

FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS DR. LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
IDERLÍCIA FRANÇA DO NASCIMENTO

A INTERSETORIALIDADE NA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS
EVENTUAIS PARA CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE MAURITI-CE

MAURITI DO NORTE-CE

2019

FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS DR. LEÃO SAMPAIO
IDERLÚCIA FRANÇA DO NASCIMENTO

A INTERSETORIALIDADE NA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS
EVENTUAIS PARA CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE MAURITI-CE

Monografia apresentada à
Coordenação do Curso de Graduação
em Serviço Social da Faculdade de
Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio,
orientada pela professora Francisca
Helaine Mendonça.

JUAZEIRO DO NORTE-CE

2010

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Serviço Social, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título em Bacharel em Serviço Social, outorgada pela Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio



Idelice França do Nascimento

Aprovada em 

Nota _____

BANCA EXAMINADORA


Professora Especialista Patrícia Ferraz Azevedo

Professora Especialista Cezane Maria Ribeiro

ORIENTADORA


Professora Especialista Francisca Helaine Leite Mendonça

A Deus por me ajudar a lutar e vencer!

A meus pais, esposo e familiares que contribuíram para o meu sucesso!

A toda equipe da Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio
incansáveis na luta para proporcionar um ensino de qualidade!

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, velhice ou outros casos de perda de meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo XXV).

RESUMO

O presente trabalho é resultado de pesquisa realizada acerca da intersetorialidade na concessão dos benefícios eventuais no município de Maués-Ce. De acordo com o art. 22 da LOAS são prestações pecunárias de caráter suplementar e temporário destinados às famílias que não têm condições de arcar sozinha com o enfrentamento de contingências sociais, por isso visam o pagamento de auxílio-funeral às famílias cuja renda per capita seja inferior a um quarto do salário mínimo. A concessão e o valor dos benefícios são regulamentados pelos Conselhos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, diante dos critérios e prazos definidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Para realização deste estudo buscou-se embasamento teórico nos autores: Alayón (1995), Mendes (1995-2002), Pereira (1998), Bravo (2002), Martins (2006), contando ainda com pesquisas realizadas via internet, revistas e outros autores que escrevem sobre o assunto em pauta. O objetivo principal da pesquisa pautou-se nas perspectivas atuais das políticas sociais do município em estudo, para analisar a intersetorialidade na concessão dos benefícios eventuais, as melhorias causadas e o perfil das crianças atendidas. A metodologia utilizada levantamento de referências e análise das mesmas, questionários aplicados às famílias atendidas. Os resultados evidenciam que os benefícios que são prestados pelo município são bons, porém falta mais agilidade no momento de solucionar problemas de ordem social que exigem numerosas crianças.

Palavras chave: intersetorialidade, benefícios eventuais, família e criança

ABSTRACT

This work is the result of research conducted on intersectionality in the granting of possible benefits in the city of Mead-Can. According to art. 22 LOAS are the benefits of additional and temporary character to families who can not afford to shoulder alone the face of social contingencies, to seek payment for state funeral to families whose per capita income is less than quarter earnings least. The grant and the value of the benefits are regulated by the Council on Social Welfare of the United States, the Federal District and municipalities, on the criteria and deadlines set by the National Council of Social Welfare (CNAS). We tried to theoretical background on the authors: Alayán (1995), Mendes (1995-2002), Pereira (1998), Bravo (2002), Martins (2006) also backed by research conducted via the Internet, magazines and other authors who write about the subject at hand. The main objectives guided our reflection on the current perspectives of the social policies of the city under study, to examine the intersectionality in the granting of possible benefits, the improvements caused the profile of the children attended. The methodology, the survey of references and analysis thereof questionnaire to the families served. The results show that the benefits provided by the city are good, but no faster in time to solve social problems that plague many children.

Keywords: intersectionality, possible benefits, family x child

LISTA DE SIGLAS

- APS: Atenção Primária à Saúde
ASEF: Ação Socio-Educativa com as Famílias
CEAS: Conselhos Estaduais de Assistência Social
CF: Constituição Federal
CMAS: Conselhos Municipais de Assistência Social
CMS: Conselho Municipal de Saúde
CNAS: Conselho Nacional de Assistência Social
CNSS: Conselho Nacional do Serviço Social
COMDECA: Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
COMED: Conselho Municipal de Educação
CRAS: Centro de Referência de Assistência Social
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
FEB: Força Expedicionária Brasileira
FNAS: Fundo Nacional de Assistência Social
FUNABEM: Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor
FUNDICA: Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
LBA: Lei da Assistência Social
LOAS: Lei Orgânica de Assistência Social
LOPS: Lei Orgânica de Previdência Social
MDS: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NDB: Norma Operacional Básica
OMS: Organização Mundial de Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
PBF: Programa de Bolsa Família
PETI: Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAS: Política Nacional de Assistência Social
PSB: Proteção Social Básica
PSE: Proteção Social Especial
SINPAS: Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNAS: Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS: Sistema Único de Assistência Social

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Atendimento das crianças tanto na saúde como na assistência.....	58
GRÁFICO 2. Atendimento da família no setor de benefícios eventuais.....	58
GRÁFICO 3. Crianças acompanhadas por um profissional de saúde antes de receber os benefícios.....	60
GRÁFICO 4. Acompanhamento da criança por um profissional de saúde no período do benefício.....	61
GRÁFICO 5. Encaminhamento da criança após detectar a desidratação.....	61
GRÁFICO 6. Agilidade do atendimento da Secretaria Social e Cidadania para com as famílias.....	62
GRÁFICO 7. Os benefícios atendem ou não as reais necessidades da criança.....	63
GRÁFICO 8. Resultado da criança após três meses de benefício - mudança positiva no peso da Criança.....	63

SUMÁRIO

Página

RESUMO	5
ABSTRACT	6
LISTA DE SIGLAS	7
LISTA DE GRÁFICOS	8
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I: A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL	12
1.1 Lei dos Pobres	12
1.2 Historicidade da Assistência Social no Brasil	15
1.3 A Política da Assistência Social no Brasil	19
1.3.1 Assistência e Assolencialismo	26
1.3.2 Assistência enquanto Direito	29
CAPÍTULO II: NOÇÃO DE INTERSETORIALIDADE COMO FORMA DE SUPERÇÃO DA FORMA TRADICIONAL DE DOMINAÇÃO	33
2.1 Intersetorialidade e a Política Pública de Saúde	35
2.2 Intersetorialidade e a Política Pública de Assistência Social	40
CAPÍTULO III: A INTERSETORIALIDADE NA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS EVENTUAIS NO MUNICÍPIO DE MAURITI-CE	44
3.1 Caracterização do Município	44
3.2 A Intersetorialidade na Concessão dos Benefícios Eventuais	45
CAPÍTULO IV: TRAJETO DA INVESTIGAÇÃO	58
4.1 Procedimentos metodológicos	58
4.2 Análise e discussão dos dados	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	67
ANEXO	69
Anexo A - Questionário	70

INTRODUÇÃO

As reflexões que se propõe diante do tema: A Internacionalidade na concessão dos benefícios eventuais no município de Mauriti-Ce foram motivadas pela interrogação bastante comum: Direitos ou favores, assistência ou assistencialismo nas políticas sociais?

Estados e municípios possuem vários programas sociais, dirigidos pelas expressões dos governantes. Em geral os programas apresentam-se sob a forma de um benefício ou de um serviço. Esses auxílios e serviços mesmo garantidos por lei aparecem como favores à população, porém são implantados em certas conjunturas políticas para aquisição de votos ou para prestar certos grupos, fazendo com que a população carente não cubra os Estado ou município suas responsabilidades.

Atualmente, o Brasil apresenta uma distribuição de renda desigual quando comparada a outros países. A política de assistência social surge com a finalidade de garantir o direito do cidadão de maneira geral e atender em especial famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, ausência de renda, precário ou nenhum acesso aos serviços públicos, através de projetos e benefícios de proteção social básica que tem objetivos prevenir situações de risco por meio de desenvolvimento e potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

A política de assistência social do município de Mauriti-Ce é voltada para o desenvolvimento da criança, valorizando e fortalecendo a convivência social e familiar. É uma política de seguridade social não contributiva, que prevê através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade garantia do atendimento às necessidades básicas. Essa estratégia é vertice ao reconhecimento do combate à pobreza e à desigualdade social que busca um novo estilo de gerenciamento público com base de integração e descentralizações das ações municipais, é abertura

na participação e parceria com a sociedade na produção de soluções adequadas. E a melhoria das condições de vida.

Assim surgem as questões fundamentais. As crianças são realmente atendidas a tempo? Existe ou não de fato a intersetorialidade? Esses benefícios atende as reais necessidades das crianças? A concessão do benefício contribui efetivamente para o desenvolvimento da criança?

Como objetivo Geral do estudo buscou analisar a intersetorialidade na concessão dos benefícios eventuais em Mauriti-Ce. Sendo assim os objetivos específicos são: Avaliar como ocorre a intersetorialidade em Mauriti-Ce; Analisar as melhorias causadas pelos benefícios eventuais; Verificar qual o perfil da criança que procura o benefício e Analisar quais as mudanças ocorridas após cessar o benefício.

Esse trabalho está estruturado em três capítulos, onde no primeiro será abordado a questão da trajetória da política nacional de assistência social: leis dos pobres, política de assistência social no Brasil, assistência e assistencialismo e assistência enquanto direito. A ênfase no segundo capítulo será dada a intersetorialidade como forma de superação da forma tradicional de dominação, a intersetorialidade e a política pública de saúde. Por fim no terceiro faz-se uma exploração sobre as questões de intersetorialidade na concessão dos benefícios eventuais do município de Mauriti-Ce.

No momento, os estudos sobre a importância da intersetorialidade na concessão dos benefícios eventuais não são numerosos no sentido de mostrarem medidas que garantam o crescimento e o desenvolvimento de crianças nos municípios, causando número problemas sociais nas famílias que vivem em situações de vulnerabilidade. Isso nos remete a pensar na importância da produção de uma assistência integral de forma resolutiva e com possibilidades de implementar mudanças significativas na vida dessas pessoas.

CAPÍTULO I: A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

1.1 Lei dos Pobres

Para entender a questão da Assistência é preciso recuperar sua gênese, principalmente a partir da Lei dos Pobres, considerada o marco de Constituição da Força de trabalho. É preciso também entender o que foi a Poor Law de 1801 – chamada ‘elisabetana’ – revogada apenas pela promulgação da Nova Lei dos Pobres de 1834. Contudo, foi a lei ‘elisabetana’ que ditou os pontos norteadores da Assistência aos pobres em todo esse período. Essa lei consistiu na mera instituição de uma taxa a ser paga para o benefício dos pobres e um subsídio em dinheiro onde Bobbio (et al., 1995, p.401 e 404) critica afirmando que essa é mais uma ‘tentativa de alienação dos pobres do que de eliminação da pobreza’.

Conforme Polanyi (2000, p.98), a mendicância, de acordo com a Poor Law “era severamente punida e a vagabundagem era uma ofensa capital em caso de reincidência”. Por meio dela toda a responsabilidade da Assistência recaía sobre a paróquia que na época era a única instituição habilitada para conseguir recursos, por meio de impostos e taxas locais, para as necessidades básicas de um número sempre crescente de pobres. Sendo assim, as paróquias cientes dos limitados recursos e as dificuldades de arrecadação, procuravam expulsar tantos pobres quanto fosse possível, hence sentida, alguns autores observam que esse tipo de legislação social inibiu a mobilidade e disponibilidade da força de trabalho.

Essa legislação era oposta à necessidade da ordem capitalista que necessitava da mão de obra móvel e cada vez mais abundante. Ela ainda se opunha ao espírito dos direitos civis que já vigorava como ‘status legal do povo’ – princípios de liberdade e igualdade, que segundo Polanyi:

‘... é possível comprar a liberdade pessoal, vendê-la para sempre a lei e viver como pássaro, mas não como livre para escolher suas ocupações ou a de seus filhos, não como livre para se

Em outras palavras, a lei estabelecia negava o direito civil das pessoas pobres escolherem suas próprias ocupações e a de seus filhos. Eram forçados a trabalhar independentemente do salário que vissem e receber. Eram sujeitos à legítima exigência do tratamento técnico preliminar.

De modo geral, as leis dos pobres – que na verdade datam do século XIV – constituíram um conjunto de regulamentos sociais assumido pelo Estado, partindo-se da constatação de que a cidade cristã não conseguia conter possíveis desordens que poderiam advir da morosa substituição de ordem feudal pela capitalista, surgida de generalizada miséria, desabrigos e epidemias. Dessa forma, as regulamentações contra a perambulância de pessoas em busca de melhores ocupações, ou a chamada “vagabundagem”, deram origem à assistência social institucional.

A Lei da Assistência aos Pobres de 1837 que era praticamente uma assistência de vizinho e paróquia, quando o atendimento ao pobre foi sujeito às casas de trabalho e a mendicância é possível de punição. Por isso é retomada na Nova Lei dos Pobres de 1854, embora sob o prisma de uma Assistência Pública, só que se limitava aqueles que atendessem de quaisquer outros direitos. Era uma assistência para quem havia desistido de tudo, ou melhor, era uma Assistência para doentes, velhos e até mesmo para preguiçosos. Era uma nova Assistência, embora com a característica da anterior, mas foi um marco para a afirmação da lei do mercado, sobretudo do mercado de trabalho.

Após séculos de experimentos de proteção social transformou a política social num instrumento jamais visto. Cada Paróquia podia, de forma autônoma, concebê-la e executá-la, era existente um princípio orientador sobre a sua atuação. Não havia conhecimento de sua natureza contraditória e de sua determinação por fatores estruturais, além da inocente

idea de que ela era um resultado direto de ordenamento legal e atos administrativos.

No entanto, vale dizer que no último quarto do século XVIII, a população aumentou ao lado da mobilidade social, que nunca foi debita. Com a intensificação do processo industrial, o mesmo ocasionou situações econômicas e desmoronamento de um sistema de proteção social previsto para funcionar em sociedades pré-industriais. Com as baixas colheitas e conflitos bélicos, veio a escassez de alimentos, requerendo novas modalidades de política social. Nesse contexto, não só os impotentes e desempregados, mas também os empregados tinham de ser sustentados, em vista da presença ameaçadora da fome e do aumento dos preços dos produtos de primeira necessidade. Não havendo direção racional, as localidades introduziram subsídios como complementação de salários, que se tornaram cada vez mais sistemáticos à medida que a pobreza se espalhava.

Ao longo do século XX a pobreza passou de focos locais e circunstanciais a algumas nações de um fenômeno de escalas globais, sobretudo a partir do último século, revelando um desincanto radical do mundo.

Constituindo-se, em alguma medida, de uma lógica de penalização e culpa dos pobres exercidas por práticas diferentes de dominação constituindo, desse modo, na forma de aprisionamento humano socialmente construído nos planos individual e micro social. A esse processo, de pobreza e miséria prolongado percebe-se que gera um profundo desalento, incapacidade, desesperança e agonia corroendo a autoestima dessa população que vive à margem da sociedade.

A questão é a sociedade que o homem conhece e ajudou a construir foi erigida pelo trabalho humano alienado, no bojo da prática de dominação daqueles que vivem do trabalho, das lutas de rede de relações sociais, onde se consolidou um modo de produção em que o processo de trabalho detinha a ser um veículo do processo de valorização do capital. Daí o

surgimento de manifestações diversas, sendo elas a necessidade de mudanças.

Necessidade essa que se manifestam nos ámbitos da sobrevivência do modo de vida, da medicina, no jogo político, pautado por interesses individuais em detrimento do coletivo.

1.2 Historicidade da Assistência Social no Brasil

A origem histórica da assistência social no Brasil e no mundo tem suas raízes ligadas na caridade, filantropia e principalmente na solidariedade religiosa.

Na Velha República brasileira Ataúlfo Nogueira de Paiva, Ministro do Supremo Tribunal Federal em 1934, organizou as bases para o serviço de assistência pública e privada sob a inspeção do Estado. O Ministro passou a defender a assistência social como dever do Estado, ideia, no entanto, que por ser muito avançada para a época, não progrediu. Paiva escreveu várias obras relacionadas a essa questão como: *Assistência Pública, sua função jurídica* (1903); *o Brasil no Congresso Internacional de Assistência Pública e Privada de Milão* (1907); *Assistência Pública* (1907); *Assistência Metódica meio para obter uma aliança entre assistência pública e privada – o problema do Brasil* (1908); *Justiça e Assistência, os novos horizontes* (1916).

No século XX, os sociais democratas brasileiros e alguns socialistas entenderam que, mesmo sob a economia capitalista, o Estado precisava responsabilizar-se pela produção de serviços sociais de qualidade, do *Somali* (2005).

Por essa razão, Getúlio Vargas, sob a ditadura do Estado Novo, criou em 1908, pelo Decreto - Lei nº. 525, o Conselho Nacional de Seguro Social, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, onde Ataúlfo de Paiva, já com 73 anos, o presidiu.

Antes no governo de Getúlio Vargas foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), coordenada pela primeira dama Darcy Vargas. De modo as ações da LBA eram voltadas para atender as famílias no pós guerra e “acessar práticas brasileiras da FEB – Força Expedicionária Brasileira – combatentes da Segunda Guerra Mundial, com iguarias e chocolates”, segundo Spasati (2005, p.18). Após algum tempo a LBA estendeu suas ações à população em estado de vulnerabilidade e exclusão social. Na distribuição de benefícios sociais predominava o assistencialismo, numa junção de obras de caridade, onde se destacava as religiosas, com ações efetuadas pelas primeiras damas.

Esse modelo predominou até o golpe de 1964, mesmo com a democratização vivida pelo país desde 1946. Em 1960, houve a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que definiu a unificação dos benefícios dos vários institutos. A LOPS, além de incorporar os autônomos à Previdência Social definiu um período mínimo de contribuições de cinco anos para uma aposentadoria aos 50 anos (mulheres) e 55 (homens), mas contempla uma série de benefícios e serviços, inclusive o serviço social e a alimentação. Contudo, esse limite de idade foi abolido pela Lei 4.130, de 1962. Nesse contexto político populista o governo fazia apelo à uma ideologia difusa de adesão das massas seja ao desenvolvimentismo (Kubitschek), seja ao modernismo (Quadros), seja ao reformismo (Goulart).

Vale lembrar que esse modelo de previdência se baseava no regime de repartição simples, com contribuições dos trabalhadores (8%), patronais (repassadas aos consumidores) e do Estado.

Em 1974, sob o regime de ditadura militar, caracterizado pela imposição do Ato Institucional nº. 5, de 13 de dezembro de 1968, o presidente Geisel promulgou a Lei nº. 6.036, de 1º de maio de 1974 criando o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado do Ministério do Trabalho. Em 1977, a Lei nº 6.438, de 1º de setembro instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), coordenado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

No entanto, a Constituição Federal de 1988 separou claramente tais matérias inserindo no Título VIII, correspondente à Ordem Social, capítulo destinado à Seguridade Social, da qual a Saúde, Previdência e Assistência Social (SPPAS) é fazer parte. A Lei nº 8.020 de 12 de abril de 1990 reunificaram o Ministério da Previdência Social e do Trabalho, e criou o Ministério da Ação Social.

Somente no final de 1993 é promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) Lei de nº 8742/93 que criou o benefício assistencial de prestação continuada e criou o Conselho Nacional do Serviço Social – CNSS e determinou a instalação do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS.

Vale ressaltar que a Lei 8742/93, em seu artigo 1º define Assistência Social como política de seguridade social não contributiva, sendo um direito do cidadão e dever do Estado a garantia das necessidades básicas dos indivíduos. Por isso, Sérgio Pinto Martins sintetiza o conceito de assistência social da seguinte forma:

A assistência social é, portanto, um conjunto de princípios, de regras e instituições destinado a estabelecer uma política social aos necessitados, por meio de atividades particulares e estatais, visando a concessão de pensões benéficas e serviços, independentemente de contribuição por parte do cidadão interessado. (MARTINS, 2008, p. 472).

Segundo Martins, contribuindo ou não, o cidadão que precisar de assistência social, é direito seu, atribuído por lei. É bom lembrar que a Constituição Federal de 1988 mesmo não trazendo um conceito de Assistência Social, assegura, em seus artigos 203 e 204, que ela será prestada, por meio de ações governamentais a quem dela necessitar, independente de sua contribuição à seguridade social sendo financiada com recursos do orçamento de tal sistema, e organizada com a participação da população de forma descentralizada.

A LOAS, em observância aos artigos 203 e 204 da Constituição Federal, dispõe sobre os objetivos, princípios e diretrizes, a organização e gestão, as prestações e o financiamento da Assistência Social. Em seu capítulo III, a LOAS trata da organização e gestão da Assistência Social.

As normas de Assistência Social, assim como em todas as partes do Direito, também devem se pautar nos princípios constitucionais, dos quais se destacam os seguintes: solidariedade social, qualidade, legalidade e dignidade da pessoa humana, cidadania, liberdade, respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana.

A Lei Constitucional de 1988 adotou o princípio da solidariedade social quando estabelece no inciso I do artigo 3º que um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil é a construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Conforme explica Martins (2001, p. 76), "o tipo mais remoto da solidariedade social é natural", e esse decorre do homem primitivo que se organizava em grupo pela necessidade de mútua assistência. Sabe-se que por natureza o homem é um ser social. Desde os tempos mais remotos com a organização dos grupos em famílias surge a solidariedade familiar, a assistência mútua entre parentes, esforço animal de preservação da espécie, e existe até hoje com ampla regulamentação.

Hoje, o princípio da solidariedade integra-se a vários ramos do Direito, como o Direito de Família, Direito Tributário e Direito da Seguridade Social, e é reconhecido internacionalmente. Nesse sentido, Comarato afirma:

Com base no princípio da solidariedade, passaram a ser reconhecidos como direitos humanos os chamados direitos sociais, que se realizam pela atuação de políticas públicas, destinadas a garantir amparo e proteção aos mais fracos e mais pobres, ou seja, aqueles que não dispõem de recursos próprios para viver dignamente. (COMARATO, 2001, p. 84)

Vale lembrar que a seguridade social é o instrumento mais eficaz para a concretização desse princípio, sendo ela composta pela Previdência Social, Saúde e Assistência Social, protege toda a sociedade carente, custeado por aqueles que possuem maior capacidade contributiva em favor daqueles com menor capacidade ou desprovido dessa.

Na Assistência Social tal princípio tem ainda maior importância, pois a custeada com os recursos da seguridade social, tem como foco principal a proteção daqueles que não possuem condições para contribuir, não são tutelados da Previdência Social, mas precisam de proteção do Estado.

Comparto define a solidariedade: princípio de grande importância na vida em sociedade. Da seguinte forma:

A solidariedade pressupõe a ideia de responsabilidade de todos entre si, em relação às necessidades de qualquer indivíduo do grupo social. É a harmonização, no plano da sociedade política, de idéias e ações do direito privado romano.

O fundamento ético desse princípio encontra-se na ideia de justiça entendida como a necessária compensação de bens e vantagens entre as classes sociais, com a socialização dos riscos diante a existência futura.

É importante lembrar, segundo o autor que a razão do princípio da solidariedade na Assistência Social está, portanto, no fato de que os males que atingem a pessoas necessitadas quase sempre atingem a comunidade. Sendo assim, com base nesse fundamento, aqueles com boa situação financeira custeiam a seguridade social, conforme suas condições, evitando um mal maior.

Conforme o exposto pode-se dizer que a solidariedade social realizada por meio da Assistência Social, é forma de redistribuição de renda e visa à construção de uma sociedade mais igualitária.

1.3 A Política da Assistência Social no Brasil

A assistência social no Brasil carrega os marcos da cultura política baseada em ações de troca de favor e clientelismo. Com isso, a assistência vai sendo prestada como um dever moral por meio de ações emergenciais, pontuais e fragmentadas assumidas por entidades religiosas ou instituições assistenciais privadas. Embora destacada na Constituição como direito a Assistência Social enfrenta uma série de desafios para sua consolidação conforme preconiza a lei.

Com o aceleramento do processo de urbanização em municípios de pequenos e médios portes, principalmente a partir de fins da década de 1970, houve um crescimento constante nos índices de pobreza existentes em descompasso com a escassez de políticas sociais ofertadas à população carente.

Vale dizer que, com a constituição de um novo sistema de proteção social no país, há que a seguridade passou a ser organizada sob nova proteção, criaram-se as condições necessárias à constituição da seguridade social, à ampliação dos direitos da população e ao rompimento da restrição que limitavam os serviços de políticas sociais uso exclusivo do cidadão que contribuía. Quando o modelo de funcionamento das novas políticas sociais foi reestruturado, e ampliado os serviços não-contributivos, começaram a surgir no país as possibilidades de universalização e o acesso a seus serviços.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) é a expressão material do artigo constitucional que garante o direito de Assistência Social a todos que dela necessitam. De acordo com o art. 1º da LDOA, trata-se de uma "Política de Seguridade Social não contributiva que prevê os mínimos sociais e é realizada através de um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas" (Lei nº 8.742, in, CRESS 7ª RA)

A PNAS, aprovada em reunião do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), em 22 de setembro de 2004, preconiza a "supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica", assim como a universalização dos direitos sociais, o respeito à dignidade do cidadão; à sua autonomia e ao seu direito a programas e serviços de qualidade (MDS, Op. Cit)

Portanto, cabe ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), estruturado em Secretarias, dentre elas, a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), coordenar a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e gerir o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). O FNAS, instituído pela LDOA, em 1993, tem como objetivo proporcionar recursos e meios para financiar e apoiar serviços, programas e projetos de Assistência Social. Compete ao MDS coordenar a PNAS e administrar o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), sob a orientação e o controle do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) que teve e tem um papel importante na história da Assistência Social do país.

O decreto nº. 1.605, de 23 de agosto de 1995, regulamentou o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), que foi instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social em seu artigo 27. Vê-se que o FNAS foi regulamentado somente dois anos após a LOAS, o que demonstra a grande dificuldade de assistência social ser reconhecida enquanto política pública por parte do governo federal. No repasse do FNAS para os Fundos estaduais e municipais, tem que haver o co-financiamento de ambos, com contrapartida.

O repasse de recursos para Estados e municípios, pelo FNAS passa por diversos problemas, tanto operacionais quanto políticos e de organização e a Certidão Negativa de Débitos que é uma exigência e poderá criar dificuldades para que aconteça o repasse financeiro. Boschelli coordenou a realização de um Relatório sobre a Implementação da LOAS nos dez anos, a partir da visão dos conselhos estaduais, municipais e do Distrito Federal em 2003 e, de acordo com esse documento, a avaliação dos Conselhos Estaduais de Assistência Social (CEAS) e Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS) colocaram que

[...] a legislação ou existência do co-financiamento deveria, além disso, a substituição pontual de participação para cada nível de governo, e em alguns casos, ao contingenciamento de recursos que sempre atingiu a política de assistência social. Outros aspectos identificados foram respeito prévio e concomitante aos recursos provenientes do esfera federal, onde há ausência de repasse contínuo e sistemático de recursos para os Municípios, transferência de recursos somente para ações pontuais e definidas nacionalmente, desrespeitando a autonomia das esferas subnacionais em ações locais conforme as necessidades locais, redução valor das per capita relativas aos serviços de ação continuada e não repasse dos recursos provenientes das loterias e concursos de propositura para o FNAS desde 1997, redução de recursos deste Fundo, quanto à posição dos Governos Estaduais, na realidade sua falta de participação no co-financiamento; e, no caso dos Governos Municipais, o não reconhecimento da assistência social como política pública, submetendo seus recursos à ingerência política, à falta de previsão do Conselho e do órgão gestor para exigir solidariedade de co-financiamento. (BOSSCHETTI, 2003, p. 86-87).

Nesse sentido, percebe-se que os municípios são obrigados a implementar os programas federais, pois se não ficam sem recursos para a assistência social, dessa forma, acaba criando políticas de acordo com a

realidade local. Por muitas vezes em determinados municípios, não há demandas para determinados programas sociais federais.

O Fundo de Assistência Social tem que ter conta específica, por acordo com Boschetti (2003, p.190) os recursos do FIAS, ao serem repassados para os Fundos Estaduais e/ou Municipais já seguem com o valor determinado para a conta específica de cada ação, sob a justificativa de favorecer a prestação de conta, controlando o processo de descentralização.

O processo de descentralização exige autonomia das gestões estaduais e municipais. Mas há uma desconcentração, onde o nível federal continua com o controle das políticas e não só dando diretrizes, como sempre mais controla.

Enquanto isso, os municípios têm que elaborar seu Plano de Assistência Social e, antes precisavam ser aprovados pelos referidos conselhos. Boschetti diz que:

[...] a formulação dos Planos ocorreu de forma bem mais lenta que a instalação de Conselhos e Fundos: por segundo o Ministério de Assistência Social (2003), em 1995, enquanto 3.927 municípios já possuíam Conselhos e 3.388 já tinham instituído os Fundos, apenas 2.166 já haviam elaborado Planos de Assistência Social. Em 2001 essa situação já havia se invertido e a 878 já tinham Conselhos, 4.741 já havia elaborado os Planos e 4.747 haviam instituído os Fundos, o que demonstra o avanço no processo de elaboração dos Planos. (BOSCHETTI, 2003, p.20-21)

A criação dos conselhos municipais de assistência social teve início num momento em que as fronteiras entre o público e o privado encontram-se diluídas, pois em meados da década de 1990, o projeto neoliberal já estava bem avançado no Brasil, com as privatizações, as transferências das responsabilidades para o setor privado. Há a presença de uma cultura política patrimonialista, onde prevalecem relações de favor, clientelistas e de faveola.

No entanto, dentro desse contexto, os conselhos de assistência social lutam e ainda têm o desafio de passar por essas dificuldades que os atravessam a fim de impetir para um efetivo controle democrático.

As vezes, por causa de questões particulares, os conselhos podem adiversar da política pública em sua totalidade. É necessário, portanto, que haja uma articulação entre os CMAJ, CEAS e o CNAS e, também, dos mesmos com outros atores, tendo como perspectiva a intersectoralidade para que as políticas públicas realmente materializem a cidadania.

Pode-se dizer que a inclusão da assistência social no rol das políticas públicas, regularmente desenvolvida pelo Estado, foi uma expressão direta da ação de grupos e movimentos sociais organizados, e reivindicação por políticas de combate à pobreza, que oferecessem respostas às demandas da população por melhores condições de vida. Foi levada ao Estado em plano nacional, depois em nível local. A eficácia de tais reivindicações sempre dependeu, de um lado, da capacidade de negociação política instaurada entre os movimentos e o poder público e, de outro, da série de transformações económicas que ocorrem no capitalismo brasileiro e influenciavam, geralmente agravando, as condições de vida do povo.

Para o Estado, a ação compensatória tem um uso político que se expressa na visibilidade da luta e na demonstração da face humanitária do capitalismo. Conforme Covey quando explica:

As políticas sociais devem garantir, no mínimo, "a busca do movimento" onde que o mal seja as "luz das escurezas" e a construção do "bem" faz parte da estratégia de controle social mesmo que na prática esta política vise a reduzir ou manter distorções entre segmentos de classe. (Liberdade, 1993, p.16)

É bom lembrar que as políticas estatais são um espaço para a mercantilização do social através do repasse, pelo Estado, de recursos para a iniciativa privada. Em função das negociações políticas e das transformações económicas, a política de assistência social não chegou a responder totalmente às demandas colocadas pelos movimentos sociais que na década de 1980 se articularam com o intuito de melhorar as condições de vida da população carente. De certo, o sentido das reivindicações trazidas à público por aqueles movimentos, compreendendo desde a melhoria dos serviços públicos nas áreas de educação e saúde até a luta contra a inflação e pelo aumento de salários tanto urbanos como rurais, diz respeito a

constituição de um sistema de proteção social comparável aos dos países capitalistas desenvolvidos. Com a abertura política e o avanço eleitoral das oposições no início de 1980, acrescenta a esse ideal o objetivo de reconstrução do Estado de Direito no país e a busca de uma democracia substantiva na qual não apenas os direitos civis e políticos, mas principalmente a garantia dos direitos sociais ao coletivo. De acordo com Corre (1983) nos discursos oficiais a face que se apresenta das políticas sociais é a da "preocupação com os direitos humanos. Embora se entenda ser esse mais um mecanismo de controle social que é na verdade apagar as tensões sociais, já utilizadas historicamente por Getúlio Vargas junto aos trabalhadores.

A dupla face da política social diferencia-se nas diversas conjunturas e momentos da história e em suas particularidades, enquanto prevalece de uma ou outra característica.

Vale lembrar que apesar do importante avanço conquistado durante o período da Assembleia Nacional Constituinte, que resultou na circunscrição da assistência social entre o conjunto de políticas componentes do sistema de segurança social brasileiro, somente no ano de 1923, com a aprovação e sanção da legislação infraconstitucional destinada a sua regulamentação, a abrangência e o funcionamento da assistência social foram estabelecidas. Nesse período, o cenário político nacional havia sofrido influentes modificações, os movimentos sociais perdera seu ímpeto anterior e sua capacidade de transação fraudulenta política havia minguado, perante o avanço das forças políticas conservadoras.

Essas forças começaram no aparelho do Estado uma reorganização com o intuito de implementar os princípios da política neoliberal, que professavam ao mesmo tempo que se aprofundava a crise fiscal das três esferas do governo. Como consequência, não apenas a regulamentação da assistência social foi continuamente deixada para trás, mas sua forma final mostrou-se amplamente insuficiente para produzir respostas às demandas colocadas pelos movimentos sociais, que se organizaram em torno de suas reivindicações. Desse modo, no plano nacional, tal como o entusiasmo da

estrutura democrática e as esperanças de que através dela se produziram melhores condições de vida e maior igualdade social não se concretizaram. Inclui-se também, a consolidação da assistência social como política pública universal, descentralizada e participativa, até o momento, não foi consolidada face aos obstáculos políticos e administrativos que se opuseram a sua efetivação. No que diz respeito aos entraves administrativos, entra em evidência a subordinação da estrutura de gestão de assistência social como um suplemento do Ministério da Previdência Social, à alocação de políticas descentralizadas e segmentos ativos de assistência social em órgãos estranhos à sua gestão; da qual a subordinação da política de atenção à criança e ao adolescente ao Ministério da Justiça é o exemplo mais evidente e, por fim, o traço particularista imprimido pelo governo federal nas ações de assistência social que desenvolveu, onde o programa "Comunidade Solidária" é o ponto culminante (PEREIRA, 1998).

Essas condicionantes administrativas resultam de opções políticas, cujo sentido é a manutenção do conteúdo assistencial e voluntarista na política de assistência social, oportunizando o uso clientelista de seus serviços, tanto na relação entre o poder público e as instituições prestadoras de serviço quanto no trato dos serviços com os usuários aos quais se destinam.

Além disso, a opção do governo federal por centralizar, em sua esfera de decisão, a realização de ações assistenciais de intervenção direta, em flagrante contradição com o disposto na LOAS, deixa transparecer a intenção do governo de impor à assistência social um modelo autoritário de administração, que anula a possibilidade de representação legítima da sociedade civil, na esfera federal, na gestão da assistência social articulada em torno de suas reivindicações. Tal situação não é somente a nível nacional, nos municípios, o retatamento dessas opções políticas pode ser observado num nível bastante imediato. É, portanto, na esfera local que se materializa a contradição existente entre a garantia formal dos direitos sociais aos cidadãos e a ineficiência dos serviços e políticas sociais disponibilizados para o atendimento à população.

É ainda nos municípios que ocorre o adensamento dos efeitos da modernização económica em curso: através de expressivos aumentos nos índices de exclusão económica e social entre seus habitantes. Por isso, os benefícios eventuais contribuem muito para acentuação desses problemas, principalmente daquelas famílias que vivem em situações de risco.

1.2.1 Assistência e Assistencialismo

A assistência nas políticas sociais públicas é considerada pelo Estado como uma área específica de despesa governamental sob denominações diversas: assistência social, assistência geral, assistência comunitária, dentre outras. Dessa forma, a assistência social precisa ser democratizada, tanto no relacionamento que procuram estabelecer com o poder público quanto nas relações com instituições congêneras.

Os limites entre assistência social e assistência pública chegam a desaparecer. A assistência, como um mecanismo presente nas políticas sociais, atravessa e é atravessada pelos embólios das lutas de classe. A assistência é social porque é constituída em sociedade, nas relações sociais. Por isso, recebe uma conotação coletiva e não individualista. E essa ação coletiva acontece enquanto identidade de vivência de privação, de carência e da necessidade de subsistir.

Por sua vez, o assistencialismo constitui-se numa atividade social que historicamente as classes hegemónicas programaram para reduzir a miséria que geram e para perpetuar o sistema de exploração dos trabalhadores. Partindo do pressuposto de que os incentivos à participação comunitária, à racionalização e maximização dos poucos recursos, à ajuda mútua, ao esforço próprio e ao trabalho voluntário sejam necessidades dos nossos Estados, articulados ao sistema mundial Alayón revela que tais Estados:

[...] acabam por delegar à sua responsabilidade específica a actual dos países pobres vulnerabilizados a alternativa da auto-ajuda dos seus próprios - derivados das características de

Muitas vezes o Estado deixa de praticar o seu papel, embora a assistência à população através de benefícios individuais, grupos ou coletivos decorra de uma real situação, apesar de não deixar de ser uma forma de o Estado mascarar a dívida social que possui para com a população.

O que é preciso esclarecer é que a prestação de serviços assistenciais não é o elemento revelador da prática assistencialista. Considerar que a prestação de serviço é meramente reproduzora, paternalista, opressora, significa afirmar que a prática profissional é numa única direção, realizando especificamente, o interesse do capital.

Quando presente na prática de assistência social o caráter assistencialista, não é desconforto simples e direto da tarifa, da atividade que cumpre, mas sim do rumo que imprime às mesmas. Consequentemente, conforme Alayón (1995) a questão não se reduz ao objeto, mas a como ele se desenvolve.

É bom saber que o assistencialismo, segundo alguns autores, nada mais é que prover o mínimo social a um indivíduo. Quando se pensa em emulação da pobreza, garantia do desenvolvimento social e a promoção do bem de todos, pensa-se em linhas gerais, do que se entende por "mínimo social".

O assistencialismo se torna presente no movimento inclusivo e exclusivo enquanto desgarra e inclui dos seus pares, do seu universal, da sua situação de classe, tratando-o como um particular. Vale lembrar, que romper com o assistencialismo não é desgarrar do serviço em si, mas com o máxio que envolve sua mediação.

Por outro lado, o rompimento com as práticas assistenciais significa não aceitar o vínculo do conformismo na relação entre possuído e despossuído.

Nesse contexto, a compreensão e produção dos serviços assistenciais em nível do aparente é a restrição da subordinação e essa é que configura o assistencialismo como obra de ação. Ao realizar a passagem inclusão - exclusão sem verificar os movimentos nela contidos, concorre para que aconteça o agravamento do estado ideológico de subordinação.

Mas, o maior problema é que o assunto nem sempre é visto na prática e as associações assistenciais vêm sendo, no dia a dia, prejudicadas por uma falta de atenção ao que se entende por assistencialismo.

Com o advento da Emenda Constitucional 26/2000, passaram a ser considerados direitos sociais "a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" (BRASIL, 2000).

Por sua vez, o assistencialismo, sob o enfoque Constitucional, é, pois, na visão de muitos autores e sociedade civil, um conjunto de políticas públicas, com apoio da sociedade, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos cidadãos brasileiros.

O filósofo americano John Rawls, em sua obra "Uma Teoria da Justiça", onde comenta sobre as ideias do que se entende por mínimo social, e esse mínimo engloba várias ações governamentais em conjunto com a sociedade, afirma:

Uma doutrina de economia política deve incluir uma interpretação do bem público que se baseia numa concepção da justiça. Deve orientar as reflexões do cidadão quando ele considera as questões da justiça econômica e social. O cidadão deve assumir a perspectiva da convenção constitucional ou do estágio legislativo e avaliar como se aplicam as primeiras da justiça. Uma teoria política se refere ao que promove o bem da organização política como um todo, e se fundamenta algum critério para a justa divisão das vantagens sociais. (RAWLS, 2002, p.260).

É um ponto bastante crucial, justa divisão das vantagens sociais. É preciso reorientar a prática assistencial na direção da luta pela constituição da cidadania o que implica ir além do aparente, de forma a fazer emergir a

relação particular – universal, a vinculação entre o destino individual vivido e os determinantes gerais da classe a que pertence.

1.3.2 Assistência enquanto Direito

A partir de 1988 a seguridade social no Brasil vai, conforme a Constituição Federal, envolver as políticas de saúde, assistência e previdência. A legislação prevê uma articulação entre essas três políticas para formar um sistema universalizado de proteção social no país. Vale lembrar que a criação desse sistema de seguridade social só foi possível mediante um amplo processo de mobilização social vivenciado pelo país a partir da década de 1980. Daí a assistência social aparece pela primeira vez como política social a ser gizada pelo Estado, e a ser colocada, como direito social.

Por isso, em relação aos princípios constitucionais, merece realce o princípio da legalidade, conforme Silva (2003, p.121) ‘princípio basilar do Estado Democrático de Direito’, vez que esse se caracteriza pela sujeição ‘ao império da lei, mas lei que realize o princípio da igualdade e da justiça não pela sua generalidade, mas pela busca de igualização das condições dos socialmente desiguais. De acordo com José Afonso Silva (2003, p.121), a lei tem grande relevância no Estado Democrático de Direito, já que esse, ‘tem que estar em condições de realizar, mediante lei, intervenções que impliquem diretamente uma alteração na situação da comunidade’.

Este é um dos objetivos da Assistência Social, ou seja, melhorar as condições de vida da comunidade carente por meio de leis que a proteja. Porém os traços da cultura política incidirão fortemente na concepção, no trato e na configuração da política de assistência social.

Enquanto concepção prevalecerá a ideia de que a assistência é uma política compensatória, que atende a população mais vulnerável socialmente e que por isso ela terá um caráter mais imediatista e emergencial. Por esse

caráter a existência fora do campo da subjetividade, integrando a (em sentido amplo) para além do princípio da dignidade da pessoa humana nos seus fundamentos da República Federativa do Brasil. Conforme diz Sávio (2003) "Artigo 1º A República Federativa do Brasil, formada por um conjunto indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos [...] inciso III a dignidade da pessoa humana" (Ibid., p. 105).

Sávio descreve a dignidade da pessoa humana como "valor supremo que abarca o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem, desde o direito à vida", e que os direitos sociais não são "como meras realizações formais, mas como indicadores do conteúdo normativo e eficaz da dignidade da pessoa humana" (Ibid., p. 105).

Nesse sentido a dignidade da pessoa humana é ressaltada como valor fundamental do Estado e visa proporcionar condições de uma vida digna e condenar humilhações decorrentes dos estados mais deploráveis de vida a que uma pessoa em situação de miséria venha a se submeter. Para Sávio (2008, p. 120) de nada vale assegurar outros direitos como liberdade, saúde, educação, lazer e trabalho, sem proporcionar condições vitais mínimas aos cidadãos, sendo o princípio da dignidade da pessoa humana "elemento limitador e integrador dos direitos fundamentais".

Sávio, ao discorrer sobre o princípio da dignidade da pessoa humana, relembra sua intrínseca ligação com os direitos fundamentais:

A relação entre a dignidade e os direitos fundamentais é uma relação sui generis, visto que a dignidade da pessoa assume predominantemente a função de elemento e medida dos direitos fundamentais, de tal sorte que, em regra, uma violação de um direito fundamental estará vinculada com uma ofensa à dignidade da pessoa humana. (SÁVIO, 2008, p. 103).

Dessa forma, o princípio da dignidade humana como valor supremo, insere-se poros demais princípios constitucionais, como da cidadania e do respeito aos direitos humanos e conecta-se aos objetivos fundamentais da República, como a busca pela justiça social, desenvolvimento nacional, redução das desigualdades e promoção do bem estar da sociedade.

Cada um dos objetivos da assistência social está referido em relação direta ao objetivo fundamental do Estado. Para melhor entendimento quanto à Assistência enquadrado dentro dos objetivos, citamos alguns artigos da Constituição Federal:

A Constituição Federal, em seu artigo 2º, dispõe sobre os objetivos da República Federativa do Brasil:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem estar de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

O artigo 203 da Constituição Federal dispõe sobre os objetivos da Assistência Social: "A Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Os objetivos expressos nos itens I, II, e V acima referidos têm por finalidade o amparo aos grupos vulneráveis da sociedade.

Vale ressaltar que a Assistência Social é um Dever do Estado e um Direito Humano Fundamental, cujo exercício é uma faculdade daqueles que dela necessitam, em virtude das eventualidades sociais a que todos estamos sujeitos ao longo da vida.

CAPÍTULO II: NOÇÃO DE INTERSETORIALIDADE COMO FORMA DE SUPERAÇÃO DA FORMA TRADICIONAL DE DOMINAÇÃO

O modelo tradicional pelo qual as políticas públicas são gerenciadas refere o modelo burocrático de gestão das mesmas. O que se tem no Brasil são políticas básicas: educação, saúde, assistência social, cultura, habitação e outras que são implementadas de forma setorial. Setor aqui é entendido como organização pública de um campo de intervenção: saúde, educação, assistência social. É composto de profissionais capazes e com conhecimento de grupos de interações do mundo e da atividade humana, com elementos prescritivos sobre o modo de tratamento de problemas.

De acordo com Inojosa (2001), o trabalho intersetorial supõe não apenas o diálogo ou o trabalho simultâneo entre os atores envolvidos, mas sim a busca por resultados integrados. Nesse contexto, políticas assistencialistas perdem lugar. O foco de atuação governamental passa a ser a transformação da sociedade, o desenvolvimento social e não apenas o simples suprimento de necessidades urgentes, como a distribuição de alimentos.

Magalhães (2004) aponta "(...) a responsabilidade de certos setores estratégicos para os processos de inclusão", referindo-se à possibilidade de a implementação de ações setoriais levar a consequências multissetoriais. Para ele o desenvolvimento de certas capacidades de socialização, como boa comunicação e o agir cooperativo, podem contribuir para a empregabilidade do cidadão e também para o enfrentamento de situações adversas nas famílias e comunidades.

Conforme destaca o autor, as estratégias intersetoriais devem ser traçadas respeitando-se as especificidades, já que existem públicos e situações diferenciadas, que requerem estratégias diferentes de inclusão social, respeitando suas vulnerabilidades e potencialidades.

O conceito de descentralização de políticas públicas também se relaciona ao de interseccionalidade, e ganhou atenção como sendo uma das estratégias para superação de falhas decorrentes de políticas implementadas de modo centralizado.

Essa processo descentralizador do Estado pode contribuir para o aumento da democratização da sociedade, já que decisões passam a ser tomadas pelas diversas esferas sociais, permitindo uma visão mais completa das necessidades dos cidadãos.

O controle democrático e a interseccionalidade são requisitos fundamentais no processo de construção de uma esfera pública e democrática, onde a assistência social possa se materializar enquanto política pública. Nesse sentido, espaços como os conselhos, conferências e fóruns são importantes para a consolidação dessa esfera pública democrática.

Vale lembrar que nessa esfera pública e democrática, estão presentes as classes sociais, com seus projetos societários em disputa, tendo para isso, como referencial teórico a noção de classe social marxista (MARX e ENGELS, 1977), onde a classe dominante e a classe dominada estão em permanente movimento. Aquelas que detêm a propriedade privada dos meios de produção exploram os que só detêm a sua força de trabalho.

A preferência em utilizar a categoria controle democrático, no lugar de controle social, se deve ao fato de que,

[...] historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou de empresários sobre as massas [...]. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o de participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais (BRAYO, 2002, p.48).

Na linha apresentada por Brayo, será utilizada a categoria controle democrático. Nesse sentido, serão considerados o sentido do controle social que aparece na Constituição e o da participação do povo na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas sociais.

Em relação ao processo de financiamento na política de assistência social e consequentemente na segurança social, o Brasil vem criando uma dívida social alarmante. Nesse sentido, Behring explica:

[...] a perda de relação se presta, com exceções vistas para a situação brasileira, está associada à macroeconomia do Plano Real, que impõe uma lógica de gestão de recursos segundo a qual eles são transferidos para os municípios do Estado e gerenciais para o pagamento dos encargos financeiros da União, o que vem atingindo em cheio a área social ao longo do tempo, especialmente nos governos. (BEHRING, 2002, p.103).

Nesse contexto, aparece então a necessidade de criar espaços de discussões democráticas, nos quais possam ser expostos os problemas e as ideias, discutindo-se e analisando-se cada problemática, a fim de se chegar a possíveis caminhos para a resolução de determinados problemas. O espaço da intersetorialidade é de compartilhamento de saber e de poder que não se encontram suficientemente experimentados.

2.1 Intersetorialidade e a Política Pública de Saúde

Trabalhar com intersetorialidade é uma coisa difícil, pois os setores ainda trabalham isoladamente, ainda não existe ao certo, uma cultura de cooperação e de complementaridade. Também os sujeitos trabalham de forma fragmentada e o trabalho em equipe ainda é compartimentalizado, assim como a organização dos serviços de saúde.

Partindo-se do pressuposto da intersetorialidade como:

[...] uma nova forma de trabalhar, de governar, e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população e trazer a aproximação entre sujeitos de diferentes setores sociais, o portador de saberes, poderes e contatos diversos, para enfrentar problemas complexos. (NOGUEIRA e MOTO, 2007, p.278).

Torna-se relevante considerar a intersetorialidade enquanto gestão integral na elaboração de políticas públicas, como um processo de aprendizagens e trocas de conhecimentos entre os profissionais, a fim de responder as necessidades da população num determinado local. Segundo os autores (NOGUEIRA & MOTO, 2007, p. 278), "A intersetorialidade atende

justamente a necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela ideia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde.

Ao que parece, o trabalho intersetorial tem de ir além das meras reuniões entre os profissionais, mas de um envolvimento no que tange à política de atendimento ao idoso, unindo conhecimentos em prol do bom atendimento, ouvindo, compreendendo, analisando e identificando as necessidades das famílias, articulando os serviços, com demais instituições municipais proporcionando um atendimento de qualidade com equidade e universalidade, pilares do SUS.

A intersetorialidade, enquanto integração saberes e experiências das políticas setoriais, constitui um fator de inovação na gestão de política e possibilita também a articulação das diversas organizações que atuam no âmbito das políticas sociais, constituindo as redes sociais. LAINQUEIRA, 2001, p.870

O trabalho intersetorial, enquanto rede de apoio busca através das atividades grupais e visitas domiciliares à crianças e seus cuidadores, incentivar as famílias de crianças defetivas dando-lhes apoio e suporte.

O princípio da intersetorialidade se materializa no acesso a diferentes políticas setoriais como assistência social, saúde, previdência, trabalho, habitação, desenvolvimento econômico. Essa articulação se caracteriza por instâncias expressas por ações definidas e realizadas por sujeitos em instituições, com projetos e programas inseridos como estratégias de gestão presentes a partir de cada política social.

A área de saúde, ao contrário da Assistência Social, foi, dentre as políticas de Seguridade Social, a única que se afirmou como universal (BOSCHETTI, 2004). O Sistema Único de Saúde, considerando uma referência internacional mesmo com um baixo investimento estatal nos gastos em saúde, manteve seus princípios organizativos defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária dos anos 1980.

No entanto, o Sistema Único de Saúde foi reorganizado na última década e o governo atual mantém a retenção de recursos e investimentos para a área – dentro do processo de contenção de despesas das políticas

social, desenhado pelo ajuste fiscal das contas públicas – ao mesmo tempo em que direciona ações voltadas para a regulamentação dos planos privados de saúde, o que inviabiliza o SUS e favorece os empresários do setor privado (BOSCHETTI, 2004).

Segundo Soares (2001), o período do governo Collor significou o desmonte do padrão anterior sem a substituição de um novo padrão de proteção social. Nesse contexto a política social foi compreendida através de uma visão seletiva, liberal e focal das obrigações sociais do Estado e o seu objetivo primordial foi o combate à inflação. As áreas de saúde, assistência e previdência são distribuídas em três ministérios diferentes, em oposição ao conceito de Seguridade Social, mas os recursos foram unificados e subordinados à área econômica.

A proposta de reforma enviada ao Congresso pelo governo da época, teve como pilares a abertura econômica, a privatização, a internacionalização da economia e, quanto as políticas sociais, a sua privatização, focalização e seletividade. Como não conseguiu a realização da reforma pretendida, direcionou suas ações através de emendas e vetos presidenciais. Esse direcionamento foi dado as políticas de Seguridade Social em seu conjunto. Mas devido as especificidade de cada uma delas, o impacto neoliberal foi mais ou menos desastroso.

Na área de Saúde, já havia um projeto – o da Reforma Sanitária – gestado ao longo de 1980, foi aí que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi fortalecido nesse projeto, com princípios como a democratização do Estado, a universalização, a constituição de uma esfera pública com controle social, a descentralização, a democratização do acesso à qualidade dos serviços e a promessa básica da saúde como direito de todos e dever do Estado. Defende a compreensão da saúde para além do processo de adoecimento, mas as condições de vida enquanto resultado das condições gerais de vida: lazer, educação, saneamento básico e outros.

Muita se tem debatido acerca de novas propostas estruturantes para se obter melhor desempenho em relação ao propósito das ações de saúde que são ofertadas à população. Conforme Mendes (2002) as contribuições

ção desde a própria organização do setor saúde e sua interlocução com os outros setores da sociedade, até as discussões sobre o modo de atuar em contextos, seja individualmente, ou seja, na prática coletiva.

Para Mendes a definição da Atenção Primária à Saúde – APS tem sua melhor conceituação a partir da formulação da Organização Mundial de Saúde (OMS) que diz:

[...] Atenção essencial à saúde, baseada em recursos pessoais, naturalmente existentes e cuidadosamente alocados e em tecnologia simples, acessíveis a indivíduos e famílias na sociedade por meio acessível e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente do seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, fazendo os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OMS, apud Mendes, 2002, p. 12).

Mendes (2002) contribui sobre as concepções principais que acompanham a Atenção Primária à Saúde – APS, desde sua gênese. Para o autor, uma das primeiras ideias veiculadas refere-se à interpretação como atenção primária seletiva, isto é, entendia-se como uma assistência dirigida às populações em situações de risco, as quais eram atendidas por profissionais mal qualificados e com o emprego de ações com tecnologias simples e de baixo custo.

Outra interpretação se refere ao nível primário dos sistemas de serviço de saúde, entendido como porta de entrada, expedido apenas para os agravos mais comuns de saúde, no sentido exato de amenizar as tensões sociais e racionalizar o custo-benefício, sem preocupar-se com os demais níveis de atenção naquele momento. De acordo com Mendes (2002), uma das melhores formas de organizar os sistemas de serviços de saúde, que tem vínculo com a singularidade de articular e reordenar todos os recursos possíveis do setor para a satisfação das necessidades, demandas e representações da população, confere uma nova articulação combinada na Atenção Primária à Saúde – APS, dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

Hoje, entende-se o quão é importante a articulação com os outros setores, no sentido de se dialogar sobre os problemas que são observados na saúde, mas que nem sempre decorrem da falta de assistência dessa área e sim por falta de resolução de outras áreas. Como por exemplo, a falta de saneamento básico, falta nas ruas e locais próximos a moradias, leva as doenças parasitárias, mas o fato de se tratar a patologia não vai resolver o agravo, é preciso uma intervenção na fonte do problema. Se houver articulação intersetorial e discussão desses casos, a solução acontecerá mais rápida.

De acordo com a conceitualização da Organização Mundial de Saúde – OMS, a Atenção Primária à Saúde – APS, constitui somente uma atenção à saúde caracterizada pelo acesso primário, mas um processo contínuo de atenção que envolve métodos e tecnologias tanto pelas comunidades, quanto pelos serviços de saúde, num patamar de sustentação econômica e social, e bem próximo do local onde o complexo saúde-doença ocorre.

Quando Mendes (2002) discute a organização dos serviços de saúde num sistema integrado, recomenda que a APS deve cumprir três funções essenciais: assumir o papel resolutivo, intrínseco a sua instrumentalidade como ponto atenção; resolver a maioria dos problemas de saúde da população, organizando todo o sistema de referência e contra-referência nos diversos pontos de atenção e responsabilizar-se pela saúde das pessoas em qualquer ponto de atenção que se encontrem. Percebe-se que o autor discute que também a APS é responsável pela articulação dos diversos pontos de atenção dos prestadores de cuidados, dentro e fora do setor saúde.

Nesse sentido, a intersetorialidade apresenta-se como um dos eixos estruturantes das políticas públicas de saúde e se aproxima como parte integrante dos assuntos discutidos hoje, sobre conceito de cidade saudável.

Sendo assim, a intersetorialidade é tomada como um dos elementos centrais para operacionalização da APS nos serviços de saúde. Além de estar em intrínseca consonância com a amplitude do objeto saúde, tem como norma a reestruturação e reunião de vários saberes e setores no

sentido de um olhar mais adequado e menos feio em relação a um determinado objeto, propondo uma melhor resposta aos possíveis problemas detectados no cotidiano.

Vive-se um momento de transição em que se procura estruturar os serviços de saúde conforme os princípios que auxiliem na direção de um modelo de atenção que seja mais equilibrado, buscando dividir com os outros setores que se relacionam com o setor saúde, a atenção e as responsabilidades pelas mudanças necessárias. Daí a importância de um trabalho em equipe e, quando não é, as pessoas trabalham apenas o suficiente para receber o salário, pois não se sentem parte importante do trabalho, muitas vezes sendo excluídos de dar opiniões e de agir espontaneamente.

Algumas pessoas não emergem a saúde com uma visão mais ampla e as que pertencem a outros setores ainda acham que não fazem parte da saúde. A complexidade da interseccionalidade é porque não se joga os problemas de saúde e outros para frente, todos são chamados a discutir a solução e amenização das necessidades que chegam até as equipes.

2.2 Historicidade da Política Pública de Assistência Social

A LOAS significou a reafirmação da assistência social com uma dimensão de direito social, indicou princípios de universalização, dignidade e autonomia dos sujeitos, além de apontar a efetivação da assistência social enquanto direito social através de um sistema descentralizado, com comando único, participativo e a primazia de responsabilidade do Estado com relação a política pública de assistência social. Além de indicar o sistema participativo e descentralizado no que se refere à gestão e organização da política de assistência social, e mesmo apontou os benefícios consolidados e eventuais, os serviços, programas e projetos inscritos no âmbito da assistência social e as formas de financiamento dessa política pública, acompanhado de "controle social" através dos Conselhos de

Assistência Social nos municípios, Distrito Federal e União, alinhamento com a exigência dos Planos de Assistência Social em todos os níveis de governo para o repasse de recursos e "transparência" do repasse dos mesmos, por meio dos Fundos de Assistência Social.

Aprovada em dezembro de 2003, e após dez anos da Lei orgânica da Assistência Social, ocorreu a IV Conferência Nacional de Assistência Social em caráter extraordinário, que finalmente iniciou a construção do Sistema Único de Assistência Social.

Mesmo com o avanço em relação à valorização e à retomada desse importante espaço de controle social, a Conferência Nacional foi evasiva no que diz respeito à participação dos usuários, com a maior parte dos participantes composta por prestadores de serviços, que se preocupou em discutir a questão do financiamento e não em debater a construção de uma Política Nacional de Assistência Social (CFESS, 2004).

A plenária final da IV Conferência Nacional de Assistência Social aprovou 137 deliberações, sendo 78 correspondentes ao eixo de controle social, 35 ao eixo de financiamento e 24 ao eixo de gestão. Entre as deliberações mais importantes, aprovou-se a Política Nacional de Assistência Social, que prevê a construção e implantação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), cuja gestão é descentralizada e participativa, constituindo-se na regulação, em todo o território nacional, "da hierarquia dos vínculos e das responsabilidades do sistema cidadão de serviços, benefícios e ações de assistência social de caráter permanente ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob critério universal e lógica de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil" (MDS/SNAS, 2004).

A SUAS apresenta uma proposta bastante boa, é um avanço onde a mesma concretiza um modelo de gestão que possibilita a efetivação dos princípios e diretrizes da política de assistência social. O princípio organizativo da Assistência Social, com base num modelo sistêmico, aponta para o rompimento com o assistencialismo, da beneficência, de ações fragmentadas, ao sabor dos interesses colonizistas e autoritários.

O SUAS informa cinco princípios referentes à proteção social de assistência social: a mutualidade sócio-familiar, territorialização, proteção pro-ativa, integração à seguridade social, integração às políticas sociais e econômicas.

Como garantias da proteção social de assistência social, o SUAS inclui a segurança de acolhida, a segurança social de renda, do convívio ou convivência familiar, comunitária e social, a segurança do desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social e, por fim, a segurança de sobrevivência a crises circunstanciais.

Para tais garantias de proteção, o SUAS dispõe de duas modalidades de proteção social básica e especial. A Proteção Social Básica (PSB) tem como objetivo prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades, com fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. É destinado à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e fragilização de vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social. A PSB tem por referência o serviço de acompanhamento de grupos territoriais de até 5.000 famílias sob situação de vulnerabilidade em núcleos com até 20.000 habitantes e será operada pelo CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), por rede de serviços: educativos, benefícios continuados e eventuais, serviços e projetos de inserção produtiva.

A Proteção Social Especial (PSE) tem como objetivo prover atenções sócio-assistenciais a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos ou psicológicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, em situação de rua.

Porém, a Seguridade Social inscrita na Constituição Federal de 1988 passa por um processo de desmantelamento resultante de ações deliberadas por parte das elites dominantes e dos seus representantes (os Governos Collor, Fernando Henrique e o atual governo Lula), que optaram claramente por orientações políticas que favorecem o capital financeiro e subordinam o país aos processos de ajuste fiscal impostos pelos organismos

institucionais, num claro processo de contra-reforma do Estado, isto é, de regressão dos direitos sociais conquistados no final dos anos 1980 (WEHRING, 2003; BOSCHETTI, 2004). Por isso é de grande importância a articulação entre os diferentes sujeitos participantes das políticas de Seguridade Social.

CAPÍTULO III: A INTERSETORIALIDADE NA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS EVENTUAIS NO MUNICÍPIO DE MAURITI-CE

3.1 Caracterização do Município

O município de Mauri está localizado na região Sul do Ceará, a 201,80 km da capital de Fortaleza, na zona fisiográfica do Camé. É considerado o segundo maior município dessa região com uma área de 1.112 km², o que equivale a 6,52% da área total da região.

Possui a quarta maior população da região com 41.679 (quarenta e um mil seiscentos e setenta e nove) habitantes e densidade demográfica que corresponde a 37,48 hab/km². São seus distritos: Ananá, Burtizinho, Coá, São Miguel, Nova Santa Cruz, Oito D'água, Palestina, São Félix e Umburanas. Limita-se ao norte com o município de Barro-De com o Estado da Paraíba, ao sul com o município de Brejo-Santo-Ce, com o Estado da Paraíba e o Estado do Pernambuco e ao leste com o Estado da Paraíba.

Apresenta um clima tropical, quente e semi-árido, o solo é composto de áreas quartzosas detróicas, solos litólicos, podzólicos vermelho-amarelo e a topografia acidentada, apresentam mais serras do que terras planas. A hidrografia é constituída de quatro açudes e duas lagoas com capacidade total de 37.980.000 m³. Enumeram-se rios e cachoeiras significativas como o do São Miguel, Cipó, Giqui que engrossam no rio Selgado.

A vegetação caracteristicamente seringueira, com castanha que se apresenta com seus caules tortuosos, espessos e folhas reduzidas. Caracteriza-se como planta desta região o jacinto, a oiticica, o pereiro, a tefingüera e a calandaira.

O município teve sua origem a partir da Vila Burti Grande, através do Decreto nº 51 de 27/08/1890 em 20/09/1895, por decisão da Câmara Municipal, pelo Decreto nº 257 foi suprimida a decisão de transformar Mauri em município.

Somente em 1924 ressurge pela segunda vez o município, pela Lei Estadual nº 211, tornando-se autônomo. A passa a ser chamada Mauriti numa homenagem ao Dr. Carrazo, ao Almirante Cordovi Mauriti, seu grande amigo que muito contribuiu para a autonomia da povoação criada por Capitão Miguelzinho.

O município destaca-se no setor da agricultura e pecuária, produz café, milho, fumo, algodão arbóreo e herbáceo, banana, manga, melancia, etc. É o maior criador de suínos e caprinos do Ceará, e o segundo na criação de bovinos. No setor secundário, no tocante a atividades industriais, existe-se a produção de madeira e alimentos. No comércio, o município se desenvolve sem grandes repercussões, mesmo enfrentando as dificuldades que um município do interior enfrenta, por não ser cidade industrializada.

A política de assistência social do município de Mauriti-Ce é voltada para garantia dos direitos do cidadão, segundo a LOAS art. 1º "Direito do cidadão e dever do Estado". É uma política de seguridade social não contributiva, que prevê o que é de direito do cidadão, realizado através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento e as necessidades básicas. Essa estratégia é vertice no reconhecimento do combate a pobreza e a desigualdade social que busca um novo estilo de gerenciações públicas com base de integração e descentralizações das ações municipais, e abertura da participação e parceria com a sociedade na produção de situações adequadas, para melhoria das condições de vida.

Assim considerando as características da população atendida por ela, fazem-se na articulação intersetorial com outras políticas sociais e, particularmente, as públicas como a saúde.

3.2 A Intersetorialidade na Concessão dos Benefícios Eventuais

Os Benefícios Eventuais estão no âmbito da Política de Assistência Social de caráter suplementar e provisório, prestados aos cidadãos e às

prestas em estado de necessidade, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública, onde a renda mensal por capita seja inferior a um quarto do salário mínimo. Com sua regulamentação em o momento corrente de efetividade nos municípios brasileiros, sendo aplicada em uma diversidade de formas e em muitos casos, na sua aplicação em boa parte do país é essa prevista no art. 27 da Lei nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, juntamente com as garantias do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, deve incluir os seus beneficiários também são potências instituir ações assistenciais no município.

Os benefícios eventuais como direito do cidadão, devem ser concedido primando-se pelo respeito à dignidade dos indivíduos que deles necessitam, também devem ser oferecidos de forma certa para contribuir com agilidade e prestação eventos incertos. Portanto, é dever do município oferecer um serviço de fácil acesso em funcionamento em horário integral.

A Lei Municipal de Mauriti-Ce, nº. 546 de 21 de março de 2005 regulamentam os Benefícios Eventuais, tais como: distribuição de cestas básicas, auxílio funeral, doação de 2ª via de registro de nascimento, doação de certidão de casamento civil, são benefícios gratuitos implementados em espécie que visam cobrir determinadas necessidades em razão eventual, em situações de vulnerabilidade temporárias.

A assistência social do município de Mauriti-Ce é de caráter público, sua constituição é decorrente de seus esforços e reconhecimento da sua responsabilidade, o planejamento da organização sócio-assistencial e de proteção básica, busca promover a inserção das famílias nos serviços de assistência social local e as demais políticas públicas e sociais possibilitando o desenvolvimento de ação que visem à sustentabilidade de forma a romper esse ciclo degradado no processo de exclusão social e evitar que os indivíduos tenham seus direitos violados, recaído em situação de vulnerabilidade e risco social. Considerando ainda que o serviço oferecido pela secretaria do meio social, desenvolvendo social potencialize a família com unidade de referência, fortalecendo vínculos internos e externos de solidariedade, através de

protagonismo de seus membros e da oferta de serviços tais como benefícios eventuais.

A interseletividade acontece por meio de uma interação da saúde com a assistência social, com o intuito de garantir e melhorar o desenvolvimento da criança que se encontra em estado de destruição, valorizando os direitos da família nas secretarias. Vale dizer que nesse município o trabalho intermunicipal vai além das metas reuniões entre os profissionais, mas de um envolvimento no que tange à política de atendimento aos usuários, unindo conhecimentos em prol do atendimento, ouvindo, compreendendo, analisando e identificando as necessidades das famílias, articulando os serviços, com demais instituições municipais. Há décadas atrás era bem diferente os projetos em relação à criança.

No período do governo do presidente Castelo Branco para assistência ao segmento da criança e do adolescente, na época denominada "menor", é criado (1964), com característica gerencial centralizada a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM). O objetivo dessa Fundação se caracterizava pelo estabelecimento de uma diretiva pedagógica e assistencial de responsabilidade do Estado, em substituição ao caráter policial-repressivo estabelecido no Código de Menores de 1927 que originou a criação dos grandes internatos. Esses eram alvos de denúncias contínuas, dado ao sistema de mau trato que ocorria nessas instituições. As denúncias favoreciam a opinião pública a reforçar a manutenção, através da criação da FUNABEM (FERREIRA e CARVALHO, 2000; MESTRINER, 2001).

Vale ressaltar que mesmo lentamente, as leis para proteção da Criança ganharam contornos diferentes e foram melhorando, pelo menos no que se refere a "projetos".

Com base na Declaração Universal dos Direitos da Criança, a Súmula que afirma o valor intrínseco da criança como ser humano, ou seja, a Doutrina da Proteção Integral foi defendida pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Esta doutrina afirma a vital importância da criança como um futuro e reconhece de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento e sob aspectos da infância e da juventude, como portadora da continuidade do ser vivo e do Estado e o fortalecimento de sua cidadania, o que torna as crianças e adolescentes merecedoras de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado, o qual deverá atuar através de políticas específicas para promoção e defesa de seus bens. (COSTA, 1992, p.11)

Para Costa (1999) a Doutrina da Proteção Integral estabelecida na Constituição da República Federativa do Brasil e no Estatuto da Criança e do Adolescente [...] pode ser resumida em três palavras: sobrevivência, desenvolvimento e integridade!

Quando fala em garantir os direitos infanto-juvenis, para evitar distorções, o texto constitucional relaciona uma série de direitos fundamentais, regulamentados posteriormente pelo Estatuto, esses Direitos das Crianças e Adolescentes podem ser agrupados em três famílias: primeira – direito à sobrevivência, à vida, à saúde e à alimentação; a segunda é o desenvolvimento pessoal e social educação, cultura, lazer e profissionalização; a terceira é o direito à liberdade, ao respeito, à dignidade e à convivência familiar e comunitária.

Com a promulgação da Lei Federal nº 8.069/90, que cria o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ocorreram mudanças nas ações destinadas a esse segmento populacional. Dessa forma, "com a ampliação da demanda e necessidade de adequação à nova orientação da ação de assistência social no município, realiza-se o primeiro concurso público para a nomeação de profissionais da área de Serviço Social" (MENDES, 2006). A partir daí, são criados, em 1991, o Conselho Tutelar, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA) – Lei Municipal nº. 117/91, órgão deliberativo e controlador das ações nessa área com participação popular paritária por meio de organizações representativas e o Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (FUNDICA) como instrumento de captação e aplicação de recursos oriundos do orçamento municipal, estadual, federal e de doações.

A saúde passa a ser um dos direitos principais de todas as crianças e adolescentes e uma obrigação do Estado como foi citado anteriormente. No

entanto, como a vida começa antes do nascimento, na barriga da mãe, a criança já tem o direito de ser protegida e gerada com saúde e segurança. A saúde infantil depende dos cuidados com a família para que essa possa exercer o seu direito e responsabilidade de zelar e proteger seu filho, sendo social e emocionalmente fortalecida.

A família é compreendida pela NOB/SUAS como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primária, provedora de cuidados aos seus membros e mercadora de reconhecimento enquanto grupo de sujeitos de direitos. Conforme a Constituição Federal de 1988, "família, base da sociedade, tem especial atenção do Estado (Art. 226, CF)".

Atualmente a Política de Assistência Social se estrutura no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que resulta de um considerável pacto legislativo entre os gestores de Assistência Social das três esferas: União, Estados e Municípios e a sociedade civil.

Em virtude disso, em reunião extraordinária, realizada no período de 11 a 15 de julho de 2005, a CNAS aprovou a Norma Operacional Básica de Assistência Social, NOB/SUAS, que apresenta "os eixos estruturantes para a realização de um acordo a ser efetivado entre as três esferas federadas e as instâncias de articulação: pactuação e deliberação, visando a implementação e a consolidação do SUAS no Brasil" (MDS, Idem).

O SUAS atende a proteção social para os cidadãos que dela venham necessitar. Em consonância com a proposta, a FNAS/SUAS aponta níveis de proteção social básica e especial, tendo como "direção o desenvolvimento humano e social e os direitos de cidadania" (MDS, Idem).

Os serviços de Proteção Social Básica serão executados nos CRAS – Centros de Referência de Assistência Social – que são unidades públicas estatais de base territorial, devendo ser localizados em áreas de vulnerabilidade social, podendo abranger até 1.000 famílias/lote (MDS, Idem).

No entanto, apesar de o município ter conquistado avanços expressivos como a implantação de dois CRAS, as ações sócio-assistenciais

estas são fragmentadas. A Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania do município de Mauri-Ce continuamente vêm lutando e atuando com responsabilidade o que lhe compete na promoção, proteção social básica e prevenção de situações de risco do fortalecimento de vínculos familiares comunitários. A família que se encontra em condições de vulnerabilidade é colocada como uma das prioridades evitando assim, para muitas, a posição de inferno por meio do desenvolvimento das políticas públicas no momento preciso.

O controle social no contexto do município é realizado por meio das reuniões do Conselho Municipal de Assistência Social e demais conselhos setoriais que se organizam de forma paritária com representação de organizações governamentais e não-governamentais, sociedade civil dos usuários e entidades e organizações de assistência social, reunindo-se instantaneamente quando necessário, significando dessa forma a participação no processo de gestão político-administrativa financeira e técnico-operativa, com caráter democrático e descentralizado cumprindo então o seu papel de formulação de estratégias, de aprovação e aprovação das normas e controle da execução da Política Municipal de Assistência Social bem como estão organizadas as redes. A Secretaria de Saúde trabalha a inserção junto com a Secretaria do Desenvolvimento Social e Cidadania no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e pelas necessidades que se definem a partir das condições sócio-econômicas sob as quais a saúde pública se desenvolve no país. A Secretaria de Educação contribui na identificação e na informação dentro dos direitos sociais acerca da passagem para destinados fins de concurso público e das condições de vida e trabalho para o indivíduo que produz pobreza e questões sociais vigentes, com problemas que afetam a sociedade na falta de recursos financeiros.

Dessa forma, pode-se dizer que as redes nas mudanças vêm sendo montada, na medida do possível, e interagindo-se para o acesso da população, nas ações políticas sociais que intervêm as condições de vida na educação, previdência, saúde e na assistência.

A proteção social constitui-se para proteger o conjunto de condições de vida superando a sua história, organizada como doença e a situação de vulnerabilidade no processo descentralizado e participativo onde requer uma nova reorganização vertical e horizontal nos serviços e procedimentos implicados em mudanças na vida do indivíduo que decorrem de certas alternativas da vida natural e social como veículos, infortúnios e as privações, também as formas seletivas de distribuições de bens materiais e culturais.

A Secretaria de Desenvolvimento configura com responsabilidade pelo caráter civilizatório presente na consagração de direitos sociais, a LOAS "que exige que as providências assistenciais sejam prioritárias pensadas no âmbito da garantia de cidadania sob vigência do Estado, cabendo a este universalização da cobertura e a garantia de direitos e acesso para os serviços, programas e projetos sob sua responsabilidade".

A assistência social do município divide-se em duas proteções avançadas: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) – é a unidade pública de base municipal, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada a prestação de serviços e programas socio-assistenciais da proteção social básica às famílias, e à articulação desses serviços no seu território de abrangência, de modo a potencializar a proteção social e atuando na perspectiva da transversalidade (PSB).

O ERAS, mediante esforços relevantes por parte de todos que compõem essas instituições, irão executar, acompanhar e avaliar os programas, projetos, serviços e benefícios voltados para famílias em situação de vulnerabilidade, como forma de preservar e assegurar os direitos da família e de seus membros. Assim, espera-se que o impacto social junto a essas famílias e seus membros) ocorra de forma qualitativa no que se refere a mudança de hábitos e atitudes e quantitativo no tocante a abrangências do público alvo, podendo mencionar:

- A melhoria das condições de vida das famílias;
- O fortalecimento das relações familiares e comunitárias.

- A prevenção de situação de risco pessoal e social;
- A melhoria do contexto económico, social e cultural;
- Criança e adolescente fora da situação de trabalho infantil;
- A inserção da família, seus membros e indivíduos na rede de serviços sócio-assistenciais;
- A inclusão de pessoas portadoras de deficiência nos serviços e ações de assistência social;
- Ampliação de espaços e oportunidades de sociabilidade e protagonismo social;
- A valorização da terceira idade, tendo como retorno o gosto pela vida, independência, participação, auto-realização e melhor integração familiar.

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), compreende um conjunto de ações com objetivo de retirar crianças e adolescentes do trabalho precoce por intermédio de três eixos básicos (Proteção Social Especial):

- transferência direta de renda, com recurso do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), as famílias de crianças ou adolescentes envolvidos em qualquer situação de trabalho, por intermédio de cartão magnético;
- oferta de atividades sócio-educativas a crianças e adolescentes co-financiado pelas MDS e organizado pelos municípios;
- acompanhamento sócio-familiar.

O PETI tem como objetivo contribuir com a erradicação do trabalho infantil no país associando-se com outras políticas sociais, podendo retirar crianças até 15 anos de idade (Proteção Social Especial de Média Complexidade).

A Ação Socio-Educativa com as Famílias (ASEF) programa que atende crianças de 02 a 05 anos de idade, idoso com baixo peso e gestante nutrido. O atendimento é direcionado a essas pessoas necessitadas, tanto na zona rural como da urbana, através de doações de leite (em pó e in natura) - (PSB).

O município trabalha como tantos outros, com o Programa de Bolsa Família (PBF), onde ocorre a transferência direta de renda, que beneficia famílias com renda mensal per capita de R\$ 127,50 (cento e vinte e sete reais e cinquenta centavos) em todos os municípios do país. O objetivo é transferir renda as famílias mais carentes do país, como medida para combater a fome e a pobreza e, ao mesmo tempo, promover o acesso dessas famílias aos serviços públicos de saúde, educação e assistência social. (PSB).

O bolsa família faz parte do Fome Zero e está contribuindo para a redução da pobreza e das desigualdades sociais no país e também está incentivando as famílias a utilizarem os serviços público de saúde, educação e assistência social.

O Projovem Adolescente integra a projeção social básica do SUAS e configura-se como uma reformulação do Agente Jovem no contexto da Política Nacional da Juventude elaborada pelo Governo Federal. Destina-se à jovens de 16 a 17 anos, proporcionando capacitação técnica e prática, por meio de atividades que não configuram trabalho, mas que possibilitam a permanência do jovem no sistema de ensino e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, preparando-os para possíveis inserções no mundo do trabalho.

No Grupo de Convivência da Terceira Idade é realizado um Trabalho Não-educativo com idosos acima de 60 anos, tanto na sede como nos bairros. (PSB) A Carteira do Idoso é um documento emitido pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS) e fornecido pela Secretaria municipal de assistência social, destinado a pessoa idosa que tenha renda igual ou inferior a dois salários mínimos, e que não tenha

meios de comprovação de renda. A carteira possibilita o desconto de 50% no mínimo, no valor de passagens rodoviárias, ferroviárias e aquáticas.

Grupo de Mães Gestantes – atende gestantes carentes através de acompanhamento do pré-natal, com palestras sobre direitos e deveres da gestante, autoestima, papel da família, cuidados com o bebê referente a higiene corporal e oral, imunização do recém-nascido e aleitamento materno (PSB).

Quanto aos Benefícios Eventuais há distribuição de cestas básicas, auxílio, doação de 3ª via de registro de nascimento, doação de certidão de casamento civil, são benefícios gratuitos implementados em espécie que visam cobrir determinadas necessidades temporárias em razão contingências em situações de risco temporário. (PSB).

Verificou-se que a Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania de Mauriti-Ce, busca no desempenho de suas funções valorizar e promover a pessoa humana, sendo tal valorização manifestada na garantia dos direitos das famílias em condições de vulnerabilidade social. A secretaria tem um compromisso com os indivíduos, pois desenvolve um conjunto de políticas de proteção social destinada àqueles que dela necessitam.

A interseccionalidade se dá quando o usuário vai ao posto de saúde, onde a enfermeira verifica o peso e a estatura da criança, a fim de analisar o estado nutricional constatando se essa está no início de desnutrição ou fome. Então, todos os dados são colocados em um gráfico no cartão de vacina dessa criança que é encaminhada a um médico para que esse emita um atestado e encaminha para a Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania do município, onde o profissional de assistência social participa no encaminhamento para doações dos benefícios e na realização do estudo socioeconômico, avaliando a renda per capita e a situação social familiar. Após a análise do cartão de vacina e o atestado médico, elabora um parecer social e é encaminhado ao setor de benefícios eventuais onde é feito o cadastro da família que será beneficiada. O mesmo acontece quando o agente de saúde faz as visitas.

Vale ressaltar no final desse trabalho, que o Brasil é um país de iniquidade, por isso muitas famílias desistem de los benefícios, porque até conseguem encontram pela frente muitos aborrecimentos. Muitos profissionais públicos acham que estão fazendo favores a essas famílias, quando na realidade é um direito delas adquirindo por lei.

Espera-se que nos atos que seguem a questão da intermunicipalidade melhore mais e a assistência aos mais pobres deve de ser assistencialismo. A assistência enquanto direito do cidadão no Muro e outras cidades precisa ser respeitada para que melhore a saúde e a educação de nossas crianças, para que nossos idosos tenham vida mais saudável.

CAPÍTULO IV: TRAJETO DA INVESTIGAÇÃO

4.1 Procedimentos metodológicos

Para realização do trabalho proposto, foi preciso buscar aquisição dos conhecimentos, a partir dos fatos da própria realidade social do município em estudo, na sua concretude, para descrever com fundamentação a questão da intermunicipalidade na concessão dos benefícios eventuais desse cidade.

Num primeiro momento caracterizou-se o levantamento bibliográfico sobre o tema em discussão, numa relação constante com os aspectos locais e nacionais, respeitando a contextualização da problemática abordada no município de Mauriti-Ce.

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo, que segundo Silva (2002), estas pesquisas descrevem amostragens, enfatizam a exatidão dos dados levantados e considera tudo o que pode ser quantificado, valorizando práticas comparáveis e mensuráveis.

O tipo da pesquisa é de campo, tendo em vista que "coleta de dados" foi efetuada em campo, ou seja, onde acontecem espontaneamente os fenômenos pesquisados, sem a interferência do pesquisador sobre eles. (SILVA 2002).

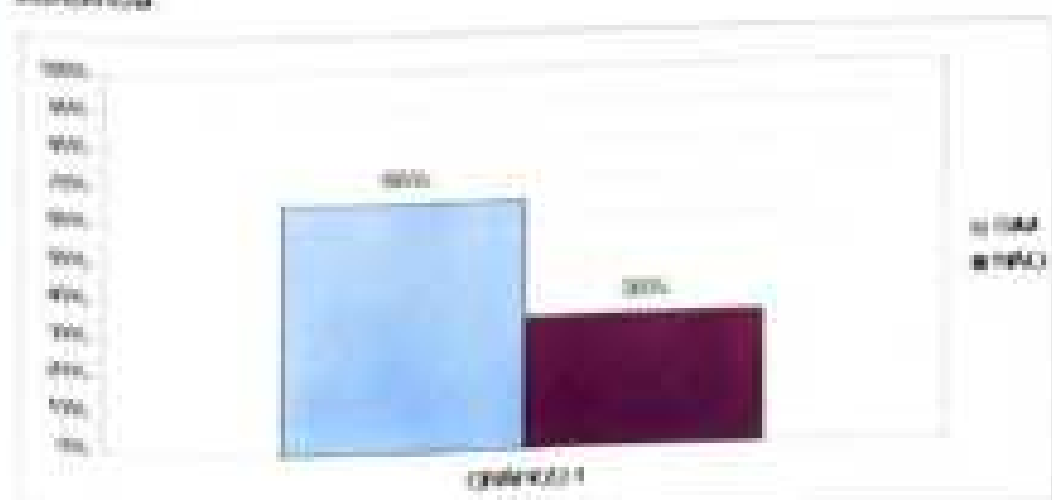
Num segundo momento o instrumento que norteou o estudo foi o questionário com questões objetivas, que contempla uma série ordenada de perguntas referentes ao tema, sendo a forma mais usada para coletar dados, possibilitando medir com melhor exatidão como ocorrem os benefícios eventuais na cidade de Mauriti-Ce. Segundo Silva (2002), o questionário é um instrumento usado por pesquisadores das ciências humanas e sociais, preocupados com a situação prática, podendo assumir diversas formas e, de um modo geral, a forma de um levantamento.

O universo será composto por famílias favorecidas que os benefícios eventuais, porém para o efeito dessa pesquisa foram usados apenas por uma parcela representativa de 30% que foi constituída pela família de crianças beneficiadas com uma cota fixa.

4.2 Análise e discussão dos dados

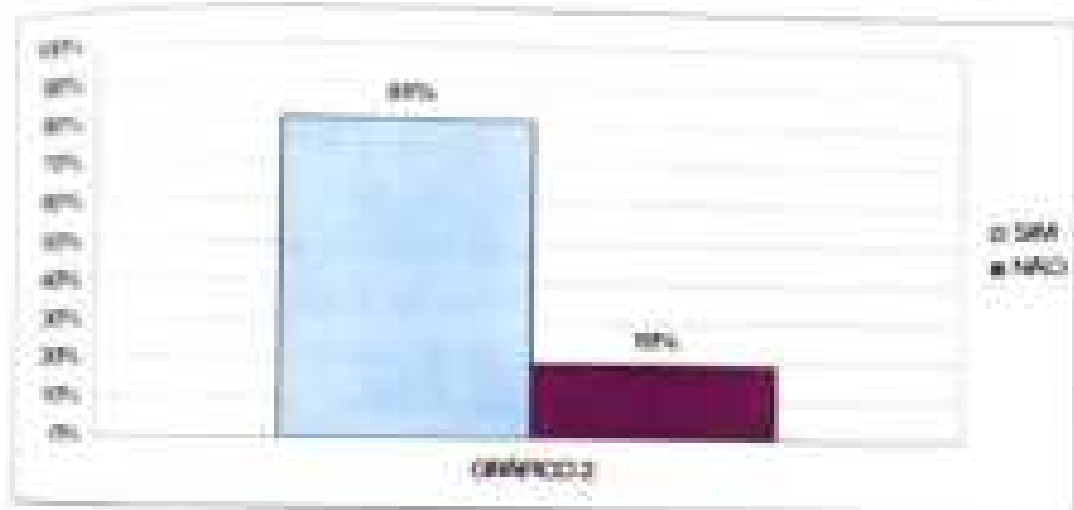
Para que fosse possível analisar a interseccionalidade na concessão dos benefícios eventuais na cidade de Mauriti, houve a coleta de dados realizados através de um questionário aplicado a 30 famílias, onde se procura levantar aspectos importantes como o atendimento da criança tanto na saúde como na assistência, o atendimento da família no setor de benefícios eventuais, as crianças acompanhadas por um profissional de saúde antes de receber os benefícios, o acompanhamento da criança no período do benefício, encaminhamento da criança após detectada a deficiência, a agilidade do atendimento da secretaria do desenvolvimento social para com as famílias, se benefícios atendem ou não as reais necessidades das crianças e o resultado da criança após três meses de benefício se houve mudança no peso da criança.

GRÁFICO 1: Atendimento das crianças tanto na saúde como na assistência.



Analisando o gráfico observa-se que 81% das crianças recebem atendimento adequado dos dois setores: Secretaria da Saúde e Secretaria da Assistência Social. Mas, 19% dessas crianças que vivem em locais de maior risco ainda desatendidos do que é seu por direito. Essas crianças que não estão no rol das mães assistidas são as que recebem apenas os cuidados básicos especiais. De acordo com a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente toda criança tem o direito a saúde, educação, habitação, alimentação e assistência para uma boa qualidade de vida.

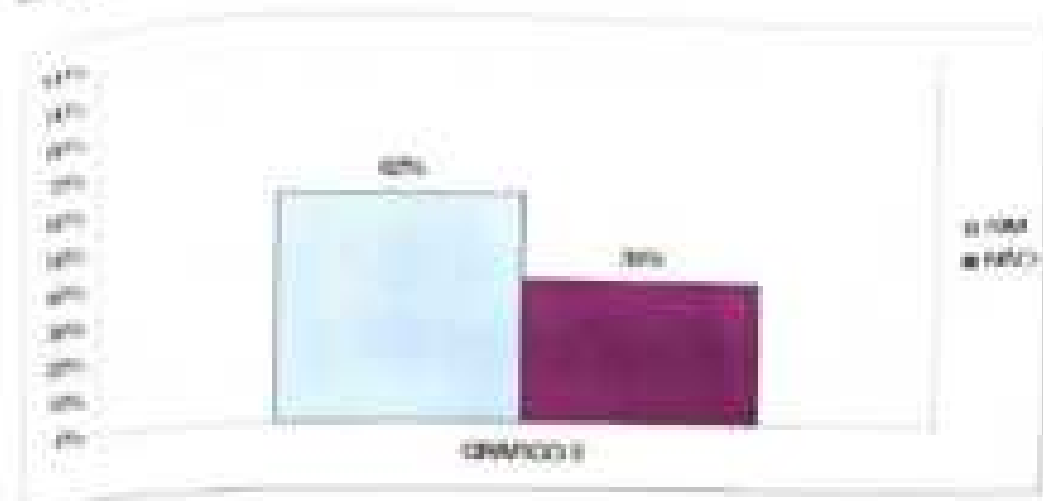
GRÁFICO 2: Atendimento da família no setor de benefícios eventuais



Fonte: primária.

Visto que o gráfico mostra, 81% dessas famílias atendidas no tempo adequado e apenas 19% passam por dificuldades para serem beneficiadas. O município é voltado para um bom atendimento, em cumprimento ao exposto na Lei, onde de acordo com a LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social, toda família em estado de vulnerabilidade social tem o direito de ser assistida.

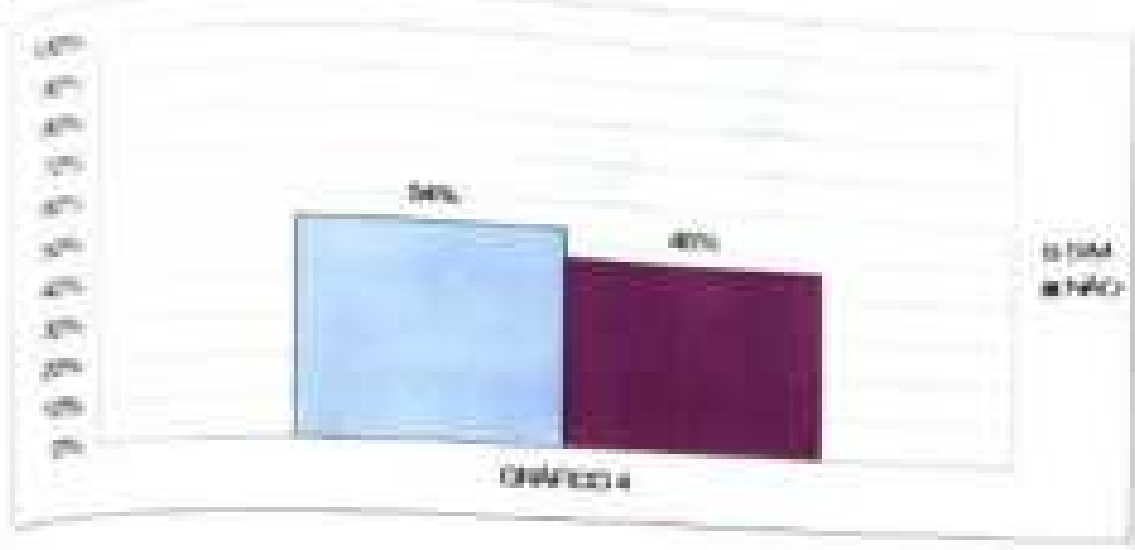
GRÁFICO 3. Crianças acompanhadas por um profissional da saúde antes de receber os benefícios.



Fonte: primária.

De acordo com o gráfico 3, 62% das crianças recebem atendimento adequado, enquanto 38% são quase desapropriados desse direito. A existência de equipes de saúde da família potencializa a ação de saúde já que elas criam vínculos e se responsabilizam por determinada população. Os agentes comunitários agem em circuitos com outras políticas setoriais. É como avalia Spasoff (2004, p. 17) ao lembrar que: "[...] a reforma LOAS veio para corrigir isto. Ela não pode falar só com alguns técnicos, com notáveis ou com dirigentes de organizações. Ela deve ser, pedagógica e democraticamente competitiva, a dialogar com a população na ação, na decisão e na avaliação. Sua educação democrática não permite que dirigentes falem pelos usuários".

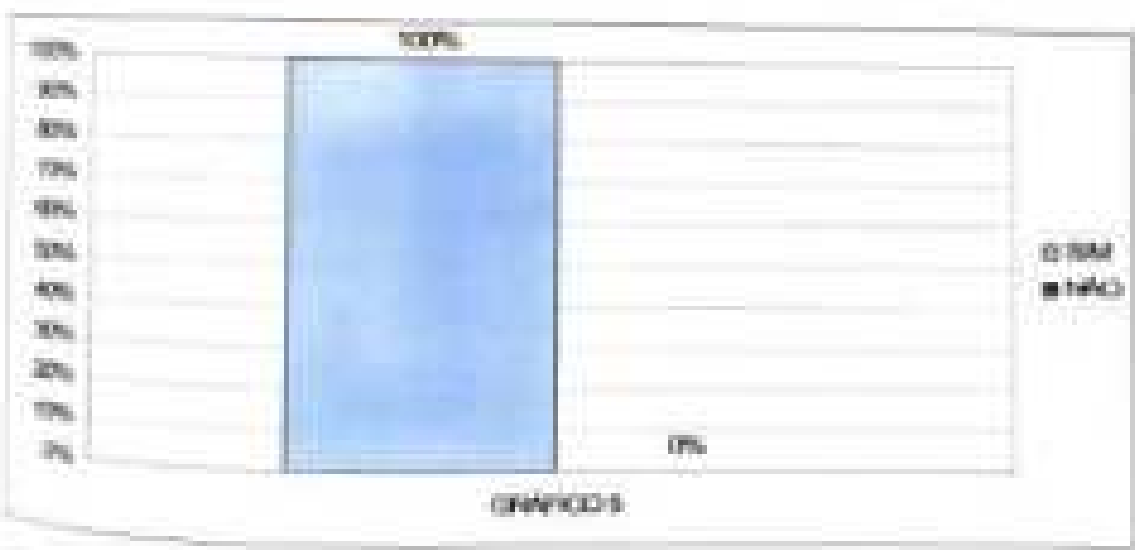
GRÁFICO 4: Acompanhamento da criança no período do benefício



Fonte: primária

Conforme o gráfico 4, 54% das crianças são monitoradas por um profissional da saúde durante os três meses do benefício, enquanto 46% não são atendidas. O índice indicado deixa a desejar em se tratando da importância desse benefício, sendo necessária uma política mais eficiente, uma vez que este acompanhamento é de grande importância para um melhor resultado deste benefício.

GRÁFICO 5: Encaminhamento da criança após detectar a desnutrição



Fonte: primária

Diante do elevado índice de desnutrição, fica claro que há um grande número de criança desnutrida que são encaminhadas para a Secretaria do Desenvolvimento Social e Cidadania. Diante desse contexto podemos perceber a eficiência do atendimento de assistência vez que segundo a PNAS (2004) o encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, possibilita o desenvolvimento de ações preventivas que visam a sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos.

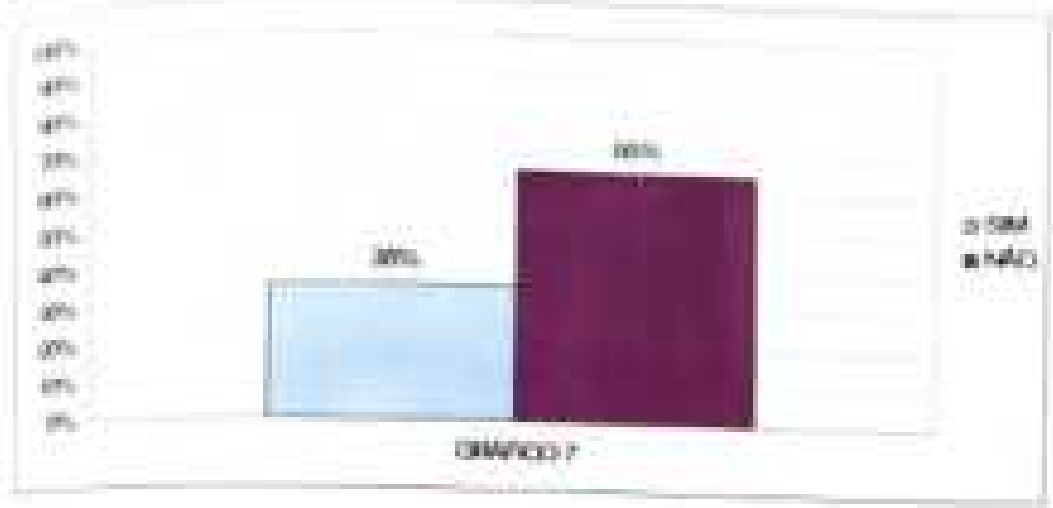
GRÁFICO 8: Agilidade do atendimento da Secretaria do Desenvolvimento Social e Cidadania para com as famílias.



Fonte: própria.

Conforme o observado no gráfico acima, 89% foram atendidas no tempo certo, enquanto 11% não foram atendidas, o atendimento as famílias que chegam a essa secretaria é ágil e logo serão beneficiadas sem muita espera. Segundo a PNAS (2004) a proteção básica e especial deve ser organizada de forma a garantir aos seus usuários o acesso ao conhecimento dos direitos socioassistenciais e sua defesa, direito ao tempo, de modo a acessar a rede do serviço com reduzida espera e de acordo com a necessidade.

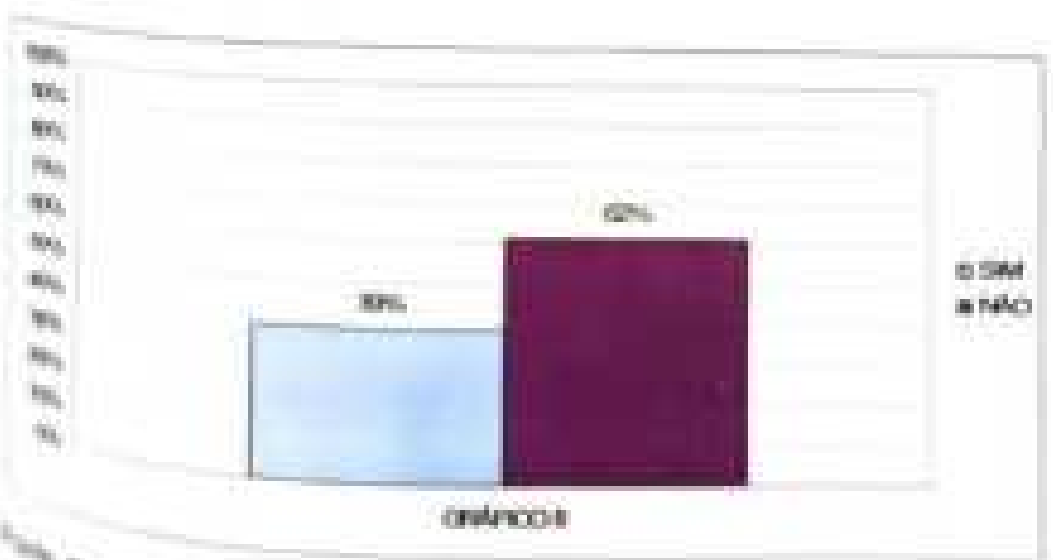
GRÁFICO 7: Os benefícios atendem ou não as reais necessidades da criança.



Fonte: primária

De acordo com o gráfico, para 36% da amostra, os benefícios atendem as reais necessidades das crianças, enquanto 64% acham que não atendem. A necessidade do compromisso com a melhoria da qualidade de vida como condição básica para viabilizar a produção de uma sociedade saudável e não reprodutora de doenças, o município deixa a desejar, diante de outros quadros e esforço, vontade para melhorar.

GRÁFICO 8: Resultado da criança após três meses de benefício – mudança positiva no peso da criança.



Fonte: primária

El gráfico muestra que en términos de las vías institucionales, por un 62% de los casos con buen resultado se agotaron 15% otros mecanismos posibles, a nivel institucional respecto de la Ley 27312 (17%) siendo particularmente el mecanismo de esta vía la integración de problemas sociales, demandada para el caso de que el Estado no haya respondido a las necesidades de atención a salud. En respuesta a una lista de trabajos encuestas se envía un lista de necesidades, entre los profesionales. Personas que reciben cuando recibe a través de la ley de los casos más fáciles con resultado positivo en caso de que se favorezca a los resultados de políticas públicas voladas para estos casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, ao realizar uma análise acerca da trajetória da política nacional de Assistência Social, mostra que a Lei Constitucional de 1988 adotou o princípio da solidariedade social, onde os recursos da seguridade social têm como foco principal a proteção daqueles que não possuem condições para contribuir, mas precisam da proteção do Estado. O trabalho tem como pano de fundo o espaço municipal de Assistência Social do município de Mauriti-Ce, onde se verificou que assim como outros municípios brasileiros poderão fazer no sentido de ampliar o sistema de proteção social, onde muitos se queiram dizendo estar fragilizados pela ausência de autonomia financeira e pela premente necessidade de equilíbrio orçamentário, que a crise fiscal impõe ao setor público brasileiro.

A trajetória de afirmação da Assistência Social, demonstra que as inovações legais estabelecidas na Constituição Federal, na LOAS, na Política Nacional de Assistência Social e na Norma Operacional Básica/SUAS, por si só, são incapazes de modificar de imediato o legado de práticas de assistência social sedimentadas na ajuda, na filantropia e no paternalismo. As mudanças propostas precisam ser compreendidas, lidas, incorporadas e assumidas por todos os envolvidos no processo de gestão da Política de Assistência Social, em todos os níveis de federação até ao nível Municipal. Ovviamente, também depende do contexto econômico e político e de movimento de pressão e negociação emergentes.

Soma-se às dificuldades financeiras dos municípios e estados a hegemonia de concepções políticas conservadoras, que repudia a assistência social, enquanto política legítima de desenvolvimento, tratando-a como medida paliativa e compensatória aos desequilíbrios econômicos e sociais gerados em seu curso. O percurso histórico de implantação da assistência social descentralizada nos municípios brasileiros, não necessariamente pela superação de tais concepções, a fim de

desenvolver a formulação de um consenso crítico que justifique e dê sustentação às novas parадигmas existentes na legislação social em vigor.

A intersetorialidade deve representar um espaço de compartilhamento de saber e de poder, de estruturação de novas linguagens, de novas práticas e de novos circuitos e que, atualmente, não se encontram estabelecidos ou suficientemente experimentados em meio aos conselhos municipais gestores. A sua construção nesse e em qualquer outro município, que se manifesta em inúmeras iniciativas, é parte de um processo sustentado no modo de planejamento, realização e avaliação das ações setoriais. Assém, sobre das instituições e dos sujeitos envolvidos um comprometimento na implementação das manifestações portuadas no conjunto de políticas públicas.

Mauri vivencia um processo de mudança baseado na lógica da descentralização, intersetorialidade e participação popular, buscando a melhoria da qualidade de vida da população, principalmente a infantil, transformando a cidade em um espaço de produção social da saúde em que todos as pessoas tenham satisfeitas suas necessidades básicas: educação, saúde, habitação, água, renda, segurança, trabalho.

Na prática apesar da decisão política, a intersetorialidade não ocorre automaticamente, é um exercício de construção diária com avanços e retrocessos. Embora as ações intersetoriais estejam previstas nos termos legais, especificamente para o CMDCA e CMAS, há ainda muitos limites que não sejam de fato cumpridos num processo efetivo, envolvendo os conselhos municipais na sua maioria. Na pesquisa de campo, esse aspecto revelou-se significativo.

Até proceder a análise documental das leis e regulamentos internos específicos aos conselhos municipais pesquisados, constata-se que os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e de Educação (COMED), têm regulamentações estabelecidas na perspectiva de ações intersetoriais, como também os Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e de Assistência Social (CMAS).

Para finalizar, é importante salientar que a intersetorialidade acontece por meio de uma interação da saúde com a assistência social, com o intuito de garantir e melhorar o desenvolvimento da criança e família que encontram-se em zona de risco e sem as mínimas condições de sobrevivência, contudo os resultados ainda não são satisfatórios, necessitando de políticas mais eficazes na questão de acompanhamento no decorrer do tempo.

Não somente no município do Mauro, mas também em outros municípios, é importante que o trabalho intersetorial não fique além das rotas reuniões entre os profissionais, mas de um desenvolvimento no que tange a política de atendimento aos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALAYON, N. *Assistência e Assistencialismo: Controle dos pobres ou erradicação da pobreza?* São Paulo: Cortez, 1995.
- BEHRING, E. *Financiamento e Controle Social: instrumentos imprescindíveis na Construção da Política Pública de Assistência Social: uma estratégia de Inclusão Social - FCS - 8 de novembro de 2003*
- BOBBIO, R. In MATEUS, Nicola, PASOLUNO, Gianfrancesco. *Dicionário da Política*. Tradução de Cameri C. Varela et Al. vol. Brasília DF: UNB, 1995, 2v v1 p.401 - 404.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa*. 1988.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica de Assistência Social - NOB/SUAS*. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, 2004.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei Orgânica de Assistência Social*, n. 8742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8/12/93.
- BRAVO, M. I. S. *Gestão Democrática da Saúde: o potencial dos Conselhos*. In: BRAVO, Maria Inês S. e PEREIRA, Fátima A.P. (org.). *Política Social e Democrática*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: VERJ, 2002.
- COMPARATO, F. K. *A afirmação histórica dos Direitos Humanos*. São Paulo: Saraiva, 2003.
- COVRE, M. L. M. *A Isla dos homens - análise do pensamento burocrático*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- HOJOSA, R. M. *Sinergia em política e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade*. In: *Cadernos Funlap*, n.22, p.102 - 110, 2001.
- ARQUEIRA, L. A. P. *A gestão das políticas sociais e o terceiro setor*, 2003, p.25-35. www.opacbrasil.com.br
- MAGALHÃES, E.P. *de Inclusão Social e Intersetorialidade: o longo caminho dos princípios às estratégias de ação*. In: CARNEIRO, C. B. L. e Costa, B. L. D. *Gestão Social. O que há de novo?* Ilhéus Horizonte: João Pinheiro, 2004.

- GRATIANO, T. P. *Direito da Seguridade Social*. São Paulo: Atlas, 2009.
- GRATIANO, T. P. *Atuação Social - Curso de Direito Previdenciário - Curso 1*. *Noções de Direito Previdenciário*. São Paulo: LTR, 2001.
- _____. *Princípios de Direito Previdenciário*. São Paulo: LTR, 2001.
- MINISTÉRIO V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2011.
- _____. *Um novo paradigma sanitário*. In: MINISTÉRIO V. (org.) *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Insper, 1999.
- MULLER, H. M. *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo: Cortez, 2001.
- NOGUEIRA, V. M. R.; MOTA, Regina Célia Tavares. *Desafios atuais do sistema Unico de Saúde - SUS e as exigências para os Assistentes Sociais*. In: MOTA, Ana Elisabete; HIRAYUKI, Maria Inês de Souza et al. (org.) *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.
- PEREIRA, P. A. P. *A Política Social no Contexto da seguridade social e do Welfare State: a particularidade da Assistência Social*. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 55, 1998.
- POLANYI, K. *A grande transformação: origens de nossa época*. Tradução de Fanny Wrobel. Rio de Janeiro: Campus, 2006.
- RAVENS, J. *Uma Teoria da Justiça*. Martins Fontes, São Paulo, 2002.
- SARLET, J. W. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.
- SILVA, J. A. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.
- SILVA, M. B.; SCHARRO. *Versa Luce*. *Introdução à pesquisa em educação*. Florianópolis: UDESC (Caderno Pedagógico, V II), 2007.
- SPOGATI, A. *A menina LOAS, um processo de construção da Assistência Social*. São Paulo: Cortez, 2005.

ANEXO

ANEXO 4 - Questionário

- 1) As crianças recebem acompanhamento tanto na saúde como na assistência?
 Sim Não
- 2) Quando a família chega ao setor dos benefícios é atendida no tempo apropriado?
 Sim Não
- 3) A criança antes de receber esse benefício é acompanhada por um profissional da saúde?
 Sim Não
- 4) Durante os três meses do benefício, o peso da criança é monitorado por um profissional da saúde?
 Sim Não
- 5) Cabe o profissional de saúde fazer o diagnóstico da criança em o encaminhamento para a secretaria de desenvolvimento social e cidadania?
 Sim Não
- 6) Quando a família chega à secretaria de desenvolvimento social e cidadania é logo atendida e encaminhada para receber o benefício?
 Sim Não
- 7) O benefício supre as reais necessidades alimentares das crianças?
 Sim Não
- 8) No período (de três meses) do benefício, você percebeu alguma mudança positiva no peso da criança?
 Sim Não

O gráfico mostra que os resultados não são satisfatórios: 60% de 52% não saem com bom resultado e apenas 10% vêem mudanças positivas. A inspetividade segundo Nogueira et al. (2007, p. 275) defende justamente a necessidade de uma visão integrada dos problemas locais, demandada pela nova ideia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção de saúde. Por enquanto essa forma de trabalhar encontra-se ainda em fase de conhecimentos entre os profissionais. Percebeu-se que mesmo quando houve o benefício na maioria dos casos não houve um resultado positivo no nível da criança, havendo a necessidade de políticas públicas voltada para estes casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho, ao realizar uma análise acerca da trajetória da política nacional de Assistência Social, mostra que a Lei Constitucional de 1988 adotou o princípio da solidariedade social, onde os recursos da seguridade social têm como foco principal a proteção daqueles que não possuem condições para contribuir, mas precisam da proteção do Estado. O trabalho teve como pano de fundo o espaço municipal de Assistência Social do município de Mauriti-Ca, onde se verificou que assim como outros municípios brasileiros poucos podem fazer no sentido de ampliar o sistema de proteção social, onde muitos se queixam dizendo estar fragilizados pela ausência de autonomia financeira e pela premente necessidade de equilíbrio orçamentário, que a crise fiscal impõe ao setor público brasileiro.

A trajetória de afirmação da Assistência Social, demonstra que as inovações legais estabelecidas na Constituição Federal, na LOAS, na Política Nacional de Assistência Social e na Norma Operacional Básica/SUAS, por si só, são incapazes de modificar de imediato o legado das práticas de assistência social sedimentadas na ajuda, na filantropia e no clientelismo. As mudanças propostas precisam ser compreendidas, debatidas, incorporadas e assumidas por todos os envolvidos no processo de gestão da Política de Assistência Social, em todos os níveis da federação, não só a nível Mauriti. Obviamente, também depende do contexto econômico e político e de movimento de pressão e negociação permanentes.

Soma-se às dificuldades financeiras dos municípios e estados, a hegemonia de concepções políticas conservadoras, que repudia a Assistência Social, enquanto política legítima de desenvolvimento, tolerando-a apenas como medida paliativa e compensatória aos desequilíbrios econômicos e sociais gerados em seu curso. O percurso histórico de implementação da assistência social descentralizada nos municípios brasileiros passa necessariamente pela superação de tais concepções, a fim de

gançar a formação de um consenso crítico que justifique e dê sustentação às novas alternativas existentes na legislação social em vigor.

A intermunicipalidade deve representar um espaço de compartilhamento de saber e de poder, de elaboração de novas linguagens, de novas práticas e de novos consensos e que, atualmente, não se encontram estabelecidos ou suficientemente experimentados em meio aos conselhos municipais gestores. A sua construção nasce e em qualquer outro município que se manifesta em inúmeras iniciativas, é parte de um processo transformador no modo de planejamento, realização e avaliação das ações intersetoriais. Assim, cobra das instituições e dos sujeitos envolvidos um comprometimento na implementação das manifestações partilhadas no conjunto das políticas públicas.

Mauré vivencia um processo de mudança baseado na lógica da socialização, intermunicipalidade e participação popular, buscando a melhoria da qualidade de vida da população, principalmente a infantil, transformando a cidade em um espaço de produção social da saúde em que todos as pessoas tenham satisfeitas suas necessidades básicas: educação, saúde, habitação, água, renda, segurança, trabalho.

Na prática apesar da decisão política, a intermunicipalidade não ocorre automaticamente, é um exercício de construção diária com avanços e retrocessos. Embora as ações intersetoriais estejam previstas nos termos legais, especificamente para o CIMOCA e CIMAS, há ainda muitos limites para que sejam de fato realizadas num processo crítico, envolvendo os conselhos municipais na sua maioria. Na pesquisa de campo, esse aspecto merece ser aprofundado.

Após proceder a análise documental das leis e regulamentos internos específicos dos conselhos municipais pesquisados, constata-se que os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e de Educação (COMED), têm competências estabelecidas na perspectiva de ações intersetoriais, como também os Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMOCA) e de Assistência Social (CMAS);

para finalizar, é importante salientar que a intersetorialidade acontece por meio de uma interação da saúde com a assistência social, com o intuito de garantir e melhorar o desenvolvimento da criança e família que encontram-se em área de risco e sem as mínimas condições de sobrevivência, contudo os resultados ainda não são satisfatórios, necessitando de políticas mais eficazes na questão de acompanhamento no decorrer do benefício.

Não somente no município do Mauro, mas também em outros municípios, é importante que o trabalho intersetorial não fique além das meras reuniões entre os profissionais, mas de um desenvolvimento no que tange a política de atendimento aos usuários.

REFERÊNCIAS

- BLAYTON, R. *Assistência e Assistencialismo: Controle das pobres ou erradicação da pobreza?* São Paulo: Cortez, 1999.
- BRASILEIRO, E. *Financiamento e Controle Social: instrumentos imprescindíveis na Construção da Política Pública de Assistência Social: uma estratégia de Inclusão Social* – FSR – 8 de novembro de 2003.
- BOBBO, R. In MATEUS, Nélia, PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário da Política*. Tradução de Carmen C. Varnato et Al. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 1995. 2v v1 p.401 – 404.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa*. 1988.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS*. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, 2004.
- BRASIL. Presidência da República. *Lei Orgânica da Assistência Social*, n. 8742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8/12/93.
- BRAVO, M. I. S. *Gestão Democrática da Saúde: o potencial dos Conselhos*. In BRAVO, Maria Inês S. e PEREIRA, Foyara A.P. (org.) *Política Social e Democrática*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro, VERJ, 2002.
- COMPARATO, F. R. *A afirmação histórica dos Direitos Humanos*. São Paulo: Saraiva, 2003.
- COVRE, M. L. M. *A fala dos homens – análise do pensamento heideggeriano*. São Paulo, Brasiliense, 1983.
- NOJOSA, R. M. *Sinergia em política e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade*. In: *Cadernos Fundap*, n. 23, p.102 – 110, 2001.
- ARQUEIRA, L. A. P. *A gestão das políticas sociais e o terceiro setor*. 2002, p.25-36. www.opastrasil.com.br.
- MACALHÃES, E.P. *de Inclusão Social e intersetorialidade: o longo caminho dos princípios às estratégias de ação*. In: CARNICHO, C. B. L. e Costa, B. L. O. *Gestão Social. O que há de novo?* Belo Horizonte: João Pinheiro, 2004.

- MARTINS, E. P. *Direito da Seguridade Social*. São Paulo: Atlas, 2006.
- MARTINEZ, Vladimir Novais. *Curso de Direito Previdenciário – Tomo I – Noções de Direito Previdenciário*. São Paulo: LTR, 2001.
- _____. *Princípios de Direito Previdenciário*. São Paulo: LTR, 2001.
- MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- _____. *Um novo paradigma sanitário*. In: MENDES, E. V. (org.) *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MESTRNER, M. L. *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo: Cortez, 2001.
- NOGUEIRA, V. M. R.; MOTO, Regina Celso Tamayo. *Desafios atuais do sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais*. In: MOTA, Ana Elizabeth; BRAYO, Maria Inês de Souza et al. (org.) *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.
- PEREIRA, P. A. P. *A Política Social no Contexto da seguridade social e do Welfare State: a particularidade da Assistência Social*. *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 56, 1998.
- POLANYI, K. *A grande transformação: origens da nossa época*. Tradução de Fanny Wrobel. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- RAWLS, J. *Uma Teoria da Justiça*. Martins Fontes, São Paulo, 2002.
- SARLET, I. W. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.
- SILVA, J. A. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.
- SILVA, M. B.; SCHAPPO, Vera Lúcia. *Introdução à pesquisa em educação*. Foz de Iguaçu: UDESC (Caderno Pedagógico, V. 8), 2002.
- SPOSITI, A. *A menina LOAS, um processo de construção da Assistência Social*. São Paulo: Cortez, 2005.

ANEXO

Anexo A - Questionário

- 1) As crianças recebem atendimento tanto na saúde como na assistência?
(Sim (Não
- 2) Quando a família chega ao setor dos benefícios eventuais, é atendida no tempo apropriado?
(Sim (Não
- 3) A criança antes de receber este benefício é acompanhado por um profissional da saúde?
(Sim (Não
- 4) Durante os três meses do benefício, o peso da criança é monitorado por um profissional da saúde?
(Sim (Não
- 5) Após o profissional de saúde fazer o diagnóstico da criança ele o encaminha para a secretaria de desenvolvimento social e cidadania?
(Sim (Não
- 6) Quando a família chega à secretaria de desenvolvimento social e cidadania é logo atendida e encaminhada para receber o benefício?
(Sim (Não
- 7) O benefício supri as reais necessidades alimentares das crianças?
(Sim (Não
- 8) No período (de três meses) do benefício, você percebeu alguma mudança positiva no peso da criança?
(Sim (Não