com a saúde foi justificada pelas entrevistadas devido ao fato das equipes das Unidade de Estratégia de Saúde da Família terem bastante entendimento dos territórios atendidos e do acompanhamento sistemático. Por realizarem visitas domiciliares, possuem muitas informações sobre as famílias e indivíduos. Uma entrevistada relatou que a boa relação com o setor da saúde é devido aos profissionais:

alguns profissionais que estão na saúde a gente tem um vínculo, criou uma identificação, principalmente a assistente social do NASF [Núcleo de Apoio

à Saúde da Família]. Como ela já trabalhou na assistência [social], ela sempre procura os CRAS, e o resto da equipe do NASF acabou também conhecendo e participando, então a gente faz muita coisa junto. (coordenadora de CRAS)

Em relação à educação, relataram uma boa abertura dos/das diretores(as) de escolas para o diálogo e discussão de casos, que encaminham algumas crianças e adolescentes para os CRAS. Entretanto, a maior facilidade de relacionamento com os setores da saúde e educação foi atribuída a equipes de trabalho específicas, e não aos setores de forma abrangente.

As equipes do setor de saúde do município (ESF e NASF) vão eventualmente aos CRAS discutir temas com usuários e profissionais. A saúde apareceu, no entanto, como um dos setores que menos encaminha usuários para atendimento da assistência social. Uma das entrevistadas relatou que o NASF tem tentado fazer o papel da articulação entre a saúde e os demais setores.

A maior parte dos usuários chega aos CRAS através de demanda espontânea ou busca ativa realizada pelas equipes técnicas, sem serem encaminhados por outros setores:

às vezes o próprio usuário chega com alguma questão que tem a ver com a saúde, com a educação, que já passou por lá, e que eles não encaminharam pra assistência [social], entendeu?" (gestora PSE).

Outros setores citados pelas entrevistadas e que encaminham pouco para a assistência social foram: cultura, esporte e segurança pública. Este último geralmente encaminha para Proteção Social Especial (Centros de Referência Especializados da Assistência Social - CREAS) por atender muitas vítimas de violência. Os CRAS também recebem algumas demandas do CREAS.

O setor da educação encaminha pouco, mas o número tem aumentado recentemente por este setor ter recebido muitas demandas do judiciário que não sabe como resolver, buscando tentativas de solucionar juntamente com a assistência social:

as escolas também são muito assoberbadas de trabalho, muitas demandas, muitos problemas. Quando a gente foi, por exemplo, lá em uma escola próxima ao CRAS conversar sobre o Serviço de Convivência [e Fortalecimento de Vínculos], o trio gestor colocou pra gente milhares de questões, tipo assim, achando que a gente era a salvação da pátria. Porque eles também têm os desafios lá, né? Que nesse caso é dos adolescentes que estão ocupando o espaço do noturno porque as escolas expulsam os adolescentes que não estão adequados, né? E que já estão com idade fora do perfil daquela turma e tal e aí o noturno [EJA¹³] não pode negar, então eles estão com o mesmo problema com o judiciário, porque o judiciário manda eles aceitarem, e aí o fato de ter enchido de adolescentes,

¹³ Educação de Jovens e Adultos, para alunos que não concluíram o ensino na idade adequada.

adolescentes que não tem compromisso com a questão da educação (eles não estão ali porque eles querem, eles estão ali por ordem judicial), fez com que muitos dos idosos e adultos que estudavam de noite desistissem. E aí, está cheio de adolescentes, e elas tão se deparando com situações como furto e roubos dentro e no entorno da escola, tráfico de drogas, porte de armas dentro das escolas, coisas que eles estão meio apavorados. (coordenadora de CRAS)

Em relação ao contato com o setor de trabalho e renda, as entrevistadas relataram que esta articulação se encontra parada desde que o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec¹⁴) do município acabou, em 2016, devido ao não recebimento de verba. Por esse motivo, o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) do município deve fechar em breve. No ano de 2014, o município foi premiado como o 5º melhor do Estado do Rio de Janeiro pelo trabalho do Pronatec, cujas inscrições, busca ativa de alunos e encaminhamentos foram realizados pelas equipes dos CRAS.

No trabalho conjunto ao Conselho Tutelar (CT), as profissionais relataram que tem ocorrido grande judicialização dos casos, ou seja, muitos casos são encaminhados diretamente à justiça, chegando posteriormente ao conhecimento da assistência social, ao passo que poderiam ter sido diretamente encaminhados para os CRAS pelo próprio CT. A justiça atua baseada nos relatórios enviados pela equipe do CT, não buscando parcerias com a assistência social para atender as famílias em suas necessidades.

Algumas entrevistadas relataram deficiência em relação a processos de referência e contra-referência entre os setores:

a gente faz encaminhamento, a gente até tem pra onde encaminhar nessa referência, mas às vezes essa devolução não acontece [...] hoje a gente não tem isso, a gente não tem essa articulação. (responsável pela vigilância socioassistencial)

As participantes relataram dificuldades de relacionamento com o CREAS, da Proteção Social Especial, pois a equipe encontra-se fechada, o que acarreta também dificuldades de definição e separação das atribuições entre PAIF e PAEFI (Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, realizado nos CREAS). Uma das entrevistadas relatou que acredita haver uma necessidade de fortalecimento primeiramente do trabalho intrasetorial na assistência social, para depois fortalecer a atuação intersetorial:

[fortalecer o trabalho da assistência social] é o básico do básico, quer dizer, todo mundo na mesma política e às vezes não conversa. Só que a

¹⁴ O Pronatec é um programa do governo federal que visa dar assistência técnica e financeira para a educação profissional técnica de nível médio e cursos e programas de formação inicial e continuada ou qualificação profissional.

gente ainda tem as dificuldades, porque eu percebo que, por exemplo, o CREAS ainda tem dificuldade de buscar o CRAS. (coordenadora de CRAS)

eu vejo o PAIF muito misturado com o PAEFI também, que é da Proteção [Social] Especial (do CREAS). Eu acho que o trabalho integrado, de todos os equipamentos, é a forma ideal de trabalho, porque às vezes você atende uma família no CREAS por uma violação de qualquer direito, por qualquer problema relacionado ao CREAS e o CRAS atende por um outro problema a mesma família e as vezes até ao mesmo indivíduo da família, e trabalha cada um sozinho, separado. Eu acho que a integração entre todos os setores que faz o trabalho evoluir, né? Eu acho que quando se fala em um trabalho em equipe não é só a equipe do CRAS, equipe do CREAS, mas sim a equipe da assistência [social], entendeu? [...] Tentar trabalhar as famílias que estão sendo acompanhadas pelo CRAS e pelo CREAS, tentar pelo menos trabalhar junto esse intercâmbio pra você estar sabendo o que seu colega está fazendo no outro equipamento, porque você pode também estar fazendo aqui de repente a mesma coisa e vocês dois poderiam estar fazendo juntos e evoluindo juntos, entendeu? (gestora PSE)

Algumas propostas foram colocadas pelas entrevistadas, com vistas a melhorar a articulação intersetorial, como: maior divulgação do trabalho dos CRAS através de reuniões, grupos, panfletos, para ver quais parcerias poderiam surgir; contato através de visitas institucionais na sua área de abrangência; propostas de trabalhos em conjunto com outros setores; necessidade de escutar opiniões e sugestões de outros setores. De forma geral, as entrevistadas relataram que os profissionais de outros setores não entendem o que é a assistência social, pois os serviços ainda são pouco divulgados.

5.2 ATUAÇÃO DOS CRAS NA INTERSETORIALIDADE

Esta categoria traz as estratégias de trabalho adotadas até agora pelos CRAS para a articulação do trabalho intersetorial na sua área de abrangência. As principais estratégias relatadas foram: visitas institucionais para explicação do que é a assistência social e para atender demandas e discutir casos específicos; contatos institucionais buscando parcerias no território; esclarecimento e orientações sobre o trabalho dos CRAS; e mapeamento dos serviços ofertados pela sociedade civil no território, para continuidade do trabalho e atendimento das necessidades onde o poder público não alcança.

Nas falas das entrevistadas ficou claro que os CRAS acabam por tomar a iniciativa de acionar os demais setores, secretarias, órgãos, instituições, ou seja, buscam fortalecer a articulação da rede, provocando encontros. A assistência social tem tentado contatos sistemáticos com as equipes da educação, saúde, justiça.

tudo que a gente queria fazer que atingisse saúde a gente tinha que correr atrás, a gente tinha que procurar tentar trabalhar junto, porque às vezes a saúde estava fazendo uma ação e a gente estava fazendo uma outra que poderia estar fazendo junto, mas a gente conseguiu estabelecer um vínculo legal, entendeu? [...] mas com a educação eu acho que é só mais quando tem reunião de Conselho [Municipal de Educação]. Eu sinto que a gente procura muito mais do que eles procuram a assistência, entendeu? [...] é sempre a gente correndo atrás, a gente tentando entrar em contato, a gente indo lá e procurando saber deles, eu acho que fica muito a desejar, eles ficam esperando que a gente faça. (gestora PSE)

Em relação às estratégias específicas de trabalho de cada CRAS no município, o CRAS Centro organiza metas dentro da equipe de trabalho e busca os demais setores, divulgando os serviços para profissionais e alunos das escolas, mas há situações em que encontram dificuldades:

É, a gente vai, a gente faz reunião... nas escolas a gente têm divulgado bastante, e a gente fez uma proposta nesse ano de uma busca ativa através da rede, então um mês visita escola de educação infantil e aí faz a divulgação do serviço, no outro mês [visita] escola de EJA, no outro mês, Unidade de Básica de Saúde [...] a gente fez para os alunos, e agora a gente tem feito para os profissionais, porque não são todos que dão abertura pra gente chegar no público. (coordenadora de CRAS)

É importante ressaltar que o CRAS Centro recebe muitas demandas que deveriam ser endereçadas a outros equipamentos da assistência social, em especial por parte da justiça, devido ao desconhecimento da divisão dos territórios por área de abrangência. Isso atrapalha, em parte, o trabalho da equipe, que precisa filtrar quais são as exigências corretamente endereçadas ao equipamento e encaminhar as que não são.

O CRAS Represa foi o que relatou possuir melhor relação com as escolas da sua área de abrangência, que convidam a equipe do CRAS para participar das reuniões de pais e atividades nas escolas. Estão iniciando o projeto “CRAS na Escola”, em que a equipe do CRAS realiza atividades dentro das escolas para apresentar o que é a política de assistência social, quem é o público alvo, entre outras informações. A proposta também prevê que as escolas realizem atividades no espaço do CRAS.

a ideia seria da gente estar conversando com a coordenação, a direção da escola, mas também da gente organizar alguma coisa em sala de aula ou no auditório direto com as pessoas, as crianças, os adolescentes, né? E com os pais, no caso dos pequenos. [...] Mas aí com as crianças e os adolescentes a gente já faria alguma proposta mesmo, a ideia é que eu fosse com a orientadora social junto, e fosse a técnica social pra falar um pouco, contextualizar a questão do CRAS, do PAIF, e a gente desenvolver alguma coisa que desenvolve no Serviço de Convivência. (coordenadora de CRAS)

O CRAS Represa do Grecco busca articulação com organizações não governamentais, que encaminham usuários para o CRAS e disponibilizam enxoval de bebê e cobertores, benefícios eventuais que no momento o CRAS não está concedendo. Tais parcerias incluem em especial instituições religiosas. Realizaram também boa articulação com a associação de moradores de um dos bairros atendidos pelo CRAS:

eu acho que a gente tenta o estreitamento dos laços com as outras entidades, e com os outros órgãos do território, né? A gente agora tem uma parceria legal com o projeto social ali da associação de moradores do Grecco. Foi uma parceria que foi muito bacana porque ela [coordenadora do projeto] tinha uma certa resistência em relação a gente, acho que até por uma concepção de assistência [social] ainda muito antiga, assistencialista, então agora a gente está fazendo um trabalho conjunto que está sendo muito bacana, porque existe um trabalho no Grecco ali que é de referência (o pessoal chama de tia Sandra), que é uma pessoa que fica com crianças das mães que não tem condições de ter alguém pra cuidar e que precisam trabalhar e são crianças em situação de vulnerabilidade econômica ali no território. E a gente conseguiu fazer uma parceria: a gente pega essas crianças duas vezes por semana e eles vão participar do Serviço de Convivência [e Fortalecimento de Vínculos] lá com a gente, essa foi uma conquista recente. (coordenadora de CRAS)

O CRAS Toca dos Leões identificou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como a única ligação intersetorial com a saúde, mesmo com a proximidade física entre o CRAS e o Posto de Saúde da Família (único equipamento de saúde da área de abrangência), que são equipamentos vizinhos. A equipe do CRAS conseguiu boa inserção nos grupos realizados pelo NASF no Posto de Saúde da Família, o que aproxima o CRAS dos usuários.

A coordenadora do CRAS Toca dos Leões busca estreitar o contato com coordenadores dos equipamentos dos demais setores visando melhor articulação para o trabalho. Na área de abrangência deste CRAS, não há escolas e os alunos estudam em outros municípios, pois há dificuldades de transporte público para o centro de Vassouras, o que também dificulta articulação da equipe com as escolas.

Os CRAS também devem atuar identificando o público para acompanhamento, ou seja, quais famílias necessitam de acompanhamento sistemático no âmbito do PAIF. Para isso, algumas entrevistadas relataram que há necessidade de maior entendimento dos profissionais de assistência social em relação aos próprios processos de trabalho, assim como da importância do acompanhamento sistemático para as famílias, mesmo com as dificuldades que se colocam na continuidade do acompanhamento. Isso se justifica por ainda existirem resíduos de uma visão assistencialista do trabalho da assistência social: no passado, eram

realizadas ações paliativas para demandas imediatas, que não apresentavam caráter continuado.

Quando perguntada sobre o que os CRAS têm a oferecer a seus usuários, uma entrevistada respondeu:

como eu tenho muito tempo de formada, eu me lembro que logo que foi implantada a Política [Nacional de Assistência Social], o CRAS chamava 'Casa das Famílias'. Então, é uma oportunidade de você trabalhar sentimentos, e quando você trabalha sentimentos você muda, né? Então eu acho que a única forma de você levar uma pessoa à mudança é quando trabalha sentimentos, porque não adianta você ficar só na teoria, você precisa mostrar: 'olha, você é um cidadão, você tem direitos'. Se a gente não atingir o emocional dessa pessoa, conseguir mexer com o emocional, com o sentimento dele, ele não vai procurar exercer a cidadania dele. (técnica de CRAS)

Para que os objetivos do PAIF sejam alcançados, visando à integralidade, os CRAS também buscam participar de ações realizadas pelos outros setores, divulgando os serviços e planejando ações específicas quando identificam necessidades, trazendo também profissionais para realizarem palestras nos CRAS.

por exemplo, a gente fez um café da manhã pra divulgar o Serviço de Convivência [e Fortalecimento de Vínculos] e depois fez um chá da tarde pra divulgar o projeto da Horta [Comunitária]. A gente eventualmente vai nas escolas, a gente faz palestras lá também. A gente tenta sempre levar alguém convidado pra falar alguma coisa [no CRAS] e participa de ações das outras políticas também. Por exemplo, o Postinho de Saúde [da Família] do Grecco fez uma ação ali pra comunidade e a gente teve uma barraquinha lá. A gente pode divulgar as ações do CRAS, dos serviços e tal, então a gente tenta estar presente também nas ações dos outros, porque é uma forma também de estar divulgando as ações. (coordenadora de CRAS)

5.3 DIFICULDADES DO TRABALHO

Entre as dificuldades relatadas pelas entrevistadas, encontram-se (a) as que dizem respeito ao trabalho dentro da assistência social e (b) aquelas que são relativas ao trabalho intersetorial.

No tocante às dificuldades intrassetoriais da assistência social, as entrevistadas destacaram: baixo quantitativo de profissionais de nível superior, com grande rotatividade, o que causa interrupções no acompanhamento familiar; falta de recursos materiais para o trabalho da equipe, como transporte para visitas domiciliares e institucionais, computadores e internet nos CRAS; maior necessidade de empenho profissional (“alguns profissionais usam falta de recursos materiais como desculpa para não fazerem atividades” – sic); e dificuldade

de entendimento dos profissionais em relação a importância do planejamento dos processos de trabalho.

mais dificuldade eu acho às vezes que é dentro da própria assistência [risos]. Porque quando é fora, pode até não acontecer, às vezes é porque ainda não se construiu, ainda está em processo, mas acho que dentro da assistência falta um bom fluxo de informações ainda. Por exemplo, a gente tem técnicos, que são concursados, que são da assistência social e que prestam consultoria lá no Conselho Tutelar, mas que não buscam uma parceria com os CRAS [...] eu acho que falta essa visão de que nós estamos trabalhando juntos, nós estamos trabalhando pela mesma finalidade. (coordenadora de CRAS)

hoje eu vejo que a maior dificuldade é estrutural mesmo, porque a gente sabe o que fazer. É questão da gente não ter o carro sempre, de ter muitas intercorrências com essa questão da disponibilidade do carro para fazer as visitas na medida que a gente planeja. (coordenadora de CRAS)

Outro aspecto citado foi a sobrecarga de trabalho dos profissionais, uma vez que o volume de trabalho dificulta a busca ativa de usuários para o serviço. Para elas, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos também consome demais os técnicos e isto prejudica o trabalho no PAIF.

Na tentativa de fortalecer o trabalho na assistência social, as equipes dos diferentes equipamentos (CREAS, abrigo) e do Conselho Tutelar têm se reunido com regularidade para discussão de casos e melhoria do trabalho com as famílias. As reuniões dos CRAS com a equipe do Conselho Tutelar são mensais e com a equipe do CREAS são bimestrais, com objetivo de:

poder conhecer os usuários, porque tem família que é atendida pelo Conselho Tutelar e que a gente não sabe que é, é do território [de abrangência do CRAS], ou a gente não sabe nem que está sendo acompanhada pelo Conselho Tutelar, então é pra ter essa troca de informação mesmo, e ver como que a gente pode atender da melhor forma possível, amarrando na mesma direção de atendimento, até pra sistematizar a forma deles darem um retorno dos encaminhamentos também, que às vezes a gente encaminha e não tem essa volta. (coordenadora de CRAS)

Em relação às dificuldades identificadas no trabalho intersetorial, as demandas do judiciário foram as mais citadas em todas as entrevistas. Para as entrevistadas, este setor traz cobranças e não busca parcerias para execução das exigências. Elas também relataram falta de compreensão da juíza e da promotora de justiça sobre qual o papel da assistência social, o que gera demandas equivocadas que não são próprias deste setor, além de prazos curtíssimos para execução.

nesse momento, o judiciário tem colocado demandas pra assistência [social] que não são da assistência, então eu vejo que é uma falta de clareza do

judiciário em relação às competências e as atribuições da Política de Assistência [Social]. É também uma postura muito autoritária, então não é essa busca por trabalhar junto, por compreender, por respeitar o olhar do outro... é sempre uma coisa muito impositiva. (coordenadora de CRAS)

o judiciário não está muito aberto, então vêm muitas coisas determinadas e que poderiam ser trabalhadas como parcerias pra benefícios das famílias e às vezes vêm como determinações, e às vezes algumas determinações levantam outros riscos para as famílias, outras vulnerabilidades, e que você não tem como conversar, como colocar, né? A questão da troca, da parceria, acho que o judiciário no momento tem sido o mais difícil. (gestora PSB)

As maiores cobranças realizadas pelo judiciário têm sido: concessão de aluguel social (cujo cadastro e acompanhamento deve ser realizado pela equipe dos CRAS) e estudo social para concessão de curatela¹⁵, que não é atribuição da assistência social e sim da equipe do Fórum. Tais demandas têm sobrecarregado a assistência social, que se vê obrigada a responder solicitações que não dizem respeito às suas responsabilidades. As participantes relataram que é exatamente do judiciário que a assistência social tem recebido o maior número de demandas ultimamente, e que muitas vezes deixam de fazer o acompanhamento familiar para atender tais demandas:

you leave de fazer o seu trabalho ali, porque você tem prazo de três dias, de dois dias, de uma semana pra responder, entendeu? [...] Aí você acaba atropelando algumas coisas que não deveria. (gestora PSE)

é uma coisa muito de cima pra baixo, né? Não tem um diálogo, é muito difícil. Você até consegue um diálogo com a equipe técnica, mas promotor, juiz, nem te olha... A gente é convocada pra quinhentas audiências mensais, entra mudo e sai calado, você só responde se surgir alguma coisa muito específica, e ainda assim (não aconteceu comigo, mas aconteceu com outros técnicos), de cara de deboche, entendeu? 'Ah, vai pra lá fazer aquelas atividade em grupo', umas caras e bocas, entendeu? Então eu acho o mais difícil. (coordenadora de CRAS)

Por exemplo: pedir estudo social pra assistente social do CRAS, pedir estudo social pra avaliar curatela, isso é uma competência da equipe do Fórum. Isso não é uma competência do CRAS. Mas o judiciário manda, e manda com prazo curto e sob pena de desobediência. Então, a forma também como chega, e como é que você nega um negócio desse? Mas ao mesmo tempo que você faz, você abre precedente pra chover pedido de relatório como esse, né? (coordenadora de CRAS)

Outra dificuldade destacada foi a de se estabelecer articulações institucionais e não pessoais. Atualmente a articulação acaba por ser feita entre os profissionais de maneira

¹⁵ Função de curador exercida por pessoa encarregada de administrar bens.

informal, através da amizade, sem basear-se no pressuposto da importância do trabalho conjunto entre os setores e serviços.

eu acho que o maior problema da intersetorialidade no município é que não é uma coisa que parte da gestão, então é muito ainda na base da amizade, da boa vontade, das parcerias ali no micro, que têm sua funcionalidade, mas não têm uma abrangência muito grande. A gente tem uma parceria até certo ponto estreita com a saúde, a gente tem uma boa relação com a saúde. [...] Mesmo antes de eu ser coordenadora, era eu mesma que fazia a articulação, então é muito da amizade mesmo, de sentar, de discutir, de fazer visita junto, então tem Posto de Saúde [da Família] que você tem uma relação melhor do que outro. (coordenadora de CRAS)

Nas diversas tentativas de fortalecimento da intersetorialidade, as profissionais relataram que há grande burocratização no contato com outros setores:

sempre você tem que mandar primeiro ofício e nunca tem resposta, você faz contato primeiro, faz a visita, conversa, pedem o ofício, pedem memorando, pedem documentação e não há esse retorno, não tem esse retorno, só quando tem alguma demanda específica, pra fazer um acompanhamento, fazer algo. Eles não dão retorno. Não sei se por falta de interesse, por falta de conhecimento, até do entendimento da própria política, qual o papel de cada um. Acho que está sobrecarregando ambos os lados, acredito que seja isso. (coordenadora de CRAS)

A sobrecarga de trabalho dos profissionais dos outros setores também foi citada como uma dificuldade. Frente a tantas demandas, a intersetorialidade não se torna prioridade. Por não trabalharem de forma integrada, os profissionais demonstram desentendimento em relação às demais políticas, segundo a opinião das participantes do estudo.

A gente, enquanto assistência [social], entende de assistência, saúde entende de saúde, educação de educação... mas parece que não se faz questão de fazer esse conhecimento, essa ponte. A gente até faz as visitas, acompanha, né? Tem esse contato, mas parece que tem essa barreira, cada um no seu quadrado, como se não precisasse dessa ligação entre os equipamentos, entre os setores. [...] Eles se fecham, e aí até quando a gente quer fazer, falar sobre o caso, fazer um estudo de caso com a equipe é como se fosse um favor, eles entendem que não tem essa necessidade de momento e que eles sanam as demandas deles ali no próprio equipamento. (coordenadora de CRAS)

As entrevistadas relataram perceber falta de interesse e/ou representatividade dos outros setores nas reuniões de rede e que o olhar dos diversos setores sobre os usuários é fragmentado, ou seja, não veem o usuário na totalidade das suas necessidades. Foram identificadas também dificuldades de reconhecimento do papel da assistência social, que ainda é bastante vista como “favor” ou “caridade”, e não como direito social. As participantes relataram também que há falta de reconhecimento da importância da política de assistência

social, por serem vistos resultados mais imediatos nos outros setores. Isso aconteceria, inclusive, em nível de gestão municipal (Prefeitura):

Por exemplo, vamos dizer que a gente tem um evento, se a saúde também tem, ele [prefeito] prioriza a saúde do que o social, porque ele acha que de repente o retorno do serviço da saúde vai ser mais rápido do que o retorno do social, quando na verdade isso é uma ilusão (técnica de CRAS)

Em relação ao setor saúde, as entrevistadas relataram que este atua somente sobre as questões estritamente relacionadas à saúde física, não apresentando uma preocupação em relação às outras demandas que as famílias possam apresentar.

O desconhecimento dos demais setores em relação às atribuições da assistência social acarreta demandas equivocadas a este setor. Por exemplo: escolas encaminham para o CRAS demandas de acompanhamento psicológico (para dificuldades de aprendizagem, por exemplo), demanda esta que não cabe à assistência social e que deveria ser direcionada ao setor saúde do município. Uma das entrevistadas, que atua também no setor da educação, relatou que é com este setor que identifica maiores dificuldades no trabalho intersetorial. Isso se justificaria pelo fato do setor da educação estar essencialmente preocupado com o aproveitamento escolar, não atentando muito para outras necessidades dos alunos e famílias.

Quando perguntada sobre quais dificuldades identifica na articulação entre os setores, uma das participantes do estudo colocou que os diferentes setores veem os usuários como unicamente usuários do serviço, e não como cidadãos do município, com múltiplas demandas. Isso faz com que os usuários circulem por todos os serviços, cada um deles se ocupando exclusivamente das demandas que lhes cabem, não buscando ações que visem à integralidade:

eu acho que os serviços deveriam ter aquela visão que o usuário é único, no sentido de satisfação de necessidade dele. Por exemplo, o adolescente está na escola, ele está no posto de saúde, ele está no CRAS, ele está na cultura, ele está no esporte, mas cada setor parece que só olha pro seu lado: para a educação, o interessante é que aquele menino tenha um bom desenvolvimento, um desempenho, mas a questão da solução dos problemas dele, da família, não interessa muito pra educação. Aí vem o CRAS e vai trabalhar o vínculo, mas como é que está o desenvolvimento escolar? [...] a gente poderia estar intervindo nessa questão educacional: por quê que ele não rende na escola? Ele não rende na escola porque ele tem uma família que quando chega em casa ele tem que trabalhar? Ele tem que tomar conta dos irmãos mais novos? Ele tem que ir pra rua fazer algum tipo de serviço? (técnica de CRAS)

5.4 ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Esta categoria aborda como o PAIF é realizado no Município de Vassouras pelas equipes dos CRAS. As principais estratégias relatadas pelas profissionais entrevistadas foram:

atendimentos particularizados à cada família; acolhimento coletivo (através de grupos de acolhimento); visitas domiciliares; encaminhamentos para outros serviços/setores, quando identificada necessidade; concessão de benefícios (auxílio natalidade, cesta básica, aluguel social); Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e grupos de famílias.

no grupo de acolhimento a gente faz um acolhimento mesmo, faz uma dinâmica, fala sobre o que é o CRAS, o que o CRAS se propõe, apresenta o programa dos serviços do CRAS, e dali a gente desdobra [o acompanhamento]. Por exemplo, às vezes é só inclusão no CadÚnico, às vezes é inclusão no Serviço de Convivência... Tudo tem que ter um olhar do técnico, aí dali a gente já desdobra pra entrevista com o técnico. (coordenadora de CRAS)

Os atendimentos buscam atingir a integralidade da família, todas as suas necessidades, identificando a problemática do grupo familiar:

o atendimento que a gente costumava fazer é realmente tentando atingir toda a integralidade da família, ou seja, às vezes o filho tinha um problema, o pai (que seria o idoso, entendeu?) tinha outro. Então seria fazer todos os tipos de encaminhamento, de abordagem em relação ao grupo familiar, ver todas as necessidades, identificando a problemática do grupo familiar todo, desde o bebê até o idoso. (gestora PSE)

Os grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos são divididos por faixa etária e os encontros acontecem 1 ou 2x por semana, de forma diferente em cada CRAS. As faixas etárias atendidas variam dos 4 anos de idade até a terceira idade (idosos). Os grupos de convivência são organizados de acordo com ciclos temáticos, e as atividades são realizadas por facilitadores de oficina (profissionais de nível médio). A entrada de profissionais concursados para execução das atividades do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, em 2015, melhorou a continuidade da oferta deste serviço:

a gente tem hoje uma equipe de concursados, de orientadores sociais, de facilitadores de oficina, que está contribuindo muito pra um serviço contínuo, que a partir daí só tem a tendência a melhorar, né? (responsável pela vigilância socioassistencial)

O planejamento das atividades do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos envolve a equipe técnica, que também realiza atividades pontuais com os grupos etários.

[no CRAS que eu coordeno] tem o grupo de crianças de sete a treze anos, os adolescentes de quatorze, o intergeracional de quatorze a vinte e cinco e os adultos e idosos. Eles participam duas vezes por semana, por duas horas cada grupo. [...] Cada grupo ele tem uma atividade diferente, não é só ballet, não é só musica, então no mesmo grupo em um dia pode-se trabalhar música, pode-se trabalhar filme, pode-se trabalhar teatro, em cada semana os próprios facilitadores [de oficina] vão se organizando para fazer várias

atividades durante esses encontros, trabalhando os temas que são direcionados pela coordenação do Serviço de Convivência, que é a pedagoga. (coordenadora de CRAS)

Há também atividades realizadas com grupos específicos: grupo PAIF (que inclui famílias em acompanhamento familiar sistemático), grupo de família (que inclui famílias de crianças e/ou adolescentes que estão frequentando o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos) e grupo de mulheres (que aborda temas de interesse do público feminino).

ela [assistente social] faz [grupos] uma tarde por mês. No primeiro ela trouxe as famílias pra falar o que é o CRAS, qual a proposta, o que eles queriam, e aí vários temas foram levantados. Agora a cada encontro ela trabalha um tema que eles mesmos trouxeram para a gente. Por exemplo, ela está trabalhando agora aquele filme da Regina Casé em que ela é empregada doméstica. [Que horas ela volta?] (coordenadora de CRAS)

dentro do Serviço de Convivência também tem [palestras], a equipe do serviço de convivência também teve uma capacitação e aí eles trabalham muitos temas interessantes junto com outros temas de atualidade, de coisas que acontecem, além dos temas da assistência [social]. (coordenadora de CRAS)

no Serviço de Convivência você trabalha a faixa etária com aquela proposta de vínculo, né? No grupão não, o grupão é um momento de conscientização de direitos, de deveres, de oportunidades, entendeu? É mais nesse sentido, mas eu acho que principalmente é pra levar a conscientização. O grupão já teria mais um aspecto político. (técnica de CRAS)

As equipes técnicas também têm inserido os orientadores sociais e facilitadores de oficina do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos nos trabalhos realizados no PAIF:

a gente tem procurado [fazer] reuniões do próprio equipamento, para envolver os outros profissionais, que não sejam os técnicos, nesse acompanhamento, para eles entenderem qual o papel do CRAS, o que eles estão fazendo ali... O começo da equipe concursada do Serviço de Convivência ajudou muito a equipe técnica, principalmente porque a gente tem uma orientadora muito boa, então ela tem esse contato de pelo menos duas vezes por semana com a família, com as crianças, com os adolescentes, com os adultos e aí consegue trazer muita coisa pra gente poder trabalhar. (coordenadora de CRAS)

O público prioritário para o PAIF são os beneficiários do Programa Bolsa Família. Visando a descentralização do Bolsa Família no município e o maior alcance das famílias para acompanhamento no CRAS, o primeiro preenchimento do Cadastro Único do Governo Federal (CadÚnico - quando a família deseja ser cadastrada para os programas sociais), é realizado pelo técnico de nível superior, que usa as informações como base para preenchimento do prontuário da família, que ficará no CRAS para acompanhamento. As

atualizações subsequentes do CadÚnico (que devem ser realizadas a cada 2 anos ou quando houver qualquer mudança nas informações prestadas) são feitas diretamente no setor do Bolsa Família do Município, localizado dentro da Secretaria Municipal de Assistência Social.

A maior parte dos usuários chega ao CRAS através de demanda espontânea, geralmente solicitando benefícios eventuais, como cesta básica e enxoval de bebê. Os CRAS recebem também usuários encaminhados por outros setores, mas em menor quantidade. As equipes realizam busca ativa visando trazer mais usuários do público prioritário para o PAIF e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, como estratégia para o acompanhamento familiar. O caráter continuado das ações do PAIF é potencializado com o trabalho realizado no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que no momento é a melhor estratégia utilizada pelas equipes para realizar o acompanhamento familiar.

A inscrição no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos ocorre mediante encaminhamento do técnico do PAIF, que atende a família e identifica de forma integral as suas necessidades, encaminhando também para outros setores, se necessário. A partir dos atendimentos e de questões que surgem nas atividades do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e nos grupos específicos, a equipe técnica elenca prioridades: algumas famílias necessitam de acompanhamento sistemático; outras, de encontros eventuais.

Eu acho que esse grupo [Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos] é hoje o que dá o respaldo, quase que total, do atendimento que a gente está prestando, porque necessariamente a família vai estar toda semana no CRAS, ou alguém da família. Aí através do acompanhamento do grupo é que a gente consegue fazer esse acompanhamento mais eficaz, mas a gente chama também a família pro atendimento, quando a gente percebe que tem alguma situação que precisa ser melhor trabalhada. (técnica de CRAS)

às vezes a gente não consegue fazer numa totalidade, mas às vezes pequenos passos que são feitos fazem uma grande diferença numa família. Então é preciso realmente querer conhecer a realidade das famílias e ver o que pode ser feito, né? Um passo de cada vez. Só que muitas vezes a gente não consegue garantir esse acompanhamento e aí a gente fica nos atendimentos espaçados, e acaba muitas vezes se perdendo essa continuidade com as famílias. (gestora PSB)

quando a gente fala de acompanhamento familiar você tem que ter um planejamento de visitas domiciliares, não só quando aparece um relato ou um documento. Tem uma família que de repente não acessa o CRAS e você periodicamente tem que visitá-la, né? A gente tem tentado fazer um plano de acompanhamento, a gente criou um sistema no CRAS: cada técnica referencia uma determinada área (alguns bairros do território), então se a pessoa ligou e tem uma demanda e é a primeira vez dela no CRAS, ela vai ser incluída no grupo de acolhimento. Esse grupo acontece quinzenalmente pra cada técnica, então em uma semana ela atende um grupo, e na outra semana ela desdobra os atendimentos individuais que forem necessários. A

gente abre o prontuário de todo mundo que vai, mas ele vai ficar como um atendimento assistemático... Se a pessoa tem uma demanda de acompanhamento sistemático, a gente já identifica por cor: verde, o amarelo e o vermelho. (coordenadora de CRAS)

As entrevistadas relataram dificuldades nos fluxos de referência e contra-referência para acompanhamento das famílias e para identificar se as demandas foram atendidas por outros setores. A equipe técnica do acompanhamento familiar deve acompanhar os encaminhamentos realizados para saber se surtiram efeito. Para melhor monitoramento da eficiência do PAIF pelas equipes, uma das entrevistadas relatou que a profissional que atendeu a família no CRAS deve buscar tais informações para saber se as necessidades foram atendidas, baseando-se nos encaminhamentos feitos e no prontuário da família.

Continua sendo um pouco deficiente essa avaliação, né? A gente faz de uma forma geral, mas de repente essa questão quantitativa assim, uma coisa mais concreta talvez a gente não tenha, né? A gente até entende que o serviço é eficiente sim, partindo até da estrutura que a gente tem, acredito que é uma estrutura boa de organização, os profissionais são concursados, os serviços que estão ali são contínuos, não são interrompidos, então a gente pode até avaliar a eficiência dessa forma, de um saldo positivo. Mas acho que se a gente for realmente querer avaliar aquelas famílias que foram atendidas, se a gente conseguiu fazer com que elas superassem aquela vulnerabilidade, né? Por exemplo, no Programa Bolsa Família, se aquela família dali conseguiu sair, conseguiu superar isso, isso eu acho que isso ainda está faltando realmente pro município. (responsável pela vigilância socioassistencial)

muitas vezes a gente encaminha e a gente mesmo não busca essa informação de volta, acho que [o acompanhamento poderia ser melhor] tendo essa iniciativa de solicitar um retorno, uma resposta do que foi, não como uma cobrança, mas ter uma consciência mesmo, colocar no prontuário. (coordenadora de CRAS)

Os CRAS têm tentado realizar as visitas domiciliares com maior regularidade às famílias, para um acompanhamento mais efetivo. Para as entrevistadas, os CRAS têm o papel de orientar onde os indivíduos e famílias podem acessar seus direitos, fazendo mediação direta (levando o usuário ao serviço), quando necessário.

O CRAS Toca dos Leões atende os bairros Pocinhos, Ponte do Rocha, Triunfo, Trevo e Conjunto Habitacional Carlos Alberto do Amaral. O CRAS tem 158 famílias cadastradas em acompanhamento sistemático no PAIF e 36 no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, com 203 cadastros, ao todo, no CRAS. Do público atendido, 90% são beneficiários do Programa Bolsa Família. Das 70 famílias que moram no conjunto habitacional no entrono do CRAS, 80% são beneficiárias do Programa Bolsa Família e as

20% restantes têm o perfil para serem beneficiárias, mas atualmente não estão recebendo por descumprimento de condicionalidades.

Neste CRAS foi identificada maior facilidade para acompanhar as famílias, pois o mesmo encontra-se fisicamente inserido na comunidade:

são as famílias que já estão ali em volta, uma rua acima, na mesma rua e na rua abaixo, são setenta famílias, e esse acompanhamento se dá através das reuniões de família. O Serviço de Convivência [e Fortalecimento de Vínculos] acaba ajudando porque a gente consegue trazer as famílias dos adolescentes que estão inseridos para o CRAS também, e nos atendimentos que são agendados de três em três meses, pra ter uma periodicidade e um retorno. (coordenadora de CRAS)

O CRAS Centro possui a maior área de abrangência. São ao todo 24 bairros, incluindo a área rural do município: Conjunto Habitacional do Ipiranga, Madrugá, Carvalheira, Centro, Melo Afonso, Ipiranga, Vargem do Manejo, Barreiro, Estiva, José de Barros, Massambará, Cananeia, Barão de Vassouras, Andrade Pinto, Andrade Costa, Demétrio Ribeiro, Itakamosi, Pirauí, Aliança, Ferreiros, Pinheiros, Tinguá, Capim Angola e Morro da Vaca. Por ter uma área de abrangência tão extensa, este CRAS apresenta maiores dificuldades para alcançar as famílias.

O CRAS Centro atualmente tem 478 famílias sendo efetivamente acompanhadas pelo PAIF, das 915 famílias cadastradas no equipamento. Destas, 77 têm algum membro da família que recebe Benefício de Prestação Continuada. O público mais atendido neste CRAS é de beneficiários do Programa Bolsa Família, totalizando 399 famílias. No entanto, há uma nova e recente demanda surgindo para a assistência social:

[...] a gente tem uma nova demanda aparecendo que é de um público que não era público da assistência [social] antes, e que de uns quatro meses pra cá [abril de 2016] começaram a aparecer, tipo, funcionário público, que tem seu emprego, que tem o seu salário, de limpeza urbana, por exemplo, e que não está dando conta de, dentro dos seus recursos, gerir as suas necessidades e da sua família. Então é um público novo que está aparecendo atualmente, mas o Bolsa Família sem dúvida é o [que tem] maior [número de famílias em acompanhamento]. (coordenadora de CRAS)

Uma estratégia utilizada pela equipe do CRAS Centro para alcançar o público prioritário para o PAIF é o envio de correspondência às famílias que ainda não estão no acompanhamento sistemático, solicitando que compareçam ao CRAS para atendimento. Para melhoria dos serviços e maior alcance das famílias, a sugestão de uma das entrevistadas foi ter uma equipe itinerante, que realizasse atendimentos nos bairros distantes, e um carro

exclusivo para cada equipamento, uma vez que há escala para o uso dos carros disponibilizados pela Secretaria Municipal de Assistência Social para visitas domiciliares:

mas a equipe itinerante sem dúvida [seria melhor] porque o profissional ia saber que ele tinha entrado ali pra isso, pra estar cada dia num lugar diferente, porque às vezes ainda tem a resistência do profissional em estar indo nos lugares mais longes. (coordenadora de CRAS)

O CRAS Represa do Grecco atende aos bairros Grecco, Santa Amália, Residência, Segunda Residência, Alto do Rio Bonito e Mancusi. Possui, em média, 560 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família na sua área de abrangência, 430 com prontuários no CRAS e aproximadamente 250 em acompanhamento sistemático. Como estratégia para identificação do grau de gravidade da situação apresentada pelas famílias, a equipe técnica realiza uma classificação dos prontuários por cores.

Sobre o público mais atendido nos equipamentos, as entrevistadas relataram que a maior parte é de mulheres:

mulheres, em sua maioria, pouquíssimos pais, homens acompanhados, a maioria mulheres chefe de família com, pelo menos, três filhos. (coordenadora de CRAS)

a gente tá tentando fazer um grupo de mulheres, não conseguiu ainda não, mas é uma proposta do CRAS Represa fazer. [...] Hoje a gente tem muitos homens, né? Mas ainda falta muito pra atingir essa classe masculina. Acho que o preconceito, não só o preconceito... tem a questão cultural também, eu acho que o cultural ainda é maior que o preconceito, porque o preconceito quebra quando surgem necessidades imediatas, entendeu? O cultural não, é tipo assim: se a família está passando por uma situação em que o CRAS pode estar intervindo, o homem sempre pede que a mulher vá, e a mulher parece que já assume aquele papel. Ao mesmo tempo que a mulher é colocada como responsabilidade familiar, ela se subjugou a essa situação de ter o domínio, vamos dizer assim, entre aspas, 'masculino' no sentido de ser a provedora. Ela [a usuária do serviço] diz 'eu vim porque meu marido está desempregado'. Sempre o discurso é esse, entendeu? (técnica de CRAS)

5.5 DISCUSSÃO

O município de Vassouras possui 3 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS - todos ofertam o PAIF), 1 Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e 1 abrigo para crianças e adolescentes. O município também conta com uma unidade do Conselho Tutelar, órgão autônomo com 5 conselheiros, além de psicólogos e assistentes sociais cedidos pelo município, vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS).

O quadro 8, relativo ao mapa da pobreza e desigualdade do IBGE, do ano de 2003, traz outras informações sobre o município:

Incidência da Pobreza	22,29%
Incidência da Pobreza Subjetiva ¹⁶	21,96%
Índice de Gini ¹⁷	0,46

Quadro 8: Adaptado do mapa da pobreza e desigualdade do Município de Vassouras
Fonte: IBGE cidades.

A cada ano a gestão municipal deve preencher o Censo SUAS, um questionário elaborado pelo Governo Federal, no qual devem constar informações detalhadas sobre a assistência social dos municípios.

De acordo com o Censo SUAS 2015, a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) de Vassouras realiza atividades de: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial; Gestão de benefícios assistenciais; Gestão do SUAS; Vigilância Socioassistencial/Monitoramento e Avaliação (realizada de maneira informal até 2015 e formalmente implantada em 2016); Gestão do trabalho; e Gestão financeira e orçamentária.

Em Vassouras ainda não existe lei municipal de regulamentação do SUAS e o Plano Municipal de assistência social é atualizado com periodicidade maior que 4 anos, tendo a última atualização ocorrido em 2010. Nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) realizadas em 2015, em 10 houve representantes do município. No mesmo ano, o município recebeu uma visita de técnico da Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH).

A gestão municipal informou no Censo SUAS de 2015 que não tem ocorrido fortalecimento da intersetorialidade na gestão dos serviços, benefícios e programas, bem como integração dos serviços e benefícios. O Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) também não tem se fortalecido. No entanto, o município evoluiu na adequação da implantação e gestão dos serviços socioassistenciais e nas metodologias de trabalho social com famílias.

Os benefícios eventuais não são geridos e regulados pela SMAS e não ocorreu em 2015 implementação de ações relativas ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). O Cadastro Único para Programas do Governo Federal (CadÚnico)¹⁸ e o Bolsa Família são

¹⁶ A pobreza subjetiva é definida como a avaliação subjetiva que as pessoas fazem sobre suas condições objetivas de vida.

¹⁷ O índice de Gini evidencia a igualdade e desigualdade em uma sociedade. Este índice varia entre 0 e 1, sendo 0 correspondente à perfeita igualdade e 1 correspondente à extrema desigualdade.

¹⁸ “A partir de 2003, o Cadastro Único se tornou o principal instrumento do Estado brasileiro para a seleção e a inclusão de famílias de baixa renda em programas federais, sendo usado obrigatoriamente para a concessão dos benefícios do Programa Bolsa Família, da Tarifa Social de Energia Elétrica, do Programa Minha Casa Minha Vida, da Bolsa Verde, entre outros. Também pode ser utilizado para a seleção de beneficiários de programas

geridos pela SMAS, que até 2015 não possuía metodologias de monitoramento e avaliação, mas o cadastramento é realizado também nos CRAS e nos domicílios das famílias. Após a entrevista do CadÚnico, em média, leva-se 5 dias para que os dados coletados no papel sejam inseridos no sistema informatizado.

A gestão tem atuado levando em consideração as prioridades e metas do Pacto de Aprimoramento da Gestão Municipal¹⁹. No que diz respeito ao financiamento, o valor alocado referente aos recursos próprios do município, em 2014, na assistência social, foi de R\$2.897.000,00 e o valor repassado pelo governo estadual (fundo a fundo e convênios), no mesmo ano, foi de R\$189.729,00. O órgão gestor municipal não faz transferência de recursos por convênio para Organizações Não Governamentais (ONGs) ou entidades de assistência social no município.

A SMAS do município conta com 109 trabalhadores, sendo 25 estatutários de formação em nível fundamental, 42 de nível médio e 28 de nível superior. Não há empregados públicos celetistas. Há 1 profissional comissionado de nível fundamental, 6 de nível médio e 7 de nível superior. No total, trabalham na SMAS profissionais de nível superior com formação nas áreas de serviço social (15), psicologia (8), pedagogia (2) e direito (1). O município utiliza parte dos recursos do cofinanciamento federal de serviços para pagamento de servidores públicos.

Vassouras não possui plano de capacitação e educação permanente. Em 2015, 2 ou 3 vezes os técnicos ou gestores municipais participaram de atividades de orientação e apoio promovidas pelo Estado. No ano anterior, os trabalhadores tiveram acesso a curso presencial de capacitação promovido pela gestão estadual, realizados nos CRAS e no CREAS do município, com 44 trabalhadores capacitados. No mesmo ano, 4 trabalhadores tiveram acesso a curso de capacitação à distância promovido pela gestão federal. As áreas temáticas abordadas nos cursos incluíram:

- Metodologia do trabalho social com famílias;
- Metodologias para desenvolvimento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- Atendimento a situações de violência e violação de direitos;
- Atendimento a população em situação de rua;

ofertados pelos governos estaduais e municipais. Por isso, ele funciona como uma porta de entrada para as famílias acessarem diversas políticas públicas.” (Fonte: <https://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico/o-que-e-e-para-que-serve>)

¹⁹ O Pacto é o instrumento pelo qual são estabelecidas as metas e as prioridades nacionais no âmbito do SUAS, e se constitui como mecanismo de aprimoramento do Sistema como um todo.

- Medidas socioeducativas para adolescentes em conflito com a lei;
- Acolhimento (abrigo) de crianças e adolescentes;
- Estrutura, normas e funcionamento do SUAS;
- Gestão financeira e orçamentária do SUAS;
- CadÚnico;
- Bolsa Família;
- Álcool e drogas.

A SMAS realiza campanhas, mobilização e sensibilização com a população do município, trazendo temas relativos à assistência social, através de atividades de abordagem social em espaços públicos, busca ativa de famílias com situação de trabalho infantil para cadastramento no CadÚnico e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, incluindo-as no PAIF e no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias (PAEFI), com aplicação de medidas protetivas às famílias. Nas famílias em que é identificada a existência de trabalho infantil, realiza-se encaminhamentos para atendimento também em outras políticas públicas e para órgãos de defesa e responsabilização. No entanto, a SMAS não possui estudos e diagnósticos próprios sobre a situação do trabalho infantil no município.

No que concerne à Proteção Social Especial, o município não conta com equipe exclusiva de alta complexidade. O acompanhamento e monitoramento do fluxo de entradas e saídas de crianças das unidades é realizado e as equipes promovem articulação dos serviços de acolhimento com os demais serviços da rede socioassistencial e órgãos de defesa de direitos, realizando supervisão e suporte técnico, monitorando o tempo de permanência das crianças e adolescentes e fiscalizando a qualidade dos serviços de acolhimento

O município conta com programa/serviço de apoio e proteção a pessoas e famílias afetadas por situação de emergência ou de calamidade pública e tem articulação com órgão municipal de defesa civil.

A gestão municipal da assistência social desenvolve ações relativas ao Benefício de Prestação Continuada, distribuindo aos CRAS e CREAS listas territoriais atualizadas das famílias com beneficiários, inserindo-os nos serviços socioassistenciais, realizando cadastramento no CadÚnico e articulando a inserção destes nas diversas políticas sociais. Possui também informações territorializadas (listagens) das famílias inscritas no CadÚnico, dos beneficiários do Bolsa Família em cumprimento e em descumprimento de condicionalidades.

Em relação aos benefícios eventuais, são concedidos auxílio funeral (na própria SMAS) e auxílio natalidade (em unidades da rede socioassistencial), que são regulamentados no município. O benefício eventual para situação de calamidade pública também é concedido e regulamentado, sendo disponibilizado tanto pela SMAS quando pelas unidades da rede socioassistencial. Há também concessão e regulamentação de outros benefícios eventuais para situação de vulnerabilidade temporária, concedido pela SMAS e pelas unidades da rede socioassistencial, a exemplo da cesta básica.

O município não possui programa próprio de transferência de renda. O programa do governo estadual (Renda Melhor) foi extinto em 2015 e o único programa de transferência de renda que a população em vulnerabilidade conta é o Bolsa Família, cujo controle social é realizado pelo Conselho Municipal de Assistência Social ou comissão permanente deste.

O órgão gestor possui diagnóstico socioterritorial do município, atualizado em 2015, no qual constam: o perfil da população (composição etária, perfil socioeconômico, etc); indicadores relativos à demanda da população aos serviços socioassistenciais; mapeamento das unidades de atendimento socioassistencial; mapeamento de unidades de outras políticas públicas; informações sobre o território de abrangência dos CRAS; levantamento e pesquisa que apontam o número de pessoas em situação de rua no município (8), realizado em 2015; e levantamento e pesquisa sobre a incidência do trabalho infantil no município, com informações obtidas através de levantamento ou pesquisa já realizada por outra instituição.

No que tange às categorias de análise desta pesquisa, os principais aspectos que apareceram nas falas das entrevistadas, em relação à maneira como o trabalho intersetorial tem acontecido até então no município (“Trabalho Intersetorial” - categoria 1) dizem respeito, principalmente, aos encontros intersetoriais organizados pela Secretaria Municipal de Assistência Social para articulação da rede; os eventos organizados pela equipe do Programa Bolsa Família nos bairros, que têm proporcionado maior proximidade com os usuários; a maior facilidade de articulação com a saúde e a educação, em comparação com os demais setores; as dificuldades de serem estabelecidas articulações institucionais e não individuais; os poucos encaminhamentos recebidos dos outros setores; as dificuldades de articulação dentro do próprio setor da assistência social e as propostas trazidas pelas profissionais para fortalecimento da articulação, como uma maior divulgação dos serviços ofertados nos CRAS.

Na segunda categoria de análise (“Atuação do CRAS na Intersetorialidade”), foram destacadas pelas entrevistadas a realização de visitas institucionais; a busca de parcerias nos territórios de abrangência, o que inclui organizações da sociedade civil; a necessidade de esclarecimento sobre qual o papel dos CRAS e da assistência social; a necessidade de

mapeamento dos serviços existentes nos territórios e as estratégias que cada CRAS desenvolve para sua atuação.

Na categoria “Dificuldades do Trabalho” (categoria 3), foram destacadas dificuldades relativas ao trabalho dentro da própria assistência social e as dificuldades no trabalho intersetorial. Dentro da assistência social, os pontos mais importantes para dificuldades dizem respeito ao baixo quantitativo de recursos humanos; a falta de alguns recursos materiais, como internet e carros para visitas; a falta de empenho de alguns profissionais; a sobrecarga de trabalho; a necessidade de planejamento dos processos de trabalho e de reuniões entre os equipamentos da assistência social. Em relação às dificuldades intersetoriais, destacou-se o recebimento de demandas equivocadas, em especial por parte do setor da justiça; a burocratização dos contatos institucionais; a sobrecarga de trabalho dos profissionais dos outros setores; a falta de interesse e/ou representatividade dos setores nas reuniões de rede; e o não reconhecimento da assistência social como direito social, ainda eventualmente vista como “favor” ou “caridade”.

Na quarta e última categoria (“Acompanhamento Familiar”), as estratégias de trabalho relatadas pelas participantes da pesquisa para cumprimento dos objetivos do PAIF dizem respeito a: atendimentos particularizados às famílias; grupos de acolhimento; visitas domiciliares; identificação de demandas e encaminhamentos aos setores responsáveis por saná-las; a concessão de benefícios pela assistência social; os grupos realizados no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos como forma de suporte ao acompanhamento sistemático às famílias; e as dificuldades no estabelecimento de processos de referência e contra-referência.

Nota-se que o setor da saúde foi citado pelas entrevistadas como sendo o setor com maior facilidade de relacionamento com a assistência social, seguido pelo setor da educação. Tal resultado se justifica pela abertura que tais setores apresentam para diálogo e disponibilidade para trabalhos conjuntos e discussão de casos. No entanto, os mesmos setores aparecem como aqueles que menos encaminham para os CRAS, o que pode parecer contraditório. Sobre isso, as entrevistadas relataram que na saúde os profissionais encontram-se assoberbados de trabalho e restringem-se à solução de problemas relacionados estritamente à saúde física e mental dos pacientes, não atentando para outras possíveis necessidades que poderiam ser demandadas à assistência social. O mesmo pode ser dito em relação ao setor da educação: os profissionais das escolas, sobrecarregados, concentram-se no desempenho escolar dos alunos e muitas vezes não sabem onde poderiam encontrar parcerias para a solução de outras questões e problemas das famílias dos alunos, o que muitas vezes, inclusive,

poderia influenciar no rendimento escolar dos mesmos. Dessa forma, quando a assistência social procura os setores da saúde e educação, é bem recebida, mas os mesmos procuram pouco a assistência social, seja para trabalhos conjuntos, seja para encaminhamentos de casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O público usuário prioritário da assistência social no Brasil tem reduzidas as suas possibilidades de acesso aos seus direitos de forma geral: à saúde, à educação, ao emprego. O dever da assistência social é o de garantir direitos. Oliveira (2002, p. 266) explica que há um ciclo no qual os setores populares encontram-se, qual seja, são marginalizados em sua possibilidade de acesso aos serviços sociais, à educação e à sua capacidade de disputar uma vaga no mercado de trabalho: “ao não ter emprego, não consegue adquirir certos bens sociais, como por exemplo, a educação. E por não dispor de um nível maior de escolarização, tem dificultada sua possibilidade de inserção no mercado de trabalho.”

No atual momento de crise financeira do país, um novo público tem recorrido aos serviços da assistência social: trabalhadores formais que não mais possuem condições de suprir o sustento de sua família com a renda própria. A acumulação capitalista faz com que ocorra uma polarização cada vez maior entre riqueza e pobreza, o que reflete no agravamento das expressões da “questão social”²⁰ e das mazelas sociais. O trabalho da assistência social termina por ser o de minimizar, tanto quanto possível, os impactos da “questão social” na vida dos trabalhadores.

Muitos são os desafios e as dificuldades encontrados para atingir resultados esperados tanto na Política Nacional de Assistência Social quanto no PAIF de maneira mais específica, como a grande rotatividade de profissionais, com baixos salários e a precarização do trabalho (contratação a partir de terceirização e cooperativas, por exemplo), o que atrapalha também o estabelecimento de vínculos dos usuários com os serviços prestados.

Apesar de todas as dificuldades para o trabalho social com famílias, muitos avanços já foram conquistados. Na Conferência Nacional de Assistência Social, em 2015, que teve como tema “Consolidar o SUAS de vez, rumo a 2026”, foram discutidos e exemplificados avanços importantes na garantia de direitos da população, em especial à população em situação de vulnerabilidade social.

Os mais de 10 anos de existência do Sistema Único da Assistência Social trazem uma decisão política federal de priorização da atenção às populações mais vulneráveis, dos compromissos dos entes federativos e da sociedade civil. A aprovação de políticas nacionais e

²⁰ O termo “questão social” não possui definição exata. Segundo Montaño: “fenômeno próprio do MPC [modo de produção capitalista], constitui-se da relação capital-trabalho a partir do processo produtivo, suas contradições de interesses e suas formas de enfrentamento e lutas de classes. Expressa a relação entre as classes (e seu antagonismo de interesses) conformadas a partir do lugar que ocupam e o papel que desempenham os sujeitos no processo produtivo” (2012, p. 280)

promulgação de legislações infraconstitucionais, como a Lei Maria da Penha e o Estatuto do Idoso, também são importantes passos dados nesta direção.

Nos últimos anos, foi identificada considerável redução da pobreza, elevação da renda, aumento do acesso aos serviços, programas e projetos socioassistenciais, afirmando o direito do cidadão à proteção social não contributiva, o enfrentamento das desigualdades sociais e promoção da inclusão social. Desta forma, muitos usuários saíram da invisibilidade para ocupar o centro da política.

A ampliação do acesso ao Benefício de Prestação Continuada e a criação dos Programas Bolsa Família e Brasil Sem Miséria contribuíram para que a pobreza venha sendo entendida, cada vez mais, como situação complexa e multidimensional, que implica no acesso à renda, serviços e direitos.

O controle e participação social têm sido importantes para uma política transparente, democrática e participativa, com ruptura de práticas clientelistas. A ampliação do papel dos conselhos (com representantes do poder público e da sociedade civil) trazem a contribuição de caráter deliberativo e participativo destes espaços de intervenção social.

Os resultados alcançados na Política de Assistência Social indicam que praticamente todos os municípios brasileiros possuem serviços, projetos, benefícios e programas de transferência de renda; mais de 10100 unidades públicas atualmente prestam serviços socioassistenciais no país; são mais de 4,1 milhões de beneficiários Benefício de Prestação Continuada e 14 milhões de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Apesar de tantos avanços, ainda hoje poucos municípios encontram-se seguindo o que é estipulado pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS; muitos mantêm os vínculos precários de emprego até que o Ministério Público intervenha exigindo a contratação de profissionais através de concursos públicos. Também há equipamentos que não seguem a estipulação da quantidade mínima de profissionais, tanto de nível superior quanto de nível médio. Felizmente esse não é o caso do município de Vassouras, que investiu na realização de concursos públicos e mantém muitos profissionais concursados em seu quadro de funcionários. No entanto, a rotatividade de profissionais ainda é alta, o que influencia negativamente na continuidade do serviço.

Levando em consideração as diversas dificuldades do trabalho social com famílias, observou-se que a melhoria da qualidade dos serviços no município estudado poderia ocorrer a partir da realização de concursos públicos, melhores condições de trabalho, como instalações adequadas, material para uso nas atividades, acesso à internet e carro à disposição dos equipamentos para visitas domiciliares e para o acompanhamento familiar, dentre outros.

O fato do acompanhamento familiar na assistência social não ser condicionalidade de recebimento do benefício do Programa Bolsa Família também se mostra um empecilho.

Como ficou claro nas falas das entrevistadas para esta pesquisa, o profissional atuante nos CRAS muitas vezes percebe-se impotente diante das diversas demandas trazidas pelos usuários, demandas que se mostram insolúveis pelo viés da assistência social. Para pensarmos possíveis soluções para estas demandas, seria necessária a efetivação da atuação intersetorial entre serviços ofertados à população.

Nota-se na fala das entrevistadas uma certa descrença em relação a perspectivas futuras de melhoria da articulação intersetorial. Uma entrevistada relatou que “só com milagre” (sic) essa melhoria poderia ocorrer. A teoria traz apontamentos e direcionamentos que na prática as equipes não conseguem realizar. No entanto, fica evidente o reconhecimento das profissionais em relação à importância do trabalho intersetorial. Nas palavras de uma das entrevistadas: “a assistência social não se resolve sozinha né? Na verdade, o atendimento da assistência [social] só se realiza mediante uma articulação [intersetorial].” (responsável pela vigilância socioassistencial)

A alta rotatividade de profissionais mostrou-se também uma das dificuldades para articulação da rede, que muitas vezes acaba sendo feita pelos profissionais individualmente e não pelas instituições, sendo, portanto, frágil. Sobre a relação com o setor da educação, observou-se que, para as entrevistadas, as escolas ainda são autocentradas: apesar de acharem que precisam dar conta de todas as demandas das crianças e famílias, quase não procuram a rede para soluções conjuntas. No entanto, quando a equipe dos CRAS vai até a escola, costumam ser muito bem muito recebidos para parceria.

Partindo-se do panorama apresentado, este trabalho pretendeu trazer a discussão sobre a atuação dos CRAS na articulação intersetorial para o trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, em especial a articulação entre os serviços de saúde e assistência social, tendo-se como base o estabelecimento de um paralelo entre a Atenção Primária à Saúde no SUS e a Proteção Social Básica no SUAS.

Considera-se que os objetivos desta pesquisa foram alcançados, ao trazer a discussão sobre a importância da intersectorialidade para a atenção integral aos indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) no Município de Vassouras. A partir das falas das entrevistadas foi possível realizar a reflexão sobre o papel dos CRAS na articulação intersetorial nos territórios de abrangência, a forma como a articulação intersetorial tem acontecido até agora no município estudado, bem como as dificuldades do trabalho e o acompanhamento familiar.

Considerando-se as perspectivas futuras, alguns aspectos mostram-se emergentes para o trabalho da assistência social no Brasil: o acirramento de preconceitos e intolerâncias; a necessidade de atendimento prioritário a crianças e adolescentes, pessoas com deficiências, mulheres e jovens de famílias pobres, sobretudo negros; as vulnerabilidades frente às mudanças sociodemográficas, como o crescimento da população idosa, de imigrantes e refugiados; necessidade de continuação do combate ao trabalho infantil; atenção específica para comunidades ribeirinhas, quilombolas, indígenas e mais programas que considerem as diversidades territoriais, que são enormes em um país tão grande quanto o Brasil.

Espera-se que este trabalho possa trazer contribuições importantes para futuros estudos relacionados à temática aqui abordada, bem como, em especial, que dê suporte para a melhoria dos serviços ofertados às populações em situação de vulnerabilidade social no Brasil e para enfrentamento às desigualdades sociais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis de; ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, fev. de 2010, p. 286-298.
- ALVES, Jolinda de Moraes; SEMZEZEM, Priscila. Vulnerabilidade social, abordagem territorial e proteção na política de assistência social. *Serv. Soc. Rev.*, v. 16. Nº 16. Londrina, 2013, p. 143-166.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à Saúde. In: Matta, G. C.; Pontes, A. L. de M. (orgs). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.29-60.
- BARDIN, Laurance. *Análise de Conteúdo*. Luis Antero Reto (trad.) São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, Ricardo Paes de; CARVALHO, Mirela de; FRANCO, Samuel. O índice de desenvolvimento da família (IDF). *Textos para discussão*. Rio de Janeiro, nº 986, 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0986.pdf> Acessado em 11 dez. 2016.
- BOCK, Ana M. Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de L. Trassi. *Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia*. São Paulo: Saraiva, 2008.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.
- _____. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993a (Lei Orgânica da Assistência Social). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: >http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm<
- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>
- _____. Lei n. 8.662, de 7 de junho de 1993b. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução n. 269, de 13 de dezembro de 2006. Aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Brasília, 2009a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Orientações Técnicas – Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. Brasília, 2009b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, segundo a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Brasília, 2012a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). SUAS – Sistema Único da Assistência Social. Brasília, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF: 2012b.

_____. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Texto para Discussão: Financiamento Público da Saúde: uma História à Procura de Rumo. Rio de Janeiro: julho de 2013.

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. Programas de proteção e superação da pobreza: concepções e estratégias de intervenção. Tese de doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.

CONILL, Eleonor Minho; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud, 2007.

COSTA, Teresa Cristina Moura; FERREIRA, Maria D'Alva Macedo. Os sistemas de proteção social e suas influências na configuração da seguridade social e da assistência social no Brasil. Revista FSA, v. 10, nº3. Teresina, 2013, p. 228-253.

GARCIA, Leandro Martin Totaro; MAIO, Iadya Gama; SANTOS, Taynã Ishii dos; FOLHA, Catarina Bourlinova de Jesus Cunha; WATANABE, Helena Akemi Wada. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. Rev. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, out-dez 2014.

GUEDES, Ana Emília Leite. Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares. In: MATTOS, Ruben Araújo de; PINHEIRO, Roseni. (orgs.). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009, p. 131-160.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um 'sistema sem muros'. Cadernos de Saúde Pública, 20, sup. 2: S331-S336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades - Vassouras. Disponível em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330620&search=rio-de-janeiro|vassouras>, acessado em 7 de mai. de 2016.

KOGA, Dirce. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. *Serv. Soc. Rev.* V. 16, N.1. Londrina, p. 30-42, jul./dez. 2013

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; FONSECA, Angélica Ferreira; BORGES, Camila Furlanetti. O sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil. In: *Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, Ruben Araújo de; PINHEIRO, Roseni. (orgs.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2006, p. 43-68.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 2014, 14a ed.

MONTAÑO, Carlos. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n110/a04n110.pdf>>

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Ver. Serv. Soc. Soc.* São Paulo, n. 101, jan./mar. 2010, p. 95-120.

NERY, Vânia Baptista. *O trabalho dos Assistentes Sociais e Psicólogos na Política de Assistência Social – Saberes e Direitos em Questão*. Tese de doutorado em pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, Ramon de. Algumas questões para pensar a educação de nível técnico e a qualificação profissional. In: ZIBAS, Dagmar e al. (orgs). *O ensino médio e a reforma da educação básica*. Brasília: Plano, 2002, p. 259-278.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)*, 1948. Disponível em:
 <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Washington, DC: 2008.

OTTERSEN, Ole Petter et al. As origens políticas das inequidades em saúde: perspectivas de mudança. *The Lancet*, fev. de 2014, 44p.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH). Acompanhamento Familiar na Política de Assistência Social, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistencias em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (orgs.). Modelos de Atenção e a saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. P. 27-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Num=26&Tipo=1>>

VASSOURAS (Município). Site da Prefeitura Municipal de Vassouras. Disponível em: <vassouras.rj.gov.br>, acessado em 07 de mai. de 2016.

ANEXO I
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisadora: Natália Serafim da Silva

Instituição: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ

Título da Pesquisa: INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NO SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRO SUL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Muito obrigada por aceitar participar da minha pesquisa de mestrado. O anonimato das suas respostas é garantido.

Por favor, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo.

1. Quais problemas você identifica para a atuação intersetorial na área de abrangência do CRAS que você atua? (Ex.: dificuldades com o setor da educação, saúde, justiça, emprego e renda, cultura, sociedade civil...)
2. De que forma o CRAS se articula no território para que o PAIF seja bem executado?
3. Quais ações são realizadas pela equipe do CRAS para que este se articule com a rede intersetorial? (Ex: visitas às unidades básicas de saúde, escolas, contato direto com gestores, palestras...)
4. Como você avalia a eficiência do PAIF, considerando as ações intersetoriais?
5. Como se dá o acompanhamento das famílias ao longo do tempo, levando em consideração o caráter continuado das ações?
6. Qual o público mais atendido e acompanhado pelo PAIF?
7. Como você considera que o PAIF pode atuar para que os indivíduos e famílias sejam atendidos em todas as suas necessidades, visando uma atenção integral?
8. Quais outras ações a assistência social realiza para que os objetivos do PAIF sejam alcançados? (Ex: Serviços de convivência de acordo com a faixa etária, palestras, outras atividades...)
9. Na sua opinião, com qual setor há maior facilidade de relacionamento? Por quê?
10. E com qual setor há maior dificuldade? Por quê?
11. De qual(quais) setor(es) você acha que recebe mais demandas?
12. E de qual recebe menos?

ANEXO II
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da Pesquisa INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NO SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRO SUL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, do programa de pós-graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ.

A pesquisa tem como objetivo discutir os conceitos de intersectorialidade e integralidade para a atenção integral aos indivíduos e famílias, em especial no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), e refletir sobre o papel dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) na articulação intersectorial, visando à integralidade.

Sua participação se dará através da resposta a uma entrevista. Toda pesquisa implica em riscos, no entanto consideramos que, nesta pesquisa, os riscos serão mínimos. As informações fornecidas serão úteis para a produção científica sobre o tema e para a implementação de possíveis melhorias no serviço.

Sua participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento do estudo. Não serão divulgados os nomes de nenhum dos entrevistados da pesquisa. Entretanto, em função do cargo que você ocupa, pode existir o risco de você ser indiretamente identificado.

Uma cópia do projeto de pesquisa ficará disponível para sua consulta. O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento na qual consta o telefone e o endereço do responsável pela pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição responsável.

Natália Serafim da Silva - Pesquisadora responsável
 Rua Deputado Soares Filho, 286/ap. 1506 - Maracanã, Rio de Janeiro
 (93)99127-0401 - nataliaserafim@gmail.com
 Maria Cecília de Araújo Carvalho - orientadora do projeto
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/EPSJV/FIOCRUZ
 cep@epsjv.fiocruz.br
 Av. Brasil, 4365 – Manguinhos CEP: 21040-900
 (21)3865-9705

Consentimento Pós-Infomação

Declaro estar ciente das informações deste termo de consentimento e estou ciente que esta cópia ficará arquivada pelos organizadores da pesquisa.

 Assinatura do participante

 Assinatura do Pesquisador Responsável

 Assinatura da Profa. Orientadora

Data: ___/___/_____

ANEXO III**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente de que a pesquisadora NATÁLIA SERAFIM DA SILVA, aluna do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, realizará entrevistas aos profissionais atuantes na Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura de Vassouras para o desenvolvimento de atividades referentes ao Projeto de Pesquisa intitulado INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE NO SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

Vassouras, _____ de _____ de 2016.

Priscilla de Freitas

Secretária Municipal de Assistência Social

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

E-MAIL: