

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Silvia Letícia de Freitas Neto

**REDE DE ATENDIMENTO NA INTERFACE DAS POLÍTICAS SOCIAIS  
BÁSICAS PARA AS FAMÍLIAS NA VILA SUL EM CAÇAPAVA DO  
SUL, RS**

Santa Maria, RS  
2019



**Silvia Letícia de Freitas Neto**

**REDE DE ATENDIMENTO NA INTERFACE DAS POLÍTICAS SOCIAIS BÁSICAS  
PARA AS FAMÍLIAS NA VILA SUL EM CAÇAPAVA DO SUL, RS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestra em Educação**.

Orientadora: Nara Vieira Ramos

Santa Maria, RS  
2019

Neto, Silvia Leticia de Freitas  
Rede de atendimento na interface das políticas sociais  
básicas para as famílias na Vila Sul em Caçapava do Sul,  
RS / Silvia Leticia de Freitas Neto.- 2019.  
146 p.; 30 cm

Orientadora: Nara Vieira Ramos  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em  
Educação, RS, 2019


1. Rede de atendimento 2. Políticas públicas sociais  
básicas 3. Famílias I. Vieira Ramos, Nara II. Título.

**Silvia Letícia de Freitas Neto**

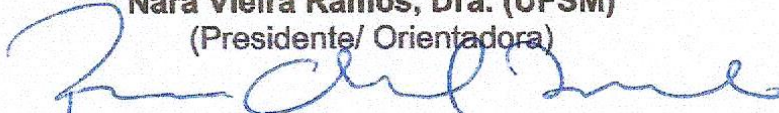
**REDE DE ATENDIMENTO NA INTERFACE DAS POLÍTICAS SOCIAIS BÁSICAS  
PARA AS FAMÍLIAS NA VILA SUL EM CAÇAPAVA DO SUL, RS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestra em Educação**.

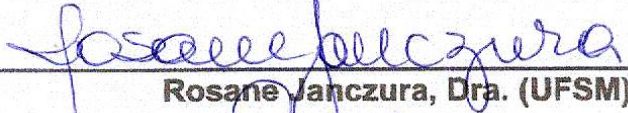
**Aprovada em 31 de janeiro de 2019:**




**Nara Vieira Ramos, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/ Orientadora)



**Rosana Cabral Zucolo, Dra. (UFN) - Parecer**



**Rosane Janczura, Dra. (UFSM)**



**Marilene Gabriel Dalla Corte, Dra. (UFSM)**



## RESUMO

### REDE DE ATENDIMENTO NA INTERFACE DAS POLÍTICAS SOCIAIS BÁSICAS PARA AS FAMÍLIAS NA VILA SUL EM CAÇAPAVA DO SUL, RS

AUTORA: Silvia Letícia de Freitas Neto  
ORIENTADORA: Nara Vieira Ramos

Esta pesquisa está vinculada à Linha de Pesquisa Práticas Escolares e Políticas Públicas do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria. A questão de pesquisa foi: “de que maneira as famílias e os profissionais das diferentes políticas sociais básicas, entre elas: a Educação, Assistência Social e a Saúde avaliam os serviços oferecidos pelo poder público?” Tendo por objetivo geral analisar como as famílias e os profissionais das diferentes políticas públicas básicas avaliam os serviços oferecidos pelo poder público. Os objetivos específicos foram: identificar os serviços oferecidos pelas diferentes políticas públicas básicas na perspectiva da família; verificar como os profissionais que atuam nas políticas públicas básicas avaliam os serviços, buscar se as necessidades das famílias que utilizam os serviços oferecidos pelas políticas públicas básicas são atendidas e, levantar o índice de resolutividade dos serviços oferecidos. Os principais autores que dialoga são: Cabral (1999), Boneti (2011), Junqueira (2004), Rizzini (2001), entre outros. Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Participaram da pesquisa famílias beneficiárias do Programa de Transferência Bolsa Família e profissionais que atuam nos diferentes serviços das políticas públicas básicas. Como resultado da pesquisa constatou-se que tanto as famílias quanto os profissionais avaliam que em parte as necessidades estão sendo atendidas, porém ainda os serviços encontram-se aquém de suas necessidades. No tocante a rede de atendimento foi identificado que os serviços existem, mas não estão articulados entre si.

**Palavras-chave:** Rede de atendimento. Políticas públicas sociais básicas. Famílias.





## ABSTRACT

### NETWORK OF ATTENDANCE IN THE INTERFACE OF BASIC SOCIAL POLICIES FOR FAMILIES IN SOUTH VILA IN CAÇAPAVA DO SUL, RS

AUTHOR: Silvia Letícia de Freitas Neto

ADVISOR: Nara Vieira Ramos

This research is linked to the Line of Research School Practices and Public Policies of the Post-Graduation Program in Education of the Federal University of Santa Maria. The question of research was: "In what way do families and professionals of the different basic social policies, among them: Education, Social Assistance and Health evaluate the services offered by the public power?" the professionals of the different basic public policies evaluate the services offered by the public power. The specific objectives were: to identify the services offered by the different basic public policies from the perspective of the family; to verify how the professionals that act in the basic public policies evaluate the services, to look for if the needs of the families that use the services offered by the basic public policies are met and to raise the index of resolution of the offered services. The main authors that dialogue are: Cabral (1999), Boneti (2011), Junqueira (2004), Rizzini (2001), among others. This is a qualitative research of the case study type. Participating families were beneficiaries of the Bolsa Família Transfer Program and professionals working in the different services of basic public policies. As a result of the research, it was found that both the families and the professionals evaluate that the needs are being met in part, but the services are still below their needs. Regarding the service network, it was identified that the services exist, but they are not articulated among themselves.

**Keywords:** Service network. Basic public social policies. Families.



## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ANS	Agência Nacional de Saúde Complementar
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CPI-CI	Centro Internacional de Políticas para Crescimento Inclusivo
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENPACS	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEMUC	Festival Estudantil Municipal da Canção
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério da Cidadania
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da família
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PBF	Programa Bolsa Família
PNAB	Política Nacional de atenção básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde na Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SICON	Programa Sistema de Condicionalidades do Programa Bolsa Família
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil das famílias entrevistadas.....	29
Quadro 2 - Fases familiares .....	30
Quadro 3 - Indicadores de mudanças do contexto das famílias.....	39
Quadro 4 - Distorção Idade/série das crianças e adolescentes da pesquisa .....	42
Quadro 5 - Identificação das respostas das famílias quanto aos serviços de saúde	58
Quadro 6 - Avaliação das famílias dos serviços de saúde .....	61
Quadro 7 - Identificação das respostas das famílias quanto aos serviços da educação.....	66
Quadro 8 - Avaliação das famílias dos serviços de educação .....	69
Quadro 9 - Identificação das respostas das famílias quanto aos serviços de assistência social .....	72
Quadro 10 - Identificação das respostas das famílias quanto aos serviços de assistência social .....	72
Quadro 11 - Avaliação das famílias dos serviços da assistência social .....	76
Quadro 12 - Perfil dos Profissionais da área da saúde .....	85
Quadro 13 - Comparativo das atividades dos profissionais entrevistados e as atividades previstas na PNAB.....	88
Quadro 14 - Principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde.....	89
Quadro 15 - Perfil dos profissionais da área da assistência social.....	90
Quadro 16 - Comparativo das atividades descritas pelos Conselheiros Tutelares e as atribuições previstas no ECA.....	92
Quadro 17 - Comparação entre as funções atribuídas aos profissionais da assistência social no âmbito da proteção social básica e a descrição obtida nas entrevistas realizadas com os profissionais .....	94
Quadro 18 - Perfil dos Profissionais da área da educação .....	97
Quadro 19 - Identificação das respostas dos profissionais quanto as demandas enfrentadas.....	101
Quadro 20 - Avaliação por parte dos Profissionais quanto ao Programa Bolsa Família .....	108
Quadro 21 - Fala dos profissionais quanto à articulação entre os serviços .....	110



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	20
2.1	CONTEXTO.....	22
2.2	SUJEITOS, INSTRUMENTOS DA PESQUISA E TRATAMENTO DOS DADOS .....	25
<b>3</b>	<b>AS FAMÍLIAS E AS DIFERENTES POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BÁSICAS</b> .....	27
3.1	AS FAMÍLIAS DA VILA SUL .....	27
3.2	AS FAMÍLIAS DA VILA SUL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BÁSICAS .....	54
<b>4</b>	<b>PROFISSIONAIS E OS SERVIÇOS OFERECIDOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BÁSICAS</b> .....	78
4.1	OS PROFISSIONAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BÁSICAS .....	78
4.2	OS PROFISSIONAIS DA VILA SUL .....	84
<b>5</b>	<b>REDE DE ATENDIMENTO E A RESOLUTIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	110
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	119
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	126
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	138
	<b>APÊNDICE B - ENTREVISTA COM AS FAMÍLIAS</b> .....	139
	<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS</b> .....	146





## 1 INTRODUÇÃO

Um dos marcos históricos determinantes para as mudanças ocorridas nos últimos anos, em termos de políticas públicas é a Constituição Federal de 1988. Este documento constitui como esteio para a garantia de direitos que se busca através da legislação instituída para execução de ações, serviços e programas em áreas fundamentais como saúde, educação e assistência social, entre outras.

Outra Lei fundamental, a partir da Constituição Federal (BRASIL, 1988), é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8069/1990 (BRASIL, 1990a), traz no artigo 86 a ordenação sobre a integração das políticas de atendimento aos direitos da criança e do adolescente e que devem ser realizados através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais de todas as esferas União, Estados e Municípios.

Entretanto, ao se examinar amiúde o interesse de cada uma das políticas públicas, suas práticas, seus desafios, suas conquistas, sua efetividade/resolutividade, e, principalmente, sua capacidade de expandir sua visão para além de seu objetivo final e, se articular com as demais áreas da qual os indivíduos/famílias, parece que o ser humano não é visto como um todo e, sim de forma segmentada e estanque.

O meu interesse em estudar sobre o tema das políticas públicas e sobre redes remonta a minha trajetória acadêmica. Durante o curso de graduação em psicologia poucos foram os espaços para discussão das políticas públicas e a atuação do profissional nesses campos. A formação era direcionada para a intervenção do psicólogo no âmbito da clínica. As diversas vertentes teóricas tradicionais eram pautadas na descrição do sujeito através do binômio saúde/doença.

A prática profissional, após o período da graduação, conduziu-me para experiências no setor público, através de concursos e processos seletivos para os mais diversos setores das políticas públicas. Primeiramente, atuei como profissional de Psicologia em uma unidade de saúde em um dos bairros do Município de Cachoeira do Sul. A demanda inicial de trabalho era realizar uma escuta dos pacientes que procuravam a Unidade diariamente, realizar uma triagem e encaminhar para as diversas modalidades de atendimento realizadas neste local, tais como grupos, reuniões com profissionais e atendimento. Logo, nessa primeira

experiência, foi possível perceber que a partir do ordenamento que estrutura a política pública da saúde, a qual se designa Sistema Único de Saúde (SUS), tratava-se de uma estruturação, organizada e completa para dar conta da saúde da população. Entretanto, observava-se que alguns dispositivos previstos na legislação, tais como prevenção aos agravos de saúde, não eram executados de forma plena acarretando uma sobrecarga em outros setores da mesma política. Além disso, outras políticas públicas que vão ao encontro desta, como as de saneamento básico, acesso à alimentação de qualidade, lazer, moradia, entre outros não ocorriam de forma satisfatória constituindo-se como entraves à execução das políticas na prática.

Ainda no Município de Cachoeira do Sul, atuei na implementação do “Programa Sentinela”. Este serviço atendia principalmente crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e foi o precursor do atual Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), vinculado ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que atua no âmbito da Proteção Social Especial e realiza trabalho social com as famílias que tiveram rompimento de vínculos ou que possuem seus direitos violados. Para atuação neste campo foi necessário buscar novamente capacitações e grupos de estudo, pois não tive contato com o tema durante toda a graduação.

É importante considerar que a Assistência Social, vista na perspectiva de política pública, tem se consolidado recentemente em nosso país e as produções acadêmicas na área da psicologia, principalmente, surgiram da exigência da prática e do constante aperfeiçoamento em busca de novas estratégias e instrumentos para o trabalho diário. Ainda são inúmeros os campos e desdobramentos do fazer do profissional psicólogo no âmbito das políticas públicas em nosso país e necessitam ser pensadas à luz da teoria, da prática e traduzidos pela pesquisa.

Após a passagem por outros Municípios do Estado do Rio Grande do Sul, atuando em diferentes políticas públicas setoriais, ingressei no Município de Caçapava do Sul, através da aprovação no concurso público para o cargo de psicóloga e fui designada para o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), onde atuo até o momento. Este serviço é vinculado ao SUAS e realiza trabalho social com famílias ao nível da Proteção Social Básica e visa prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, cujo conceito será visto mais adiante, por meio do fortalecimento de vínculos sociais e comunitários. O SUAS, consiste no Sistema Único da Assistência Social e, é constituído pelo conjunto de serviços,

programas, projetos e benefícios no âmbito da Assistência Social. Neste campo de atuação, mesmo em contato durante a graduação com disciplinas de psicologia social e comunitária, não me ocorreu a articulação entre a teoria e a prática no sentido da política pública no âmbito da Assistência Social.

Observa-se que a partir do ano de 2003, ocorreram expressivos avanços no desenvolvimento das Políticas Públicas no âmbito da Saúde e Assistência Social, pois ampliaram-se significativamente no sentido da estrutura e oferta de serviços para acesso a população. A abertura e a instalação de programas como Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), vinculados ao SUS e a instalação em quase todos os Municípios do país de ao menos uma unidade CRAS e CREAS ocasionou a realização de inúmeros concursos pelo país afora e a abertura de muitos postos de trabalho para profissionais de Psicologia e Serviço Social. Uma grade curricular defasada sobre este tema de atuação fez debruçar-me sobre este campo e estudar sobre as implicações das políticas públicas sociais básicas e a prática do profissional de Psicologia nos mais diversos âmbitos da sociedade.

Relacionando com a trajetória profissional e os aprendizados acadêmicos é possível afirmar que não há como prever os múltiplos campos de atuação do profissional Psicólogo, pois as mudanças nos contextos sociais, familiares e institucionais são cada vez mais frequentes. É correto dizer que os profissionais que atuam nas mais diversas práticas relacionadas às políticas públicas sociais básicas devem buscar a capacitação constantemente para oferecer de forma qualificada e ética os serviços à comunidade em que atuam e acompanhar as mudanças ocorridas na sociedade ao longo do tempo.

O desenvolvimento social, familiar e comunitário dos indivíduos, suas relações, conflitos prevenção de agravos a situações de vulnerabilidade constituem o foco do trabalho do psicólogo e de outros profissionais na assistência social, local onde trabalho na atualidade. Logo é impossível admitir tal foco de atividades sem articulação com os demais serviços que constituem a rede de atendimento ao público.

Uma das inquietações do meu trabalho no CRAS sempre foi a implementação do serviço tal como foi preconizado pelas diretrizes da Política de Assistência Social e as especificidades do território onde se localiza. A articulação intersetorial é uma das diretrizes desse trabalho e sempre constituiu o maior desafio para a execução do mesmo.

Outro desafio consiste em atuar em equipe multiprofissional e superar os diferentes entendimentos que cada profissional traz acerca de suas próprias concepções e crenças de homem e de mundo. Muitos questionamentos surgem diante deste contexto, tais como: de que forma é possível pensar as intervenções com relação às famílias de forma intersectorializadas? Como as intervenções realizadas de forma estanque nas diversas políticas públicas sociais básicas podem atingir as famílias e alcançar seus objetivos? O que seria necessário para que os profissionais percebessem a importância de visualizarem o indivíduo ou a família como um todo e não somente suas partes?

Estes questionamentos sempre conduziram meu pensamento no âmbito da atuação no serviço público para a importância da articulação dos diferentes segmentos das políticas. A escolha da área da Educação e, sobretudo, da Linha de Pesquisa em Práticas Escolares e Políticas Públicas foi baseado no entendimento que esta área está no substrato de todas as demais políticas públicas.

A educação, enquanto prática social instituída, permeia todos os segmentos da vida dos seres humanos e ocupa lugar de destaque na análise dos fenômenos sociais, pois está ligada ao desenvolvimento dos indivíduos e participa ativamente da sua existência tanto no âmbito individual quanto comunitário.

As políticas públicas sociais básicas, principalmente a educação, têm papel fundamental na constituição de cidadãos críticos e participantes das ações na sociedade. Esta função está para além de oferecer um serviço de aprendizagem através da escola, pois isto alude à formação de seres humanos engajados na promoção e garantia de direitos sociais.

O tema dessa pesquisa foi rede de serviços, política sociais básicas e famílias. O primeiro assunto desse tema parece amplamente discutido e conceituado no senso comum, mas na literatura encontram-se poucos estudos sobre essa temática. As pesquisas existentes que abordam o tema rede de serviços são em relação a públicos e situações específicas, tais como: mulheres vítimas de violência, crianças vítimas de violência ou sobre política e serviços específicos como rede de serviços de saúde e atenção psicossocial.

Esta pesquisa teve por problema: de que maneira as famílias e os profissionais das diferentes políticas sociais básicas, entre elas a educação, a saúde e a assistência social avaliam os serviços oferecidos pelo poder público?

Os principais autores com os quais dialogo nesta pesquisa são Cabral (1999), Boneti (2011), Junqueira (2004), Rizzini (2001), entre outros. Além disso, os principais regramentos acerca das políticas sociais básicas em tela foram estudados, tais como o SUS, SUAS e Educação e os principais programas existentes em cada uma dessas áreas.

O objetivo geral foi analisar como as famílias e os profissionais das diferentes políticas públicas sociais básicas, entre elas: a Educação, a Assistência Social e a Saúde avaliam os serviços oferecidos pelo poder público. Os objetivos específicos foram: identificar os serviços oferecidos pelas diferentes políticas públicas básicas na perspectiva da família; verificar como os profissionais que atuam nas políticas públicas básicas avaliam os serviços, buscar se as necessidades das famílias que utilizam os serviços oferecidos pelas políticas públicas sociais básicas são atendidas e levantar o índice de resolutividade dos serviços oferecidos.

O segundo capítulo dessa dissertação aborda a metodologia utilizada nesta pesquisa. Trata-se de um estudo qualitativo, baseado no método de estudo de caso. Na metodologia, é descrita a contextualização do local e a descrição do processo da pesquisa. A pesquisa consistiu na realização de entrevistas com dois grupos – de famílias beneficiárias do Programa de Transferência de Renda - Programa Bolsa Família (PBF) e de profissionais que atuam nas diferentes políticas públicas sociais básicas, entre elas: saúde, educação e assistência social. Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas e agrupadas por temáticas ou categorias.

Os dados desta pesquisa são apresentados dialogando com autores das diferentes áreas. Esse formato de estruturação do texto está inspirado em Minayo (2002). O terceiro capítulo descreve quem são as famílias que participaram da pesquisa e as diferentes políticas sociais básicas, trazendo dados do perfil levantado e as categorias destacadas a partir da análise dos dados.

No quarto capítulo o enfoque é dado aos profissionais que participaram da pesquisa e os principais resultados das entrevistas realizadas, relacionando-os com as políticas públicas sociais básicas.

No quinto capítulo encaminho os dados sobre a percepção das famílias e dos profissionais no tocante a rede de atendimento e a resolutividade dos serviços no âmbito das políticas públicas sociais básicas.

Dessa forma, finalmente apresento as considerações finais sobre este estudo.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

A palavra metodologia tem por definição ser o campo de regras e diligências estabelecidas para realizar-se uma pesquisa. Constitui-se o método, ou seja, a espinha dorsal de uma pesquisa. A pesquisa, por sua vez, desenvolve-se através de um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação, discussão dos resultados e devolução dos dados para os sujeitos. Esse planejamento é fundamental para a execução de uma pesquisa e envolve, entre outros passos, a escolha do tema, a formulação do problema, a especificação dos objetivos, o delineamento metodológico e as escolhas teóricas.

Os tipos de estudo foram classificados por Triviños (1987) em: exploratório, descritivo ou experimental. O primeiro tipo de estudo parte de uma hipótese do pesquisador e aprofunda-se aos limites de uma realidade específica. No segundo tipo de estudo, o foco principal está no desejo de conhecer com a maior exatidão possível os fatos e fenômenos de determinada realidade. O terceiro tipo, o experimental, como o próprio nome refere, consiste na modificação controlada das condições que determinam um fato ou fenômeno e em observar e interpretar as mudanças que ocorrem neste último.

Esta pesquisa trata-se de um estudo descritivo e, portanto, utiliza-se da abordagem qualitativa que não se ocupa da representatividade numérica, mas sim, do aprofundamento e da compreensão de um grupo social, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2002), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador (MINAYO, 2002). O processo da pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, parceladas ou estanques. Ela se desenvolve em interação, sendo dinâmica e reformulando-se constantemente.

Acredita-se que Bogdan citado por Triviños (1987) é um dos autores que melhor descreve as características da pesquisa qualitativa, quais são: a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento principal; a pesquisa qualitativa é descritiva e a interpretação dos

dados surge com a totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno em um contexto; os pesquisadores qualitativos preocupam-se com o processo e não somente com os resultados e o produto; os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente, os tipos de pesquisa qualitativa partem do fenômeno social e podem sofrer alterações conforme o ponto de vista de cada pesquisador; o significado é o ponto-chave na abordagem qualitativa, deve-se analisar o delineamento da pesquisa e realizar o planejamento do estudo em questão.

A pesquisa qualitativa considera a participação do sujeito como um dos elementos da realização no campo científico, utiliza-se de técnicas e métodos que reúnem características que ressaltam a implicação da pessoa que fornece a informação. Nesse sentido, o estudo de caso é citado por diversos autores, inclusive Triviños (1987, p. 133), como um dos tipos de pesquisa qualitativa mais característica e a define “[...] como uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente”.

A definição citada acima é corroborada por Yin (2005) que alude ao estudo de caso como uma estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, sem manipulação de comportamentos relevantes. Este tipo de método é o mais indicado quando os problemas de pesquisa são questões do tipo “como ou por que”, quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em um contexto de vida real.

Conforme Yin (2005) existem diferentes estratégias que podem ser utilizadas nos estudos de caso, dependendo das condições do estudo: tipo de pesquisa proposta, grau de controle do pesquisador sobre os eventos comportamentais atuais, grau de enfoque nos acontecimentos contemporâneos em oposição a acontecimentos históricos. Para a escolha das estratégias deve-se levar em conta o problema de pesquisa apresentado. A definição do problema de pesquisa é a etapa fundamental a ser considerada em um projeto de pesquisa.

Na condução do estudo de caso, um dos passos essenciais é a coleta de evidências. Para Yin (2005), as evidências são as informações e, estas podem ser provenientes de várias fontes, entre elas, a entrevista, na qual se caracteriza por ser uma técnica de interação social, expressa por uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca obter dados, e a outra se apresenta como fonte de

informação. A entrevista pode ter caráter exploratório ou ser uma coleta de informações. De acordo com Yin (2005) a entrevista pode se apresentar de diferentes formas estruturadas, mais livres ou baseadas em uma conversa dirigida pelo pesquisador.

A partir da fase da coleta das evidências, outro passo importante do estudo de caso, conforme Yin (2005) é a análise dos dados coletados. Esta fase consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, testar ou recombina as evidências. Cada estudo de caso deve definir uma estratégia analítica geral, estabelecendo prioridades do que deve ser analisado e o motivo.

As estratégias analíticas gerais sugeridas pelo autor são: seguir a proposição teórica que gerou o problema de pesquisa; definir e testar explicações concorrentes e, desenvolver uma estrutura descritiva a fim de organizar o estudo de caso. Explicar um fenômeno significa estipular um conjunto presumido de elos causais em relação a ele. Entretanto, nem sempre constitui tarefa simples identificar esses nexos e refletir sobre os dados levantados.

Nesse sentido, faz-se importante descrever as principais características que fazem parte do contexto onde a pesquisa se desenvolve, permitindo assim, o conhecimento por parte dos leitores em que local, tempo e sujeitos fazem do universo pesquisado.

## 2.1 CONTEXTO

A pesquisa ocorreu no município de Caçapava do Sul, situado na Região da Campanha do Estado do Rio Grande do Sul. Seu nome tem origem na língua Tupi-guarani e significa “clareira na mata”. A história da cidade remonta ao período da Revolução Farroupilha, seu primeiro registro data de 1770, em que foi designada segunda capital farroupilha, pela sua localização estratégica nos pampas, participando da construção da história do nosso Estado.

A colonização da cidade foi formada por portugueses, negros e índios que aqui povoavam a região. A geografia do local possui uma topografia de relevos e serras, denotando um solo rico em minérios, explorados através das jazidas de cobre, calcário, entre outras.

O Município possui 33.690 mil habitantes, sendo que 75,4% da população residem na zona urbana da cidade, 51,5% é do sexo feminino e 48,5% é do sexo



masculino e a maior parte da população encontra-se na faixa etária entre jovem e adulta, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Quanto à economia do município, a base é o setor primário da pecuária, agricultura, indústria e mineração. A população municipal também se mantém através da indústria caseira, onde se destacam a extração de mel, o vinho de laranja, os doces e o artesanato em lã. Na área da agroindústria, destaca-se a produção de leite e seus derivados. Entretanto, há falta de indústrias ou empresas que possibilitem o acesso formal ao mercado de trabalho para grande parte da população urbana.

O município possui extensão territorial de 3.047.126 km<sup>2</sup> e pode ser dividido em quatro regiões, sendo a Sul, caracterizada pelos bairros: Vila Sul, Promorar, Vila Pereira e Nossa Senhora de Fátima as mais vulneráveis do município. Nestes bairros, entre eles destaca-se a Vila Sul, contexto dessa pesquisa, onde a população apresenta maiores índices de vulnerabilidade social tais como: pobreza extrema, falta de habitação e desemprego ou emprego informal. Além disso, observam-se situações frequentes de drogadição, violência, exploração do trabalho infanto-juvenil, entre outras dificuldades apresentadas pela população à rede de atendimento municipal deste local.

Os serviços públicos municipais que existem no Bairro Vila Sul, onde a pesquisa ocorreu são: a Escola Municipal Nossa Senhora das Graças, o Posto de Estratégia de Saúde da Família e o Centro de Referência da Assistência Social. A Escola foi inaugurada em 1978, onde anteriormente funcionava um matadouro para abate de animais. Suas salas foram ampliadas ano após ano ao redor de uma quadra de esportes e no ano de 2018, possui 559 alunos matriculados. Possui 49 docentes e funciona em três turnos, no matutino ensino fundamental e médio, à tarde educação infantil e no noturno educação de jovens e adultos. A escola executa diversos programas e projetos, tais como: Programa Mais Educação, Programa Mais Alfabetização – de ordem governamental, Projeto União faz a vida e Projeto Votorantim de Educação relacionados a órgãos não-governamentais. A escola promove ainda, projetos relacionados à educação, cultura e arte como o Festival Estudantil Municipal da Canção (FEMUC), que está em sua 26<sup>o</sup> edição incentivando e desenvolvendo os talentos de canto e música das crianças e jovens da comunidade e de todo o Município.

O Posto de Estratégia de saúde da família foi construído onde outrora havia uma Creche Municipal. Seu funcionamento iniciou no ano de 2005 e denomina-se Professora Araci Tolfo. Sua denominação é uma tradição da cidade de nominar os órgãos públicos com nomes de professores do quadro de servidores Municipais. Atualmente, o Posto de Saúde possui ao todo 15 funcionários, entre eles um recepcionista, uma enfermeira, uma médica, uma dentista, duas auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de serviços gerais e seis agentes comunitários de saúde. Os programas desenvolvidos neste serviço são de atenção básica à saúde, o Programa Saúde na Família (PSF) e as demais ações preconizadas pelo governo federal no âmbito da saúde pública.

O CRAS, é uma unidade da assistência social, responsável pela oferta de serviços de proteção social básica a famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social através de ações de prevenção e resgate de autonomia e garantia de direitos. O CRAS foi fundado em dezembro de 2009 e possui, atualmente, 979 famílias cadastradas. O quadro de funcionários conta com uma coordenadora, uma psicóloga, uma assistente social, uma recepcionista, oito orientadores sociais e dois estagiários. Os programas e projetos desenvolvidos pela unidade são: Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e a Equipe Volante.

Outros dados relevantes em relação à comunidade são relacionados ao número de famílias beneficiárias do Programa de transferência de renda do governo federal – Programa Bolsa Família, que são de mil novecentos e sessenta e nove (1969), representando aproximadamente 13,32% da população do Município, segundo dados da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. O número total de famílias do Município cadastradas no Cadastro Único do Governo Federal para receber o auxílio é de quatro mil e oitocentos e cinco (4.805). Este benefício caracteriza-se, na maioria dos casos, na única fonte de renda das famílias. O número percentual de famílias beneficiárias do Programa de Transferência de Renda – Programa Bolsa Família é de 16% da população do Município.

## 2.2 SUJEITOS, INSTRUMENTOS DA PESQUISA E TRATAMENTO DOS DADOS

Os participantes da pesquisa foram dois grupos distintos – famílias e profissionais. O grupo das famílias foi composto por seis famílias beneficiárias do Programa de Transferência de Renda do Governo Federal – PBF. Três famílias estavam recebendo o recurso do programa, por estarem em situação de cumprimento das condicionalidades e três estavam com os recursos suspensos por descumprimento dessas regras. As famílias foram selecionadas a partir do Programa Sistema de Condicionalidades do Programa Bolsa Família (SICON), utilizado pelas equipes técnicas das Unidades de atendimento do Programa para o acompanhamento das famílias beneficiárias. Através da plataforma de busca da pessoa responsável pela família, foi possível pesquisar as famílias que estavam em descumprimento das condicionalidades, no período de janeiro a junho de 2018 e, a localidade que elas residiam. Foi possível imprimir uma lista destas famílias, na qual as participantes foram selecionadas de forma aleatória. As famílias em situação de cumprimento das condicionalidades foram selecionadas da mesma forma, apenas alterando a condição de busca para cumprimento das condicionalidades.

A partir da impressão das listas com a identificação das famílias, ocorreu a visita domiciliar por parte da pesquisadora em cada uma das famílias que foram os sujeitos da pesquisa. Foram duas visitas domiciliares por dia, uma no turno da manhã e outra à tarde, durante duas semanas. A abordagem inicial consistiu na apresentação da pesquisa, na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), autorização para gravar ou escrever as respostas e na realização da entrevista propriamente dita.

A entrevista consistiu em um questionário (APÊNDICE B) que possuía: dados de identificação da família, composição familiar, questões referentes aos integrantes da família, tais como: se havia pessoas deficientes, idosas ou gestantes e quais os serviços que frequentavam e sua avaliação dos mesmos. Além disso, as questões contemplavam ainda: condições habitacionais, educacionais, de trabalho e renda, de saúde e de convivência familiar e comunitária.

Outro grupo de participantes da pesquisa foram oito profissionais de cada uma das políticas públicas básicas. Foi realizada por parte da pesquisadora uma lista com os nomes dos profissionais que atuam em diferentes áreas dos seguintes

serviços: Estratégia de Saúde da Família, Escola, Centro de Referência da Assistência Social e Conselho Tutelar. As áreas em que os profissionais atuam são: enfermagem, medicina, agentes comunitárias de saúde, orientadora escolar, professora, assistente social, nutricionista, e conselheira tutelar. Os serviços listados acima estão em funcionamento e atendem às famílias do Bairro Sul do Município de Caçapava do Sul. A escolha de cada profissional seguiu o critério de disponibilidade dos mesmos para participarem da pesquisa. Após a identificação dos profissionais, através de contato telefônico com cada um desses foram agendadas entrevistas individuais com os mesmos.

No momento da entrevista com cada profissional houve a apresentação da pesquisa, o aceite de participação, através da assinatura do TCLE. A entrevista ocorreu baseada em um roteiro (APÊNDICE C) cujas questões referiam-se às atividades desenvolvidas, às principais demandas, às dificuldades enfrentadas, os pontos positivos, os pontos negativos, à percepção de rede e às sugestões que apresentava.

Quanto à análise dos dados, primeiramente as entrevistas realizadas foram transcritas e posteriormente, foi construído um painel para as entrevistas realizadas com o grupo das famílias e outro, para o grupo de profissionais. As várias leituras, de forma repetida e reiterada das respostas, permitiram analisar semelhanças e diferenças em cada discurso.

A partir dos dados colocados em perspectiva foi possível identificar as respostas dadas por cada grupo e realizar o levantamento do perfil de cada grupo e nas respostas quais se repetiam, se havia ou não semelhança, ou até mesmo as que se destacavam.

A análise dos dados foi realizada, primeiramente, a partir do perfil das famílias e logo após dos profissionais. A emergência de temas foi relacionada com a teoria existente sobre os mesmos. Por fim, foi realizado o levantamento dos dados referentes à rede de atendimento e a sua resolutividade.

### 3 AS FAMÍLIAS E AS DIFERENTES POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BÁSICAS

#### 3.1 AS FAMÍLIAS DA VILA SUL

A família por natureza é dinâmica e mutante. Seus meandros são marcados por características específicas e peculiares que atravessam o tempo e a história dos indivíduos que a formam. O cenário político e social de cada momento histórico é determinante das mudanças observadas nas famílias até a contemporaneidade. Constata-se que os fatores que incidem sobre esses agrupamentos humanos são múltiplos e de várias ordens, alguns destes são citados por Osório (1996), tais como: ambiental, econômico, cultural, religioso e estes determinam as diferentes composições familiares.

Uma das mudanças mais significativas ocorridas com relação à família refere-se ao seu conceito, pois não é possível aludir a sua definição somente levando-se em conta o critério de consanguinidade. Osório (1996) menciona que a expressão “família”, na atualidade, não é passível de conceitualização, mas sim de descrições, sendo difícil defini-la ou encontrar algum elemento comum a todas as formas com que se apresenta. Mesmo assim, o autor propõe compreender família como uma unidade básica de interação social, sendo essa uma forma geral e sintética de apresentá-la. Segundo ele, família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais: aliança (casal), filiação (pais) e consanguinidade (irmãos).

Outra definição de família, que corresponde à dinamicidade observada nas configurações familiares do cotidiano é a de Mioto (2002) que alude ao núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos.

Alguns autores citam o termo família no plural referindo-se à multiplicidade étnico-cultural que embasa a composição demográfica brasileira (NEDER, 2005; WAGNER et al., 2011). A trajetória da família ao longo do tempo é perpassada pela questão cultural sendo um dos principais fatores que remonta à composição familiar. Existiram ao longo da história, influências do cenário social, histórico e político vivido em determinadas épocas. Um exemplo é o modelo europeu de família patriarcal, dito tradicional, da qual deriva posteriormente, a família burguesa no século XIX. Os

papéis assumidos por homens e mulheres na família também sofreram alterações devido a estas influências.

A família é a primeira instituição com a qual os indivíduos mantêm contato e estabelecem relações, sendo ela responsável pela educação e socialização de seus membros. Conforme Batista (2012) dentre as funções da família estão a promoção da socialização e a educação dos filhos, a provisão financeira e a geração de proteção e afeto. As funções das famílias se estendem também a ensinar os filhos os valores éticos e culturais, regras, papéis e crenças.

Neste capítulo, apresento de forma narrativa as entrevistas realizadas no andamento da pesquisa. Ao fazer isso, utilizo fragmentos das falas das famílias que considero mais significativos. Cada entrevista durava em média em torno de uma hora, algumas chegaram a ultrapassar uma e meia a duas horas. As falas permaneceram na sua forma original, para apresentar o mais verdadeiro possível à própria voz das entrevistadas.

As questões colocadas eram divididas em vários grupos. O primeiro referia-se à identificação da família (pessoa que estava respondendo ao questionário, sexo, idade, estado civil, etc.) após, havia questões sobre a composição familiar (quem residia no domicílio, idade e parentesco com as pessoas de referência). Outros grupos de perguntas aludiam à presença de pessoas com deficiência, gestantes ou idosos na casa e quais os serviços na área da saúde, educação e assistência social, respectivamente, que frequentavam e o que consideravam como pontos positivos, negativos e sugestões em cada serviço apontado.

A formulação exata das questões variava de família para família, pois em algumas foi preciso formular a questão de forma diferente para que chegasse ao entendimento do que estava sendo questionado. Assim, por exemplo, não fazia sentido perguntar para a família quais os serviços que a família frequentava, pois a resposta seria casual e distante da realidade, então se fazia necessário, portanto, perguntar se ela frequentava o posto de saúde, para somente depois reconstruir com sua ajuda, todos os serviços de saúde que a família costumava utilizar. Esta é uma das questões importantes dos questionários abertos, pois possibilita a riqueza de falas não estandardizadas e que levam em conta as peculiaridades de cada família, suas expressões e formas de vivenciar a realidade.

No quadro abaixo é possível verificar de forma simplificada o perfil das famílias pesquisadas, sua descrição geral e principais características.

Quadro 1 - Perfil das famílias entrevistadas

Nº. Família	Idade - mãe	Idade - pai	Nº de filhos	Renda Familiar	Situação Programa Bolsa Família	Presença de pessoa na família com deficiência	Presença de pessoa na família idoso
1	47 a	58 a	03	R\$954,00	Suspenso	Não	Sim
2	33 a	-	02	R\$300,00	Suspenso	Não	Não
3	34 a	38 a	01	R\$450,00	Suspenso	Não	Não
4	36 a	38 a	03	R\$350,00	Regular	Não	Não
5	36 a	-	05	R\$954,00	Regular	Sim	Não
6	34 a	38 a	04	R\$ 489,00	Regular	Não	Não

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base no levantamento dos questionários realizados com as famílias entrevistadas.

De forma geral, uma das primeiras constatações das entrevistas realizadas com as famílias, foi que a pessoa responsável por estas são as mães, foram as mulheres que responderam aos questionários. A idade média das participantes dessa pesquisa foi de 37 anos. Em todas as entrevistas realizadas, os filhos são do mesmo pai, embora este seja ausente dos lares ou quando se encontra no lar parece ser uma figura invisível, pois sua presença é imperceptível na casa ou até mesmo no discurso da mãe.

Este primeiro dado da pesquisa encontra ressonância no panorama das famílias a nível nacional. Um levantamento realizado pelo IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002), baseado no Censo de 2000, sobre o perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil, traz como um dos indicadores o crescente número de mulheres que assumiram a responsabilidade pelos domicílios, ou seja, elas representam 12,9% das brasileiras que são responsáveis por 24% dos domicílios no país.

A média de filhos das famílias entrevistadas é de três filhos por família, a idade média é de 7,6 anos. A literatura, tais como Carter e Macgoldrick (2005), Fernandes e Curra (2006) e Savassi (2011) descrevem que nas famílias de classe social baixa, alguns fenômenos contribuem para encurtar as fases do ciclo de vida: em primeiro lugar, a gravidez ocorre precocemente, geralmente na fase da adolescência e com isto, as fases de casamento e nascimento do primeiro filho dão

lugar a famílias com filhos pequenos. Tendo que estudar ou trabalhar, as adolescentes e adultas jovens deixam seus filhos com as avós, até que cheguem à adolescência e, por sua vez, passem a ter seus próprios filhos. A estrutura, geralmente monoparental, e a aglomeração de gerações sob um mesmo teto faz com que famílias populares tenham ciclos de vida abreviados, de até três fases, que são descritas abaixo:

Quadro 2 - Fases familiares

Fase do ciclo	Característica
Família composta por jovem adulto	Adolescentes são levados a buscar formas de subsistência fora de casa ou são fonte muito explorada de ajuda, tornando-se um adulto sozinho, que cresce por conta própria, sem que outro adulto se responsabilize por ele. Começa muito precocemente, por volta dos dez anos de idade.
Família com filhos pequenos	Ocupa grande parte do ciclo, incluindo dentro da mesma casa três ou quatro gerações. As tarefas desta fase se misturam: formar um sistema conjugal, assumir papéis paternos e reorganizar os papéis com as famílias de origem.
Família no estágio tardio	É mais raro ocorrer um ninho vazio de fato, uma vez que os idosos costumam ser membros ativos da família, com papel de sustentar e educar as gerações mais novas. As mulheres tornam-se avós precocemente mesmo que ainda estejam consolidando sua fase reprodutiva e reconstruindo sua vida afetiva. Esta é a fase que mais vem crescendo ao longo dos anos.

Fonte: Carter e Mcgoldrick (2005).

Para as autoras acima citadas, a adaptação das famílias pobres multiproblemáticas a um rígido contexto político, social e econômico produziu um padrão de ciclo de vida familiar que varia significativamente em relação ao paradigma de classe média tão frequente e erroneamente utilizado para conceitualizar a sua situação. Uma das principais características do ciclo vital familiar das famílias pobres é a redução de fases comuns a todas as famílias e a dificuldade de superar os múltiplos problemas de seus membros, excedendo a capacidade de seus membros de lidar com tais circunstâncias, necessitando de intervenção dos serviços e programas, muitas vezes, oferecidos pelo Estado através das políticas públicas.

Alguns dados desse estudo podem ser corroborados pela pesquisa realizada a nível nacional, a partir de dados do Cadastro Único, sobre o perfil socioeconômico dos beneficiários do Programa Bolsa Família ao longo de dez anos e publicado pelo



Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (CAMPELLO; NERI, 2013). Neste estudo, a idade média dos responsáveis familiares é de 35,1 anos. Segundo o estudo, é possível haver mulheres em situação de vulnerabilidade na medida em que não podem contar com a rede de apoio familiar para manutenção e o cuidado da família (CAMPELLO; NERI, 2013).

A primeira família entrevistada, denominada de Família 1, ocorreu no domicílio, estavam na casa, no momento da entrevista, a avó (que estava deitada no quarto), os filhos (estavam sentados em um beliche na sala), o pai (que estava no fundo do pátio organizando material de construção) e a mãe, que finalizava as tarefas na cozinha, logo após o almoço. Inicialmente, a mãe convidou-nos para entrar e se acomodar na sala, onde havia um sofá de dois lugares, duas cadeiras e o beliche onde os filhos estavam sentados, jogando nos celulares. O filho mais novo da família estava na escola. O domicílio é extremamente pequeno, apenas um dormitório, uma cozinha (sem janelas), a sala e um banheiro. A mãe verbaliza logo de início que os filhos estão utilizando a sala como dormitório, desde a chegada da avó materna, que está doente e foi residir com eles há aproximadamente seis meses. Os filhos adolescentes, apenas cumprimentam a entrevistadora, porque a mãe insistiu e não responderam a nenhum comentário ou tentativa de interação. A avó desperta e vem para a sala participar da entrevista, mas pouco interage, pedindo para a filha responder. Quando questionada sobre qual a enfermidade da idosa, a mãe responde que ela possui várias doenças e descreve uma a uma, entre elas a falta de memória. Eis um breve trecho da entrevista:

“Ela esta cada vez pior de sua saúde, por isso, está morando aqui. Essa noite quase colocou fogo na casa, ligou a chaleira elétrica no fogão a gás, e esqueceu ligada, vocês não sentiram o cheiro de queimado? limpei, mas ainda dá para senti, acordei com o cheiro” (Família 1, 04/06/2018).

A família possui dificuldades econômicas, a renda do Programa Bolsa Família foi suspensa, pois o filho de 16 anos não estava frequentando a escola. No momento da entrevista, a renda era proveniente do salário de aposentadoria recebido pela avó. O pai não está trabalhando, apenas realiza trabalhos informais quando surgem. A casa onde a família reside foi adquirida através de Programas de Habitação realizados pela Prefeitura Municipal há muitos anos atrás. A família reside em área de intenso tráfico de drogas, na semana anterior a entrevista, uma sobrinha

da avó havia sido assassinada por envolvimento em conflitos com criminosos e um dos filhos da avó está preso por tráfico de drogas.

Esta foi à única família em que a avó fazia parte da composição familiar. Entretanto, no território onde foi realizada a pesquisa percebe-se que este número se amplia. Segundo dados do Relatório de Informações Sociais do Município de Caçapava do Sul (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2018) o território de abrangência do CRAS, possui 346 idosos que recebem benefício assistencial e residem com seus familiares.

Nesta família constata-se outro fator que é cada vez mais frequente no Brasil. Atualmente, 12 milhões de famílias são sustentadas financeiramente pelos avôs, segundo o IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Observa-se que com a longevidade, os idosos têm assumido a responsabilidade de cuidar dos netos e não somente esse papel, mas também constituir-se como principal fonte de renda das famílias. Essa é uma das possibilidades de configuração familiar e por sua especificidade, impacta a realização dos papéis e funções dos membros da família e ocasiona transformações no desenvolvimento de todos os indivíduos.

O envelhecimento da população tem sido cada vez mais expressivo em nosso país e de acordo com Oliveira e Silva (2012) representa um desafio à sociedade, pois influencia o consumo, a transferência de bens, o mercado de trabalho e acima de tudo a organização familiar. Conforme as autoras:

Até pouco tempo estudos apontavam que os idosos eram vistos como ônus financeiro ou mesmo como um “fardo” para a família. Porém, hoje uma parcela significativa de idosos consegue manter não só os próprios sustentos, como também amparar sua família por meio de ajudas financeiras (OLIVEIRA; SILVA, 2012, p. 136).

Ainda conforme as autoras, dialogando com outros autores como Coutrim (2006), afirmam que o idoso busca ser valorizado, principalmente pelas famílias a que pertencem e as transferências de valores podem ser uma ajuda concedida por eles como forma de obterem atenção da família e se mostrarem ativos, capacitados e independentes.

Conforme o Estatuto do Idoso, estabelecido pela Lei nº. 10.741 de 2003, no artigo 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003a).

Os cuidados com o idoso são obrigações deferidas à família, entretanto, observa-se que não é uma tarefa simples na convivência familiar, principalmente quando este idoso se apresenta com alguma dificuldade física ou mental, para cumprir tal tarefa exige que a rede de apoio da família esteja ativa e possa dar suporte às principais demandas.

Ainda, neste mesmo sentido, Gonçalves e Guará (2010), propõem uma tipologia de rede baseada nas múltiplas necessidades dos seres humanos e subdividem em: redes primárias ou de proteção - mantidas pelo princípio de solidariedade e de apoio mútuo e são representadas pelo núcleo familiar, pelas relações de amizade e vizinhança; as redes sociocomunitárias – constituídas por organizações comunitárias, por associações de bairro, cujo princípio norteador é a confiança; as redes sociais movimentadas – formadas por grupos sociais, cujo objeto gira em torno da garantia de direitos; as redes setoriais públicas – formadas pelos serviços garantidos pelo Estado; redes de serviço privado – formadas por serviços especializados fornecidos pela iniciativa privada; redes regionais caracterizadas por serviços ofertados de forma regional e redes intersetoriais que são aquelas compartilhadas por serviços governamentais e não governamentais, do setor público ou privado tendo em vista o atendimento integral das demandas sociais.

Este último tipo de rede apresentado pelo autor, ou seja, as redes intersetoriais possuem relação com os dados emergidos nesta pesquisa, pois são estabelecidas a partir dos serviços preconizados pelas políticas públicas em cada área.

Na definição de família considerada na legislação (Decreto nº. 6.135/2007; Lei nº. 10.836/2004) pertinente aos programas sociais, encontra-se a questão da renda como um dos componentes a ser considerado, pois diz:

Família é uma unidade nuclear composta por um ou mais indivíduos, eventualmente ampliada por outros indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todos moradores em um mesmo domicílio (BRASIL, 2004a).

O Decreto nº. 6135, de 26 de junho de 2007, regulamenta o Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal e no artigo 2º refere seu conceito aludindo a um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda, a ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do Governo Federal voltados ao atendimento desses, entre eles, está o Programa de Transferência de Renda denominado Programa Bolsa Família (BRASIL, 2007).

As famílias que participaram da pesquisa são beneficiárias do Programa Bolsa Família, portanto, faz-se necessário descrever sobre suas principais diretrizes. O Programa Bolsa Família foi instituído pela Lei nº. 10.836 de 9 de janeiro de 2004 e possui como finalidade a unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as do Programa Nacional de Renda Mínima vinculada a educação – Bolsa Escola, do Programa Nacional de Acesso à Alimentação, Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde – Bolsa Alimentação, entre outros. O Programa Bolsa Família constitui uma política intersetorial voltada ao enfrentamento da pobreza, ao apoio político e a emancipação das famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica, requerendo para sua efetividade cooperação inter-federativa e coordenação entre as diferentes políticas (BRASIL, 2004a).

O Decreto nº. 8.794 de 29 de junho de 2016, regulamenta a Lei que cria o Programa Bolsa Família e institui o Programa Brasil Sem Miséria do Governo Federal e encontra-se em vigor nos dias de hoje (BRASIL, 2016). Na sua redação atual, as famílias são consideradas pelo critério de renda quanto a sua situação social. São designadas famílias extremamente pobres, aquelas cuja renda per capita é de até R\$ 89,00 (oitenta e nove reais) e famílias pobres aquelas que possuem renda per capita de R\$ 89,01 até R\$ 178,00 (cento e setenta e oito reais).

A intersetorialidade do Programa Bolsa Família centra-se no princípio descrito na referida Lei, no artigo 3º, na qual descreve que para a concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades relativas ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional e de saúde, à frequência escolar de no mínimo 85% em estabelecimento de ensino regular.

Os benefícios do Programa Bolsa Família são constituídos de: a) benefício básico – direcionado para unidades familiares em situação de extrema pobreza; b) benefício variável – unidades familiares que tenham gestantes, crianças de zero a

doze anos, adolescentes até quinze anos; c) benefício variável adolescente – unidades familiares que possuam adolescentes de dezesseis a dezessete anos.

No quadro que apresenta o perfil das famílias, observa-se que três famílias estão com os benefícios suspensos, isto significa que não estão recebendo o repasse financeiro realizado pelo Governo Federal. No caso dessas famílias, o motivo para a suspensão do benefício ocorreu em função do descumprimento das condicionalidades da educação, ou seja, os filhos, cadastrados no Programa Bolsa Família não estão frequentando a escola, portanto, o repasse fica suspenso até a verificação por parte da equipe técnica do Programa Bolsa Família da situação familiar.

A segunda entrevista ocorreu numa família cuja mãe (33 anos) é responsável pelas duas filhas (uma de 12 e outra de 9 meses). Relatou que reside com as filhas e que está separada do pai delas há seis anos, mas que num reencontro entre eles, acabou engravidando da filha mais nova. A residência parecia muito limpa e organizada, com móveis simples, mas numa condição melhor de vida, pois havia televisão, aparelho de som e computador que é utilizado pela filha mais velha. As filhas participaram da entrevista. A filha mais velha parecia bem falante, complementava as respostas da mãe. Questionada sobre seu benefício do Programa Bolsa Família estar suspenso, a mãe diz:

“Foi um erro meninas, a D. sempre vai a escola, eu não sei como aconteceu isso, ela não falta a aula, ela gosta muito de estudar, não falta nem um dia, até quando está chovendo, ela vai a escola, não sei o que aconteceu”. A menina complementa: “A diretora da escola disse para a mãe que foi um papel que elas escreveram errado, acho que foi isso” (Família 2, 05/06/2018).

A renda da família é proveniente da pensão das filhas, do Programa Bolsa Família e também de uma renda extra que a mãe costuma ter através da venda de pães caseiros.

O Decreto nº. 5.209 de 17 de setembro de 2014 regulamenta a Lei nº. 10.836/2004 que cria o programa. Este decreto, no artigo 4º, refere que os objetivos básicos do Programa em relação aos seus beneficiários são: a) promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial de saúde, educação e assistência social; b) combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; c) a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; d)

combater a pobreza; e, e) promover a intersectorialidade, a complementariedade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2004b).

O Programa Bolsa Família institui-se a partir da articulação e do acompanhamento das condicionalidades previstas, na qual, representam contrapartidas que devem ser cumpridas para a manutenção dos benefícios e possuem como pano de fundo estimular as famílias beneficiárias a exercerem seu direito de acesso a políticas públicas de saúde, de educação e assistência social promovendo a melhoria das condições de vida da população. O Decreto nº. 5.209/2014 alude à obrigação que cada esfera do poder público possui de garantir acesso pleno aos serviços públicos de saúde, educação e assistência social, por meio da oferta desses serviços, de forma a viabilizar o cumprimento das contrapartidas por parte das famílias beneficiárias do Programa (BRASIL, 2004b).

Outro objetivo específico das condicionalidades é identificar as vulnerabilidades sociais que afetam ou impedem o acesso às famílias beneficiárias aos serviços públicos que possuem direito, por meio do monitoramento de seu cumprimento. Janczura (2012) em seu artigo dialoga com vários autores que relacionam os conceitos de risco e vulnerabilidade social. Entre eles, estão Yunes e Szymansky, que destacam que os termos não são equivalentes, embora conservem uma relação entre si e referem:

A vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, vulnerabilidade não tem efeito. [...] Vulnerabilidade é um termo geralmente usado na referência de predisposição a desordens ou de susceptibilidade ao estresse (JANCZURA, 2012, p. 302).

Janczura (2012) a partir de outro autor, ressalta que o fator econômico, por si só, não constitui como de risco, contudo, a resolução das situações de vulnerabilidade reside essencialmente neste ponto.

A definição econômica da vulnerabilidade social, segundo Oliveira (1995, p. 9) é “insuficiente e incompleta” (p. 9), porque, em primeiro lugar, não especifica as condições pelas quais os diferentes grupos sociais ingressam no conjunto dos indivíduos ou grupos vulneráveis. Em segundo lugar, há indivíduos vulneráveis entre os índios, os negros, as mulheres, os nordestinos, os trabalhadores rurais, tanto assalariados quanto aqueles ainda na condição de posseiros, meeiros, as crianças em situação de rua, a maioria dos deficientes físicos, entre outros segmentos populacionais (JANCZURA, 2012, p. 303).

Outra autora que estuda sobre os conceitos de risco e vulnerabilidade social e os relaciona com o tema família é Sílvia Helena Koller. No seu artigo “Família em Vulnerabilidade Social: Rastreamento dos termos em terapeutas de família” refere sobre os conceitos:

Vulnerabilidade social é uma denominação utilizada para caracterizar famílias expostas a fatores de risco, sejam de natureza pessoal, social ou ambiental, que coadjuvam ou incrementam a probabilidade de seus membros virem a padecer de perturbações psicológicas. [...] Pode ser considerado como risco todo evento que se configure como obstáculo em nível individual ou contextual e que potencialize a vulnerabilidade inerente (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009, p. 404).

Os fatores de risco elencados pelos autores são, geralmente, relacionados a eventos de vida tomados como negativos, que podem desencadear resultados disfuncionais num determinado indivíduo ou sistema. A partir disso, os autores relacionam os conceitos e afirmam:

Frente aos riscos, o sistema familiar pode responder de forma ineficaz, não tendo condições de reagir funcionalmente e de estabelecer uma base saudável para seu desenvolvimento. Fontes de recursos estruturais que compõem a rede de apoio social e afetivo dessas famílias não conseguem mais ser acionadas de forma funcional e responsiva (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009, p. 404).

É possível inferir a partir dos conceitos das autoras que um dos possíveis riscos existente nas famílias que estão em descumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família constitui a ausência dos filhos à escola, pois este fato pode constituir em vulnerabilidade para as famílias no sentido de não conseguirem cumprir com sua principal função que é de cuidado e proteção, ocasionando a baixa escolaridade e gerando outras dificuldades para os indivíduos. A partir das entrevistas, as famílias expressam que os motivos para a ausência dos filhos da escola constituem principalmente o desinteresse nas aulas, quadros de doença na família, entre outras. No entanto, os serviços, principalmente os de educação e as políticas públicas nessa área são também responsáveis por esse fator de desistência e devem avaliar suas práticas de modo a compreender e evitar o abandono do adolescente da escola.

Prati, Couto e Koller (2009) descrevem que nas famílias vulneráveis existem diversos fatores que se constituem como desafios e necessidades e que - também, apresentam recursos que são vistos como os fatores de proteção que precisam ser

identificados, muitas vezes pelos serviços que realizam o atendimento dessas famílias, pois são os pontos de força e de equilíbrio que auxiliam na superação das dificuldades. Com isso, o conceito de:

Resiliência que se refere ao processo que atua na presença do risco e através do qual são produzidos resultados tão bons ou ainda melhores do que os obtidos na ausência de adversidade. Assim, a resiliência é revelada pela boa adaptação dos indivíduos ao seu contexto e à sua vida, mesmo diante de situações de risco (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009, p. 404).

Observa-se com frequência que a presença de fatores de proteção nas famílias é protelada nos atendimentos realizados nos diferentes serviços oferecidos pelo poder público, pois a evidência maior é referente aos fatores negativos apresentados pelas famílias dificultando o resgate da situação vivenciada. A família sente-se imersa na situação-problema, e tem sua capacidade de promover seu desenvolvimento menosprezada, pois muitas vezes acaba sendo julgada a partir de conceitos e valores dos profissionais dos serviços que as acompanha e não os percebe como iguais e sim como pessoas incapazes muitas vezes de dar conta de sua própria vivência.

A família pode ser compreendida a partir das relações que estabelece. O contexto social, econômico e político influenciam no bem estar do indivíduo e da família, por isso - as famílias não podem ser tomadas isoladamente (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007). Sabe-se que a família tem passado por muitas transformações nos últimos tempos, principalmente quanto ao seu conceito, que não pode ser definido apenas pelos laços de consanguinidade. Outras mudanças significativas referem-se à configuração das relações familiares.

Em um estudo realizado sobre as mudanças sofridas pela família na atualidade, as autoras Rizzini (2001) descrevem alguns indicadores de transformações significativas no âmbito desta instituição e o impacto gerado no desenvolvimento de seus membros a partir das tendências globais. Os indicadores podem ser visualizados no quadro a seguir.



Quadro 3 - Indicadores de mudanças do contexto das famílias

<b>Indicadores</b>	<b>Considerações</b>
As famílias tendem a ser menores;	Constata-se um declínio na taxa de fecundidade das famílias, diminuição do grupo de irmãos, assim como também das redes familiares.
A mobilidade das famílias tende a ser maior;	Aumento significativo das correntes migratórias devido, entre outros fatores, a busca de melhores oportunidades de qualidade de vida.
Há menos mobilidade para as crianças;	Diminuição do espaço de autonomia das crianças em contextos urbanos.
As famílias ficam menos tempo juntas;	Aumento considerável do número de familiares que trabalham. As mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho. Consequentemente, as crianças ficam mais tempo em creches e escolas, gerando um impacto sobre o tempo de interação adulto/criança.
Famílias tendem a ser menos estáveis socialmente;	Aumento do número de famílias chefiadas por mulheres, sem a presença do marido.
Os padrões de dependência entre gerações sofreram modificações;	As crianças eram valorizadas por sua capacidade de contribuir com a economia familiar e prover a seguridade dos membros mais idosos.
As dinâmicas dos papéis parentais e das relações de gênero modificaram-se;	Homens e mulheres deparam-se, cada vez mais, com demandas de papéis e funções que eram antes claramente definidas como de “pai” e “mãe”.

Fonte: Rizzini (2001).

Para as autoras a discussão desses indicadores e o impacto gerado na perspectiva do desenvolvimento de todos os membros e, por consequência, na sociedade não é simples e fácil, pois há uma gama de questões que afetam a vida familiar e seus valores possuem variações conforme a cultura que se inserem. O entendimento desses indicadores é fundamental para o debate e o fomento das ações em termos de políticas públicas básicas, pois este constitui o objetivo e o público-alvo destas.

As mulheres sempre desempenharam um papel central nas famílias, mas o fato de elas terem um ciclo de vida a parte de seus papéis como esposas e mães é relativamente recente. A principal expectativa em relação às mulheres tem sido a de que elas cuidariam das necessidades dos outros, primeiro dos homens, das crianças e depois dos idosos. Porém, essa é uma das principais mudanças relacionadas às famílias, pois a taxa de natalidade tem sofrido uma queda nos últimos anos, na medida em que cada vez mais as mulheres se concentram em trabalho e educação.

Carter e Macgoldrick (2005) assinalam que com a revolução sexual, a mudança de paradigma de família significou, com relativa frequência, um novo tipo de liberdade para os homens e um novo tipo de armadilha para as mulheres, pois pode ser extremamente difícil para elas mudar seu *status quo*, ocasionando estresse e culpa por não conseguirem fazer aquilo que cresceram acreditando ser sua obrigação.

Carvalho (1998) escreveu um artigo que discute a questão da chefia feminina e destaca que esta questão possui três aspectos principais: o fenômeno é cada vez maior na América Latina; cresce, preferencialmente, entre os grupos mais empobrecidos; e, tem revelado uma vulnerabilidade particular aos contextos de recessão econômica e implantação de programas de ajustes econômicos.

O ponto crucial é que quando a mulher assume a responsabilidade do lar ocorrem modificações importantes no jogo das relações de autoridade. Acosta e Vitale (2008) discutem sobre os papéis que tradicionalmente o homem e a mulher ocupam na família. Sabe-se que o homem é o provedor e deveria garantir para os demais membros o teto e os alimentos, mas quando essa função não ocorre abala a base do respeito que lhe devem seus familiares e tenderão a buscar uma compensação através da substituição da figura masculina por outros homens na rede familiar.

As mulheres responsáveis familiares ocupam papel central na administração dos recursos da família, como também para a potencial superação da condição de pobreza. Na legislação, observa-se que esta é uma diretriz do Programa Bolsa Família, pois conforme a Portaria 177, de 16 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), que define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, há a determinação que o “[...] responsável familiar seja um dos componentes da família, morador do domicílio com idade mínima de 16 anos e, preferencialmente, do sexo feminino” (BRASIL, 2011a).

Uma das pesquisas sobre a autonomia da mulher enquanto responsáveis familiares geraram o livro: “As vozes do Bolsa Família” (REGO; PINZANI, 2013) em que as autoras abordam dois eixos: o primeiro eixo é a deferência de responsável familiar para a mulher, o que reforçaria ainda mais seu papel de cuidadora e protetora das crianças, deixando em segundo plano o papel do homem com relação a essa mesma função e, no segundo eixo, está a mulher constituir-se a responsável familiar, conquistando a sua autonomia e promovendo o seu desenvolvimento,

garantindo o direito à cidadania e retirando-se a condição de subalternidade financeira ao marido.

As questões de autonomia e gênero são extremamente pertinentes quando se refere às mulheres que são na sua maioria responsáveis familiares em programas de transferência de renda. Isto, porque a existência ou a mera possibilidade de as mulheres entrevistadas exercerem alguma soberania sobre a própria vida e tomarem decisões que lhe dizem respeito é, por si só, uma das mais complexas e difíceis de ser analisada e exigiria uma análise sociológica que não é o foco nesse momento. Entretanto, faz-se necessário ressaltar que o fato da dominação masculina sobre as mulheres, em nossa cultura, possui desdobramentos políticos. Conforme Rego e Pinzani (2013), esse mecanismo requer instituições sociais e culturais que a apoiam e reproduzam e que operam fundamentalmente sobre suas emoções e sentimentos, não apenas por meio de ações imediatas.

Um dos fatores principais na questão da autonomia está relacionado à renda. A partir da análise dos dados levantados observa-se que em 80% das famílias a renda principal é garantida pelo Programa de Transferência de Renda Bolsa Família e em 20% das famílias o pai complementa a renda com trabalho informal. As mulheres declararam que são donas de casa e realizam atividades ocasionais e esporádicas de trabalho informal. Quando questionadas sobre a importância do Programa Bolsa Família todas as famílias afirmaram ser fundamental para as suas subsistências, principalmente porque elas são as responsáveis por administrar esse dinheiro e isso dá a elas segurança. Entretanto, essa constitui apenas uma garantia de acesso ao mínimo para suas necessidades básicas o que não substitui a autonomia que deveriam ter através do emprego ou da geração de renda.

De acordo com a pesquisa realizada pelo IPEA, esse dado pode ser comparado ao estudo sobre o perfil de famílias realizado nacionalmente, que indica que a maioria das famílias beneficiárias encontra-se na extrema pobreza (74%), ou seja, tendo a renda familiar *per capita* de até oitenta e nove reais (R\$89,00) e esta constitui a fonte regular de obtenção de rendimento (CAMPELLO; NERI, 2013).

A escolaridade do pai e da mãe das famílias entrevistadas é outro dado relevante, pois 90% das mulheres possuem o ensino fundamental incompleto e 10% não é alfabetizada. Entre os homens, 70% possuem ensino fundamental incompleto e 30 % não é alfabetizado. No tocante à escolaridade dos filhos, o quadro abaixo,

demonstra os dados referentes à distorção idade-série das crianças e adolescentes das famílias entrevistadas em idade escolar.

Quadro 4 - Distorção Idade/série das crianças e adolescentes da pesquisa

Família	Idade da criança	Série em que a criança/adolescente está matriculada	Ano de acordo com a Idade
Família 1	12 anos	6º ano – Ens. Fundamental	7º ano – Ens. Fundamental
<b>Família 2</b>	<b>12 anos</b>	<b>5º ano – Ens. Fundamental</b>	<b>7º ano – Ens. Fundamental</b>
<b>Família 3</b>	<b>16 anos</b>	<b>8º ano – Ens. Fundamental</b>	<b>2º ano – Ens. Médio</b>
	13 anos	7º ano – Ens. Fundamental	8º ano – Ens. Fundamental
	8 anos	4º ano – Ens. Fundamental	4º ano – Ens. Fundamental
Família 4	16 anos	1º ano – Ens. Médio	2º ano – Ens. Médio
	13 anos	7º ano – Ens. Fundamental	8º ano – Ens. Fundamental
	6 anos	1º ano – Ens. Fundamental	1º ano – Ens. Fundamental
<b>Família 5</b>	<b>16 anos</b>	<b>7º ano – Ens. Fundamental</b>	<b>2º ano – Ens. Médio</b>
	11 anos	6º ano – Ens. Fundamental	6º ano – Ens. Fundamental
	8 anos	3º ano – Ens. Fundamental	3º ano – Ens. Fundamental
Família 6	12 anos	7º ano - Ens. Fundamental	7º ano - Ens. Fundamental
	7 anos	1º ano - Ens. Fundamental	2º ano – Ens. Fundamental

Fonte: Elaborado pela autora.

No quadro é possível verificar que são os adolescentes das Famílias 2, 3 e 5 que se encontram em distorção idade-ano, isto é, estão em atraso escolar. As famílias 2 e 3 estão com os benefícios do Programa Bolsa Família suspensos, em decorrência dos filhos adolescentes não frequentarem a escola.

De acordo com a Lei nº. 9394/1996, a faixa etária de escolarização obrigatória vai dos 4 aos 17 anos. Por lei, aos 4 anos, a criança deve ingressar na pré-escola, aos 6 anos, no ensino fundamental e, aos 15 anos, no ensino médio (BRASIL, 1996). Nota-se que os dados da pesquisa são confirmados com os dados a nível nacional, pois de acordo com o Censo Escolar 2017, 12% dos estudantes dos anos

iniciais do ensino fundamental têm dois ou mais anos de atraso escolar. Nos anos finais do fundamental, o índice passa a 26% e, no ensino médio, chega a 28% (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA, 2017).

Conforme Panorama da distorção idade-ano no Brasil, realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF):

A distorção idade-série é um fenômeno cumulativo que tem início nos primeiros anos do ensino fundamental e se arrasta por toda a trajetória escolar de meninas e meninos, que vão sendo deixados para trás. Uma parcela deles deixa de frequentar a escola já no ensino fundamental, outra alcança o ensino médio com muitas dificuldades de aprendizagem e muitos não conseguem concluir a jornada escolar com qualidade e na idade esperada (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2018, p. 04).

Esses dados são pesquisados por diversos autores que relacionaram o desempenho escolar e o Programa Bolsa Família, principalmente no quesito distorção idade-ano.

Um dos autores é Ribeiro e Cacciamali (2012, p. 498) que retratam:

O fenômeno da defasagem escolar não pode ser reduzido às variáveis socioeconômica das famílias já que a quantidade e a qualidade das escolas, o ingresso no mercado do trabalho, as características individuais observáveis e não observáveis são também determinantes importantes.

Dessa forma, a defasagem escolar deve ser um assunto que necessita ser aprofundado nas discussões da escola e envolver todos os atores envolvidos, pois diz respeito a um problema que gera dificuldade no âmbito do desenvolvimento dos indivíduos.

Outros autores são Cireno, Silva e Proença (2013) que publicaram um estudo intitulado “Condicionalidades, desempenho e percurso escolar de beneficiários do Programa Bolsa Família” no qual avaliam o impacto da exigência da condicionalidade da educação no desempenho escolar das crianças e adolescentes, inclusive sobre a distorção idade/ano e concluíram que há fatores envolvidos nesta questão, tais como:

O primeiro diz respeito ao efeito direto que a condicionalidade exerce na promoção da frequência escolar e na expansão da oferta de educação. O segundo, ao efeito indireto da melhoria da renda nas condições de vida da família, o que, conseqüentemente, pode gerar melhorias na educação das crianças (CIRENO; SILVA; PROENÇA, 2013, p. 298).

Ao verificar o que os fatores citados pelos autores, nota-se a questão da renda que deveria ser um dos fatores sendo garantido, pois oportunizaria aos adolescentes estarem na escola. Entretanto, essa premissa não parece ser suficiente para garantir sua permanência na escola. É necessário examinar que outros fatores estão engendrados no abandono escolar, o que compete à escola e à família nesse processo.

Observa-se nas famílias entrevistadas a ideia expressa por Ribeiro e Cacciamali (2012) no tocante à realidade vivida pelas famílias pobres, pois necessitam dos rendimentos de todos os membros que estejam aptos ao trabalho, assim, tão logo quanto possível, seus adolescentes são impelidos para o trabalho. O ingresso precoce no mercado de trabalho pode levar ao abandono da escola e à repetição do ciclo de vida familiar, no sentido de que na vida adulta, ocasionaria a baixa escolaridade e, por conseguinte, os baixos rendimentos salariais.

Ao analisar a questão da escolaridade, observa-se que as famílias não percebem a educação como um direito garantido a todo o cidadão. Freire (2000) ao descrever sua experiência como secretário de educação do Estado de São Paulo, refere que o analfabeto sabe mais que ninguém a importância de saber ler e escrever, para sua vida como um todo, no entanto, o fato em si de saber ler e escrever não vai contribuir para garantir alterar suas condições de moradia, alimentação e trabalho, para tal, é necessário que se façam mudanças estruturais na sociedade.

O nível de instrução dos pais é fator determinante na formação educacional dos filhos, segundo pesquisa realizada pelo IBGE e publicada em 2016. Segundo os dados analisados, entre os pais que não eram alfabetizados aos 15 anos, 23,6% dos filhos também não eram na mesma idade e apenas 4% completaram o nível superior posteriormente. Entre os pais com nível superior completo, apenas 0,5% dos filhos não tinham instrução aos 15 anos, enquanto 69,1% também completaram o nível superior. O levantamento foi realizado com pessoas a partir dos 25 anos e que moravam com o pai aos 15 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

O fator escolaridade possui impacto no rendimento médio dos trabalhadores, segundo o IBGE (2016), de acordo com autores já citados, no tocante à relação escolaridade e nível salarial. Entre os pais que não têm instrução, o valor vai de setecentos e dezessete reais (R\$ 717,00) para quem não tem pai instruído a dois mil

e trezentos e vinte e quatro reais (R\$ 2.324,00) para quem tem pai com nível superior completo. Na população de trabalhadores com nível superior completo, a renda varia de dois mil e seiscentos e três reais (R\$ 2.603,00), quando o pai não tem instrução, a seis mil e setecentos e trinta e nove reais (R\$ 6.739,00) quando o pai possui nível superior.

De acordo com Ribeiro e Cacciamali (2012) o Programa Bolsa Família pretende com a condicionalidade de educação, promover o acesso e a permanência das crianças e adolescentes em situação de pobreza na escola, com a finalidade de que obtenham níveis de escolaridade superiores aos de seus responsáveis, que, em sua maioria, são analfabetos absolutos ou funcionais, justamente devido à ausência do poder público, que carrega dívida histórica com essa parcela da população.

Sabe-se que nas bases do Programa Bolsa Família, segundo a sua legislação, as condicionalidades se justificam pelo contexto histórico de desigualdades vivenciadas pelas famílias em situação de pobreza. São compromissos assumidos pelas famílias do PBF e, em especial, pelo poder público, a fim de que este contribua para elevar a efetivação do direito à educação e à saúde dessas famílias.

Na terceira família entrevistada, a mãe possui 33 anos, e residem na casa com ela, o marido e a filha de 16 anos. A mãe conta que possui outros três filhos, mas que não residem com ela (dois são casados e um reside com o pai biológico). No momento da entrevista, o marido estava na cozinha fazendo o almoço. A filha estava no quarto, ainda não tinha acordado. Atualmente, a renda do Programa Bolsa Família foi suspensa por descumprimento da condicionalidade de frequência escolar da filha. A mãe diz:

“Nenhum dos meus filhos gosta de estudar, eles vão até um pouco e depois não querem mais saber da escola, puxaram a mim, eu também não gostava de estudar, e não tem jeito, a cabeça é fraca, ela não incomoda, fica quieta na dela, não sai para rua, mas não quer mais estudar” (Família 3, 04/06/2018).

A mãe parecia muito introvertida, de poucas palavras, respondia inicialmente as perguntas de forma monossilábica, somente com muita estimulação falava sobre os assuntos. Relatou que há cinco anos realiza tratamento para depressão, através de medicamentos e psicoterapia e, que esteve muito doente, com dificuldades para fazer a auto-higiene, cuidar dos filhos e dos afazeres da casa. Na entrevista, os

traços depressivos da mãe ficaram muito evidentes, pois demonstrou pouca expressão, evitava o olhar direto, estava desarrumada e apática. Parecia não ter forças para responder a entrevista.

Uma das situações percebidas nessa família e que se repete em outras famílias entrevistadas refere-se ao processo de saúde/doença. Uma das funções executadas pela família é a proteção e o cuidado entre seus membros. De acordo com Batista (2012), a família pode representar tanto fonte de suporte quanto de estresse para seus integrantes, pois o apoio proveniente da família é bastante significativo na superação de problemas, e por outro lado, os conflitos com pessoas tão próximas podem gerar grande estresse dificultando o enfrentamento da crise.

As autoras Carter e Mcgoldrick (2005) descrevem que a família vivencia um ciclo de vida que passa por várias fases ao longo do tempo. Em cada uma dessas fases existem situações emblemáticas, que podem ser denominadas de crises e que vão exigir dos membros da família a sua resolução. As enfermidades que surgem ao longo do ciclo vital familiar podem ser consideradas uma dessas crises. Para as autoras, o resultado do enfrentamento dessas crises gera em seus membros ou a estagnação ou o desenvolvimento, pois é necessário realizar a adaptação a cada nova fase do ciclo de vida familiar.

A ideia das autoras citadas acima remete ao conceito de resiliência que as famílias possuem frente a uma situação de dificuldade e que deve ser ressaltada como fator positivo de enfrentamento das dificuldades.

Outro ponto em comum das famílias relatadas até o momento refere-se ao assunto da educação, no tocante à questão do descumprimento das condicionalidades. Conforme determina o Decreto nº. 5.209, de 17 de setembro de 2004, a manutenção do benefício depende do cumprimento das condicionalidades, cabendo às diversas esferas de governo garantir o acesso pleno aos serviços públicos de saúde, educação e assistência social, por meio da oferta desses serviços, de forma a viabilizar o cumprimento das contrapartidas por parte das famílias beneficiárias do Programa. Além disso, o Decreto 5.209/2004 garante que não podem ser penalizadas com a suspensão ou cancelamento do benefício às famílias que não cumprirem as condicionalidades previstas, quando não houver a oferta do respectivo serviço ou por força maior ou caso fortuito (BRASIL, 2004b).

Mais recentemente, compreendendo que a lógica dos efeitos gradativos de condicionalidades recaía mais sobre as famílias e responsabilizava menos o poder



público, foi publicada, em 2012, nova Portaria de Condicionalidades. De acordo com a atual Portaria nº 251, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a), os efeitos no benefício das famílias continuam a ser gradativos e aplicados de acordo com os descumprimentos identificados no histórico da família, mas nenhuma família terá o benefício cancelado por descumprimento reiterado de condicionalidade sem que antes seja acompanhada pela assistência social. Isso se dá justamente porque o objetivo da aplicação dos efeitos gradativos sobre o benefício financeiro não é o de punir a família ou o jovem em descumprimento de condicionalidades, mas responsabilizar o poder público em identificar os motivos do descumprimento e direcionar esse público às ações sociais específicas.

Essa Portaria formaliza os avanços na concepção das condicionalidades ao longo destes anos de implementação, ao mesmo tempo em que justifica seu acompanhamento em contexto de desigualdades no acesso a serviços básicos. Por isso, almeja-se, com as condicionalidades, promover o acesso das famílias aos serviços públicos de educação, saúde e assistência social, e garantir, especialmente, que o poder público se responsabilize pela oferta desses serviços de forma regular e adequada.

As famílias entrevistadas verbalizam que serem beneficiárias do Programa Bolsa Família possui impacto positivo para o seu desenvolvimento. De outra parte, sabe-se que o objetivo do Programa não é punir quem não cumpre com as condicionalidades. Porém, as famílias da pesquisa que estão em descumprimento das condicionalidades e tiveram os recursos suspensos, assim estão para que seja verificada qual a situação ocorrida e que seja acompanhada pelos serviços públicos nas suas necessidades.

Compreende-se que o correto acompanhamento das condicionalidades permite identificar situações de risco, de vulnerabilidade e de inadequação na oferta dos serviços públicos, que estejam dificultando o acesso das famílias às políticas de educação e de saúde. Na realidade, o processo de acompanhamento das condicionalidades evidencia desigualdades no acesso a esses serviços básicos e reorienta a atuação e o olhar do poder público para a promoção da inclusão dessas famílias, que historicamente apresentam maiores dificuldades no exercício de seus direitos.

A Portaria nº 251/2012 ressalta:

A concretização do direito à educação compreende responsabilidades compartilhadas entre Estado, sociedade e indivíduos, e que compete, especialmente, à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o papel de oferecer os serviços básicos de educação, de forma digna e com qualidade, elemento fundamental para a inclusão das famílias beneficiadas (BRASIL, 2012a).

Além disso, enfatiza que a escola é: um espaço de construção de conhecimento, formação humana e proteção social às crianças e adolescentes, e que o baixo índice de frequência escolar é um dos indicadores de situação de risco que deve ser considerado na definição de políticas de proteção à família. O acompanhamento bimestral da condicionalidade de educação é uma rotina complexa que:

Envolve o exercício de atribuições complementares e coordenadas no âmbito da União, estados e municípios, que deve ser realizada por meio da conjugação de esforços entre os entes federados, observadas a descentralização e a intersetorialidade entre as políticas de Educação, Saúde e Assistência Social (BRASIL, 2012a).

Na área de educação, de acordo com Portaria Interministerial do Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Cidadania (MDS) nº 3.789, de 18/11/2004 (BRASIL, 2004c) o MEC é o responsável pela coordenação da condicionalidade de educação, nos estados essa atribuição é de competência das coordenações estaduais da frequência escolar e, nos municípios das coordenações municipais da frequência escolar, ambos indicados pelos gestores das secretarias de educação. Conforme o MEC, cerca de 160 mil escolas em todo o país possuem pelo menos um beneficiário do Programa Bolsa Família, sendo 72 mil escolas com maioria de estudantes beneficiários do Programa Bolsa Família.

O processo de acompanhamento da condicionalidade de educação, bem como seus desdobramentos a partir do descumprimento da condicionalidade, compreende um conjunto de quatro atividades centrais, conforme o artigo 1º da Portaria nº 251/2012:

A identificação do público com perfil para acompanhamento das condicionalidades de educação (6 a 17 anos); a coleta de informações, pelo estado e/ou pelo município, no que couber, e o registro periódico no Sistema Presença, disponibilizado pelo MEC; a aplicação dos efeitos decorrentes do descumprimento da condicionalidade de educação; e a sistematização de informações sobre famílias do PBF com crianças e adolescentes em situação de descumprimento de condicionalidades para subsidiar o acompanhamento por outras políticas públicas, de forma a reduzir as vulnerabilidades identificadas (BRASIL, 2012a).

No processo de coleta e registro da frequência escolar dos beneficiários do PBF no Sistema Presença, segundo a Portaria Interministerial MEC/MDS nº 3789/2004, para cada criança e adolescente que descumpra a condicionalidade de educação, as redes de educação identificam e registram os motivos relacionados à baixa frequência (BRASIL, 2004c). Tais motivos são selecionados com base numa listagem fixa. Entre os que não geram efeitos sobre o benefício das famílias, somente aqueles relacionados a situações de doença do aluno, óbito na família, fatores que impedem o deslocamento à escola, situação coletiva que impede a escola de receber seus alunos, discriminação no ambiente escolar, e outros, que provocam efeitos no benefício e podem indicar situações de vulnerabilidade e risco no âmbito das relações familiares e sociais, tais como situação de rua, trabalho infantil, gravidez precoce, violência, abuso sexual, abandono escolar, negligência dos pais, entre outros.

De acordo com Agatte e Antunes (2014) em estudo publicado sobre o tema, os motivos da baixa frequência escolar identificados pelas unidades escolares, especialmente os que geram efeitos sobre o benefício das famílias, mais relacionados às questões sociais e familiares, são importante fator de integração entre as políticas de educação e de assistência social, para o desenvolvimento de um trabalho intersetorial que identifique quais circunstâncias têm dificultado o acesso e a permanência na escola das crianças e adolescentes do PBF.

De acordo com a descrição preconizada pela legislação referente ao Programa, quanto ao acompanhamento a ser realizado pela equipe técnica da assistência social, as famílias beneficiárias do PBF são consideradas prioridade para a realização do trabalho social. Segundo o Manual de Orientações Técnicas do CRAS (BRASIL, 2009a) o trabalho social consiste em pensar e planejar ações que envolvam a família como um todo, evitando atendimentos de forma segmentada. As ações devem estar pautadas na prevenção, proteção e na proatividade. Ainda conforme o Manual é importante ressaltar que:

Não se pode deixar de citar as dificuldades no trabalho social, como por exemplo a ausência de rede de proteção social no território ou famílias que recusam atendimento ou acompanhamento. A equipe também precisa estar preparada para estas ocorrências, que merecem análises e registros com objetivo de colocar em discussão com a gestão, visando encontrar formas de superá-las e aperfeiçoar o trabalho (BRASÍLIA, 2009a, p. 32).

O trabalho social com as famílias beneficiárias do PBF exige a articulação com a escola e com os demais serviços que compõem a rede de atendimento às famílias, com vistas a identificar possíveis características comuns e pontos que necessitem intervenção visando atingir de forma plena os objetivos preconizados.

O Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Rendas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), resolução nº. 07 da CIT, de 10 de setembro de 2009 (BRASIL, 2009b), orienta procedimentos aos estados e municípios com relação ao acompanhamento prioritário das famílias do PBF em descumprimento de condicionalidades com o benefício na fase de suspensão.

O fato de a família estar com o benefício na fase de suspensão indica que, em curto período de tempo, a criança e/ou o adolescente teve baixa frequência escolar reiteradas vezes, o que, além de sinalizar uma situação de vulnerabilidade ou risco, gera suspensão do benefício por dois meses, podendo agravar a situação de desproteção vivenciada pela família (BRASIL, 2009a, p. 12).

O acompanhamento/atendimento realizado pela assistência social se materializa por meio do PAIF. A partir da lista de famílias territorializadas por equipes de referência dos CRAS, os profissionais do PAIF iniciam o trabalho social com as famílias e registram as informações do atendimento e/ou acompanhamento familiar realizado no SICON. Sobre o tema:

O registro no SICON é importante porque possibilita o monitoramento das atividades desenvolvidas com as famílias, a fim de que as crianças e adolescentes voltem a acessar os serviços básicos de educação, ao mesmo tempo em que possibilita que a família tenha sua segurança de renda afiançada, pelo fato de estar em atendimento ou acompanhamento pelo PAIF ou PAEFI. Trata-se de mais uma ferramenta disponível no SICON, que permite à gestão municipal assegurar a renda de uma família em situação de vulnerabilidade e risco social quando ela estiver em acompanhamento pela área de assistência social (BRASIL, 2009a, p. 16).

De acordo ainda com o Protocolo de Gestão integrada (Resolução nº 07/2009), o descumprimento da condicionalidade, como indicador da vulnerabilidade da família, favorece a sinergia e a intersectorialidade entre a educação e a assistência social, com atuação focada nas famílias em situação de pobreza.

Entende-se que é necessário garantir que a ação de acompanhamento destas famílias pela Assistência Social seja respaldada pela manutenção da transferência de renda, de forma a não agravar a situação de

vulnerabilidade da família. A garantia de renda mensal articulada com a inclusão das famílias em atividades de acompanhamento familiar no âmbito do SUAS, bem como em serviços de outras políticas setoriais, é compreendida como a estratégia mais adequada para se trabalhar a superação das vulnerabilidades sociais que impedem ou dificultam que a família cumpra as condicionalidades previstas nos Programas (BRASIL, 2009c, p. 05).

Dessa forma, observa-se que a partir da legislação é compreendida a importância do trabalho a ser realizado com as famílias seja articulado entre os diferentes setores, pois a partir do entendimento teórico das legislações vigentes o indivíduo necessita ser compreendido na sua integralidade.

As entrevistas relatadas a seguir, são de famílias que estão em cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. A quarta família é composta pela mãe (34 anos), o companheiro (38 anos) e quatro filhos (12, 7, 2 anos e um de 18 dias, respectivamente). A mãe, um pouco sonolenta, nos recebeu numa manhã fria de inverno, no horário previamente agendado. A casa de apenas um cômodo estava com o fogão à lenha improvisado aceso. A mãe pediu licença por alguns minutos para vestir uma roupa quente e providenciar a mamadeira da filha mais nova. Quando questionada sobre o Programa Bolsa Família, diz:

“Esse dinheiro ajuda a comprar as coisas para as crianças, uma roupa, um calçado, os materiais para a escola deles, tudo... ajuda muito... assim tivesse essa ajuda quando a gente era pequena... não tinha passado tanto trabalho. Eu to sempre cuidando... porque eles não podem faltar à escola, a V. sempre vai... até com chuva... ela gosta de ir para a escola, tem a pesagem e as vacinas... to sempre cuidando” (Família 4, 05/06/2018).

A renda, atualmente da família, provém do trabalho informal do pai, que é auxiliar de pedreiro. Entretanto, em dias chuvosos não há trabalho e acaba dificultando a vida da família. A mãe recebe o programa Bolsa Família e relata: “[...] se não fosse esse dinheiro não sei o que seria da gente, porque a comida que é o básico não falta, não falta o arroz e o feijão nunca faltam”. As crianças estão em idade escolar frequentam a escola e a criança de 2 anos está aguardando vaga na escola de educação infantil do bairro.

Na quinta família entrevistada, reside à mãe (36 anos) gestante e cinco filhos (16,11,8,4, e 2 anos, respectivamente). A mãe é extremamente receptiva a entrevistadora, demonstra satisfação em responder as questões. No momento da entrevista, apenas duas filhas estão na casa, os demais estavam na escola. A mãe relata que o pai das crianças reside no interior e que ele costuma visitá-los duas

vezes ao ano. Todos os integrantes da família são portadores de deficiência. A mãe apresenta retardo mental leve, não conseguiu alfabetizar-se e os filhos apresentam diversas dificuldades, surdez, malformação congênita, retardo mental, cardiopatia, entre outras. A mãe é bastante falante, demonstra ansiedade no falar rápido e de forma prolixa. A casa onde residem possui dois dormitórios e uma cozinha. A mãe refere que a maioria dos tratamentos e atendimentos médicos (especializado) dos filhos é realizada fora do Município o que ocasiona viagens de duas a três vezes na semana. Diz:

“É tudo fora daqui, aqui não tem o médico que eles precisam, e de tanto viajar, já me acostumei na estrada, to sempre viajando com eles, mas tem que ser assim, faço tudo por eles” (Família 5, 07/06/2018).

Na família descrita acima, percebe-se o que as autoras Carter e Mcgoldrick (2005) descrevem sobre o impacto da doença crônica no sistema familiar, pois a doença crônica faz parte do sistema da família. Neste caso, não basta apenas olhar para a família que possui doença crônica, mas que lugar esta ocupa no sistema familiar e como os membros interagem a partir disso. As autoras citam que diferentes níveis de incapacitação dos membros da família exigem diferentes ajustamentos específicos necessários numa família. É importante considerar que sistemas externos à família, tais como os serviços de saúde, de assistência social e de educação são relações que ficam estreitadas com a família, pois irão fazer parte do sistema familiar não só pela questão dos seus objetivos fins, mas pelo suporte que a família exigirá.

Na sexta família entrevistada reside a mãe gestante (36 anos), o pai (38 anos) e os três filhos (16, 13 e seis anos, respectivamente). De todas as famílias entrevistadas, esta é a que reside em situação mais precária, pois algumas das paredes da casa são improvisadas com lonas. Não há banheiro. Há um dormitório e uma sala com poucos móveis. Não tem roupeiro, as roupas ficam empilhadas ao lado das camas. A cozinha é feita de telhas de zinco e não tem piso. No dia da entrevista havia chovido e a casa estava com muitos pontos de goteira. A mãe inicia a entrevista falando sobre as péssimas condições da casa, mas ao mesmo tempo sorri dizendo:

“Acho que o pobre não tem vez, olha a gente passa muito trabalho aqui, vocês conhecem a casa, não tem mais como morar aqui, muito menos com as crianças, e nada se resolve” (Família 6, 07/06/2018).

A mãe relata que há anos busca auxílio para construir sua casa, refere que seu caso já está na justiça e que mais cedo ou mais tarde vai se resolver. A renda da família provém do Programa Bolsa Família e do trabalho informal do marido no corte de lenha. Os filhos interagem durante a entrevista e participam. A filha (13 anos) diz quando questionada sobre a escola:

“Eu gosto muito de ir à escola, é muito bom aprender, participar das atividades, tem muita coisa boa lá” (Família 6, 07/06/2018).

Ao se analisar a situação de algumas famílias abordadas nessa pesquisa emerge um ponto importante que se refere ao planejamento familiar. Em 1996, um projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. Segundo o Manual da área técnica de saúde da mulher (BRASIL, 2003b), elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), a Lei estabelece que as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura.

Do ponto de vista formal, essa medida democratiza o acesso aos meios de anticoncepção ou de concepção nos serviços públicos de saúde, ao mesmo tempo que regulamenta essas práticas na rede privada, sob o controle do SUS. Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) através do artigo 2º que trata sobre os princípios fundamentais.

Entretanto, conforme o Manual da área técnica de saúde da mulher (BRASIL, 2003b), ainda hoje o quadro de uso dos métodos de anticoncepção reflete algumas distorções da oferta dos mesmos no país desde a década de 60, quando ela foi iniciada pelas entidades privadas de controle da natalidade, tendo como métodos

quase exclusivos a pílula e a laqueadura de trompas. Salientamos que o planejamento familiar, com conhecimento dos métodos e livre escolha, é uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 1984. Portanto, dentro dos princípios que regem esta política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes. Cabe aos profissionais dos serviços de saúde o diálogo com as famílias sobre as informações acerca do planejamento familiar.

### 3.2 AS FAMÍLIAS DA VILA SUL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BÁSICAS

Historicamente as políticas públicas nasceram nos Estados Unidos, conforme descreve Souza (2006) em uma revisão da literatura a respeito do tema. No momento de seu surgimento, as políticas públicas transcenderam as etapas de tradição europeia nos seus estudos e pesquisas que se referiam à análise do Estado e suas instituições e preteriram a forma de organização do governo. Na Europa, a área das políticas públicas surge relacionada ao desdobramento dos trabalhos baseados em teorias sobre o papel do Estado. Nos Estados Unidos, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relação com as bases teóricas sobre o papel do Estado.

O Estado, para fins de definição, é considerado de acordo com Boneti (2011), como agente de organização e de institucionalização (no sentido de estabelecimento de regras, normas e valores) de decisões originadas no debate público entre diversos agentes. Cabral (1999) analisa que o Estado possui três objetivos: 1) institucional – garantia de ordem interna e segurança externa; 2) social - de maior justiça e igualdade (equidade) e, 3) econômica – de estabilização e desenvolvimento. A partir desta classificação, as políticas institucionais abrangeriam a segurança pública e os direitos humanos, as políticas sociais, foco do nosso interesse, nela estariam a educação, saúde, assistência social, cultura, previdência, entre outras e, a política econômica - financeira, orçamentária e de desenvolvimento.

No artigo intitulado “Estado e políticas (públicas) sociais”, Höfling (2001) cita o Estado como o conjunto de instituições permanentes – como órgãos legislativos, tribunais, exército entre outros - que possibilitam a ação do governo. E, Governo, como o conjunto de programas e projetos que parte da sociedade (políticos,



técnicos, organismos da sociedade civil, entre outros) propõem para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação pública de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado em determinado tempo.

De acordo com Souza (2006), podem-se considerar quatro os principais fundadores da área das políticas públicas: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton.

Laswell (1936) introduz a expressão *policy analysis* (análise de política pública) [...] Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada aos decisores públicos. [...] Lindblom (1959; 1979) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e análise de políticas públicas. [...] Easton (1956) contribuiu para a área ao definir a política pública como um sistema [...] (SOUZA, 2006, p. 23).

Na literatura, encontra-se várias formas de conceituar políticas públicas, entre elas, esta a de Crispino (2016) que alude a um somatório de inúmeras variáveis (construto) e seus significados poderão ser tão diversos quanto os valores, ideologias, conceitos, éticas, etc. de seu formulador.

O conceito de política pública não existe por si só, nem por fatores externos. É delimitado pelos múltiplos fatores de conexão entre ações que contribuem para fazer dela – a política pública – o centro de equilíbrio das trocas sociais diversas. No entendimento de Cabral (1999), o termo políticas públicas, de forma geral, refere-se ao exercício de poder em meio a interesses conflitantes para a realização do interesse público, independente do aparelho do Estado e normativas legais.

As políticas públicas, como citado, são ações que nascem no contexto social, mas que passam pela esfera estatal como uma decisão de intervenção pública numa realidade social. As políticas públicas são criadas e colocadas em prática a partir de uma determinada concepção de sociedade ou de uma fundamentação teórica. Conforme Boneti (2011), essas concepções fundamentam a elaboração e efetivação das políticas públicas.

As políticas sociais básicas, segundo Cabral (1999), correspondem a obrigações constitucionais do Poder Público (estruturais) e devem atender a todos os casos, sem exceção (universais). É o caso da educação, saúde, habitação, cultura, lazer, entre outras. Na visão deste autor, a assistência social se diferencia das demais políticas públicas básicas, pois possui o caráter conjuntural, ou seja, depende de situações passageiras e é destinada a quem dela necessitar.

A partir da Constituição Cidadã de 1988 instituiu-se um reordenamento das relações socioinstitucionais na gestão das políticas públicas. A gestão das ações sociais públicas passa a ancorar-se na parceria entre Estado e sociedade, pois preconiza a descentralização das políticas públicas, requerendo o rompimento com antigas concepções e práticas que ainda permeiam as ações socioassistenciais em diferentes áreas.

A descentralização referida acima consiste em transferir competências a unidades menores da administração, mantendo-se uma parte das competências e funções centralizadas, visando garantir a coerência das atividades públicas e a participação social (JEFFREY, 2015).

A participação social refere-se à constituição de conselhos deliberativos, cuja função principal é fiscalizar e acompanhar as ações governamentais e não governamentais e propor diretrizes e ações a partir das prioridades estabelecidas pela população na qual representam. De acordo com sua natureza, conforme Cabral (1999), os conselhos são formuladores de políticas e controladores de ações, logo não desenvolvem de forma direta programas, projetos ou mantêm serviços, eles detêm o poder regulamentar administrativos e no exercício dessas atribuições de gestão são deliberativos e não consultivos, isto é, com potencialidade de exigibilidade.

A Constituição Federal de 1988 inaugura uma nova forma de estruturação das políticas públicas básicas, pois descentraliza a forma de execução das ações do âmbito federal para o municipal e, além disso, insere nesse formato de gestão a participação da comunidade através dos conselhos municipais, cuja função principal é acompanhar, fiscalizar e aprovar as ações de cada uma das políticas públicas em âmbito municipal, propondo e definindo prioridades dentro das diretrizes de cada realidade local (BRASIL, 1988).

O ECA, Lei nº 8189/1990m constitui um dos principais ordenamentos jurídico e brasileiro, que possui como objetivo principal garantir a proteção integral da criança e do adolescente (BRASIL, 1990a). Este objetivo significa que o público alvo desta legislação é titular de direitos e deve-se atentar para a sua condição de pessoa em desenvolvimento. Dentre os princípios basilares desta lei, está a prioridade absoluta que alude à primazia de receber atenção e socorro, precedência no atendimento público, preferência na formulação e execução das políticas e destinação privilegiada de recursos públicos.

Cabe aqui ressaltar que o ECA, através do seu artigo 2º, define como criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990a).

Outro princípio do ECA (BRASIL, 1990a), constitui a descentralização político-administrativa com obediência ao princípio da municipalização, preconizado pela Constituição Federal que outorga ao Município o poder de determinar e solucionar suas próprias demandas, de acordo com as diretrizes estabelecidas em comum.

O ECA remete à expressão “política” num sentido de articulação de estratégias e ações, visando dar efetividade as mesmas. Para Cabral (1999), uma “política de atendimento de direitos” – manifestada como estratégia de qualificação do atendimento direto de necessidades básicas, como direito e garantia destes, pode ser considerada como parte de um verdadeiro sistema estratégico jurídico-político-institucional para garantir os direitos da criança e do adolescente que articula e integra tanto: a garantia do acesso a serviços/atividades, o acesso à justiça e ao controle social. Esta concepção do Estatuto, de ser uma reforma social tem nas políticas públicas sua expressão máxima e retrata o espaço estruturador de uma organização social que busca garantir de modo universal os serviços públicos básicos ao conjunto da população e de modo prioritário às crianças e adolescentes.

O artigo 87, do ECA define:

São linhas de ação da política de atendimento:

I – Políticas sociais básicas;

II – Políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo para aqueles que dela necessitarem;

III – Serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV – Serviços de identificação e localização de pais, responsáveis, crianças e adolescentes desaparecidos;

V – Proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1990a).

A partir desta enumeração, pode-se observar a hierarquia de importância e abrangência das diversas linhas da política de atendimento. No topo da lista, as políticas sociais básicas que são estruturais e universais, ou seja, correspondem às obrigações constitucionais do Estado e devem atender a todos os casos, são universais. Em seguida, as políticas de assistência social que possuem caráter conjuntural, e dependem das circunstâncias vividas no momento para serem

efetivadas. E, por fim, os serviços especiais são aqueles citados pelo Estatuto como de proteção jurídico e devem ser assegurados pelo Sistema de Garantia de Direitos.

As famílias que participaram da pesquisa citaram serviços, programas e ações na área da saúde, que podem ser classificados em: municipalizados e especializados. Os serviços citados como municipalizados, são aqueles executados no âmbito local, ou seja, no próprio município conforme tipifica a legislação. E as ações especializadas são regionalizadas, ou seja, a oferta do serviço é realizada em centros de atendimento a nível regional que extrapolam o âmbito municipal. O quadro 5 abaixo demonstra a visualização das respostas das famílias, no tocante aos serviços de saúde. A letra “E” utilizada na coluna das falas dos sujeitos são algumas representações das falas das entrevistas realizadas e o número correspondente à família entrevistada.

Quadro 5 - Identificação das respostas das famílias quanto aos serviços de saúde

<b>Serviços de Saúde</b>	<b>Descrição</b>	<b>Tipos de serviços citados</b>	<b>Falas dos sujeitos</b>
Municipalizados	Serviços executados em âmbito Municipal	Posto de Saúde, Centro Materno Infantil, CAPS	E1: “O posto me encaminhou para tratamento no CAPS, já faz dois anos” E2: “Sempre procuro o posto de saúde para consultar, aqui em casa todos vamos ali” E3: “Agora consulto no Centro Materno Infantil, lá a gente é bem atendido pela ginecologista e outros profissionais”.
Especializados	Serviços referenciados pelo Município para execução em outras cidades ou grandes centros	Hospital Santa Casa (Porto Alegre, RS), Hospital Moinhos de Vento (Porto Alegre, RS), Hospital Universitário de Santa Maria (Santa Maria, RS)	E5: “Ela sempre foi muito bem atendida lá, eles são profissionais, se ela esta viva é por causa deles”; E4: “se não tivesse o tratamento lá não sei se ela estaria viva”.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre os serviços municipalizados citados pelas famílias estão o Posto de Saúde, o Centro Materno Infantil e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O Centro Materno Infantil foi inaugurado no Município de Caçapava do Sul, no dia 21 de dezembro de 2017 e conta com profissionais especializados nas áreas de: obstetrícia, pediatria, enfermagem e nutrição. O público-alvo para atendimento nesta

unidade são as gestantes e crianças até dois anos de idade. A criação deste local especializado para atendimento ocorreu baseado na determinação do Ministério da Saúde, através do Programa Rede Cegonha.

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), fundamenta-se nos princípios da humanização e da assistência, que asseguram às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças, o direito a nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Em consonância com os princípios da Rede Cegonha, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil resultou da integração das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), que foram lançadas em 2008 e 2009, respectivamente, com a finalidade de promover a reflexão da prática da atenção à saúde de crianças de 0 a 2 anos de idade e a capacitação dos profissionais de saúde, por meio de atividades participativas, incentivando a troca de experiências e a construção do conhecimento a partir da realidade local. As ações da nova Estratégia são fomentadas pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição e pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, que vêm colaborar com as iniciativas para a atenção integral da saúde das crianças e integrar as redes de atenção em saúde.

O CAPS, segundo a Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002b), constituem-se unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. É substitutivo ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios). No Município de Caçapava do Sul, existe somente um CAPS em funcionamento desde 2008 e realiza atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. A equipe de profissionais é composta de dois médicos psiquiatras, dois psicólogos, um assistente social, um

enfermeiro, dois técnicos em enfermagem, um recepcionista e dois monitores que realizam atividades de artesanato e recreação.

No âmbito dos serviços especializados, as famílias citaram os Hospitais que, por sua vez, são definidos a partir da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Portaria nº. 3.390, de 30 de dezembro de 2013 no artigo 3º define:

Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013).

E, o artigo 4º:

Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea (BRASIL, 2013).

Esses artigos definem a função do Hospital na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a atenção especializada realizada através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde efetuada em ambiente ambulatorial, que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. São demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica – as chamadas tecnologias especializadas – e devem ser preferencialmente ofertadas de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada. Conforme o Ministério da Saúde, tem a função de promover coordenadamente serviços especializados em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno, porém a insuficiência de oferta e a demanda excessiva pelas ações especializadas acabam dificultando o sistema.

O Ministério da Saúde prevê que a população alvo da atenção especializada seja formada por pessoas que apresentam, naquele instante, a necessidade de cuidados diferenciados e muitas vezes mais intensivos que no nível primário e cuja

atenção deve ser qualificada, a fim de atender e resolver os principais problemas demandados pelos serviços de saúde. As demandas de saúde das famílias entrevistadas nesta pesquisa enquadram-se nessa modalidade de atendimento.

Ainda no tocante à área da saúde, as famílias avaliaram os serviços da qual se utilizam, conforme exemplificado no quadro abaixo, a avaliação realizada pelas famílias cita os pontos positivos, tais como: Interesse dos profissionais, acolhida no serviço e o atendimento realizado. As famílias identificaram como pontos negativos: o trabalho dos agentes de saúde e a dificuldade para acessar consultas médicas e como sugestões para os serviços citaram o acesso a médico e especialistas. Na coluna, à direita, encontra-se as falas das famílias entrevistadas.

Quadro 6 - Avaliação das famílias dos serviços de saúde

(continua)

	<b>Grupo de respostas</b>	<b>Falas dos Sujeitos</b>
<b>Positivos</b>	- Interesse dos profissionais;	E2: “Se não fosse a ajuda deles não sei como seria, porque não sei ler, então tudo dificulta”; E3: “O Dr. me trata há anos, desde jovem, sempre acertou comigo”; E4:” Eu consulto com a médica, ela é muito boa para a gente, conversa sobre tudo e lembra da gente quando vamos lá”; E5: “A doutora vem aqui em casa, acho isso muito importante, porque vê a nossa realidade”.
	- Acolhida no serviço;	E1: “Lá eles te tratam muito bem, te explicam o que fazer”; E3: “Os profissionais lá são muito atenciosos, sempre recebem a gente muito bem”.
	- Atendimento realizado;	E2: “O atendimento lá é bom, chega e já é atendido, não precisa esperar muito tempo”; E4: “Muito bom o atendimento lá, já fazem dois anos que me trato e não tenho queixas”.
<b>Negativos</b>	- Trabalho dos agentes de saúde	E1: “Nem lembro qual foi à última vez que a agente de saúde esteve aqui”; E2: “A agente de saúde não vem aqui em casa, vem aqui na vizinha e não vem na minha casa, não sei por que, antes ela vinha”; E3: “Fazem mais de três meses que a agente de saúde não vem aqui em casa.
	- Dificuldade de consultas médicas	E2: “Quando tem médico, tem que dormir para tirar ficha, e como a gente doente vai ficar lá de madrugada?” E3: “Vamos no posto somente quando tem que consultar, mas está cada vez mais difícil, porque não agendam é por ficha”; E4: “Teria que ter mais médicos, é muita gente para consultar e a doutora só atende quatro pacientes por dia”

## Quadro 6 - Avaliação das famílias dos serviços de saúde

(conclusão)

<b>Sugestões</b>	- Acesso a médico e especialistas	E1: "Acho que poderia ter mais médicos para atendimento das pessoas"; E2: "Acho que poderia ter ginecologista, porque é uma dificuldade conseguir consulta, demora muito para ser chamado e quando chama às vezes já está muito doente"; E 3: "Não tem pediatra para as crianças e as vezes tu vê teu filho sofrendo, tu corre e só dizem que não tem como marcar".
------------------	-----------------------------------	---

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir desse grupo de respostas destacamos, primeiramente, os pontos positivos citados pelas famílias nos serviços de saúde, ou seja, o interesse dos profissionais, a acolhida nos serviços e o atendimento realizado pelos profissionais. As práticas de humanização em todos os atendimentos realizados no sistema de saúde iniciaram em 2003, através da Política Nacional de humanização (BRASIL, 2004d), que definiu a humanização como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas, através do princípio da transversalidade. Este, por sua vez, traduz-se por reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Uma das diretrizes principais da PNH (BRASIL, 2004d), refere-se ao acolhimento que é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento sustenta a relação entre equipes/serviços e usuários/populações, trazendo o valor das práticas de saúde. É construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a



construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

O acesso aos serviços de saúde foi discutido por Assis e Jesus (2012), no artigo que faz uma revisão teórica sobre o tema. Para os autores, o acesso aos serviços é multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção em saúde. Na dimensão política, estão os formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde, a pactuação entre as instâncias de poder, envolvendo governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ou privados e instituições formadoras de recursos humanos em saúde, através do acompanhamento do processo e da tomada de decisão partilhada entre os diferentes sujeitos com representação política e, com transparência no processo decisório.

Quanto à dimensão econômica, Assis e Jesus (2012) relacionam os investimentos na rede pública por nível de complexidade (básico, médio e alta complexidade), com a definição das responsabilidades de financiamento por esfera de poder (federal, estadual e municipal). A dimensão relacionada à organização da rede de saúde sustenta-se na capacidade dos serviços de saúde em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. Para tanto, é necessário fortalecer a "porta de entrada" no nível básico da atenção, demarcando os fluxos dos atendimentos organizados a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social.

A quinta e última dimensão de análise do acesso, a simbólica, adentra no campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, envolvendo a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam para ofertar a atenção loco-regionais.

Ao analisar as dimensões citadas por Assis e Jesus (2012) no acesso dos usuários aos serviços de saúde nota-se que é preciso identificar as barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas para proporcionar equidade na dinâmica da organização dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade do sistema. Para tanto, o processo de avaliação não pode prescindir da participação ativa e democrática dos sujeitos que produzem e consomem os serviços de saúde.

Dessa forma, dispositivos da integralidade da atenção como: acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e usuário, indicando um projeto terapêutico

compartilhado são elementos fundamentais para o acesso do usuário no sistema. Acolhimento pode ser compreendido, a partir das diretrizes da PNH, ou seja, como uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, o retorno, a remarcação e a alta. Por vínculo, Assis e Jesus (2012), entendem uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo, favorecendo outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde. E a autonomia, como processo de constituição de sujeitos humanos e autônomos, com capacidade de se auto-perceberem e perceberem o outro em sua dimensão individual e coletiva, atravessada pela criatividade e realização de solidariedade.

Nesse sentido, destaca-se a família cujos filhos possuem deficiência. O fato da mãe necessitar buscar tratamento médico para seus filhos fez com que conhecesse o sistema de saúde e, portanto, desenvolveu autonomia diante de suas necessidades.

As famílias citaram como fatores negativos referente aos serviços de saúde o trabalho dos agentes de saúde e as dificuldades de consultas médicas. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em vigor através da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, no seu artigo 2º, define atenção básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Esta legislação define quais os serviços responsáveis pela oferta da atenção básica, a estrutura necessária em cada um deles, a equipe de trabalho exigida e suas atribuições.

O trabalho dos agentes de saúde, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2017a), consiste, entre outras atividades, em:

- I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
- II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
- III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares.

A visita domiciliar é uma das principais atividades previstas no trabalho dos agentes comunitários de saúde. Entretanto, outras legislações do Sistema Único de Saúde concorrem para que seja eleito o público prioritário entre os existentes no território para maior atenção dos serviços de saúde. A Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS) expediu em novembro de 2012, as medidas para garantir nos atendimentos a prioridade às pessoas vulneráveis, entre elas, idosos, pessoas com deficiência, crianças e as gestantes. Esta priorização nos atendimentos possui respaldo em outras legislações, tais como: Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº. 8069/1990), Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741/2003), entre outras.

O trabalho do agente de saúde é citado em outro capítulo desse estudo, no tocante aos profissionais que participaram da pesquisa e percebe-se que este profissional executa suas atividades conforme previsto. Entretanto, para a população atendida não parece estar esclarecido quais são os públicos prioritários atendidos e quais as atividades realizadas pelos mesmos.

Quanto às sugestões das famílias entrevistadas para melhoria dos serviços de saúde, percebe-se que a demanda por mais atendimentos médicos se constitui em uma das reivindicações das famílias entrevistadas. A autora Teixeira (1997) analisa profundamente o tema das políticas e da organização dos sistemas de saúde e ressalta sobre essa questão que não basta somente identificar os problemas existentes, mas também é necessário ter estratégias administrativas que venham a subsidiar a formulação e implementação de propostas de mudança no atual sistema de saúde e redefinir o papel do Estado e a questão dos mercados em saúde, assim como a preocupação com o impacto das políticas, programas e serviços de saúde no contexto do ajuste estrutural desses sistemas.

Outra política investigada nesta pesquisa foi a da educação. As famílias entrevistadas citaram os serviços e programas na área de educação da qual participam. No quadro 7, encontra-se exemplificados os serviços e programas citados pelas famílias e as falas dos sujeitos.

Quadro 7 - Identificação das respostas das famílias quanto aos serviços da educação

(continua)

<b>Serviços e programas citados</b>	<b>Descrição</b>	<b>Respostas</b>	<b>Falas dos sujeitos</b>
Escola Municipal	Escola Municipal de educação infantil, ensino fundamental e educação de jovens e adultos.	- Referência positiva da escola	E1: "A escola é muito boa, meus filhos gostam muito de lá". E2: "A escola aqui, eu e o pai dos meus filhos estudamos lá, agora, eles estudam". E3: "A escola é boa, faz parte da comunidade".
		- Vínculo com os professores e equipe diretiva	E4: "Gosto muito dos professores e da Diretora, quando tem qualquer problema elas chamam a gente para resolver"; E5: "As professoras são muito atenciosas, tive problema com meu filho mais velho e elas auxiliaram a resolver". E6: "A professora do B. sempre conversa muito comigo, quer saber sobre a gente, para ajudar ele na escola".
APAE	Associação dos pais e amigos do excepcional	- Atendimento especializado	E4: "Lá tem todos os profissionais, eles entendem a gente, quando a M. frequentava se desenvolveu muito"; E5: "A minha filha tem encaminhamento médico para frequentar a APAE, mas as profissionais de lá disseram que ela não pode frequentar mais lá"; E6: "Acho que é um lugar para atendimento especializado, eles tinham que atender as crianças, não é as mães que pedem, são os médicos que encaminham".

Quadro 7 - Identificação das respostas das famílias quanto aos serviços da educação

(conclusão)

Mais Educação	“O Programa Mais Educação, criado pela Portaria MEC nº 1.144/2016 e regido pela Resolução FNDE nº 17/2017, é uma estratégia do Ministério da Educação que tem como objetivo melhorar a aprendizagem em língua portuguesa e matemática no ensino fundamental, por meio da ampliação da jornada escolar de crianças e adolescentes, otimizando o tempo de permanência dos estudantes na escola” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2019, s./p.).	Desenvolvimento de habilidades por parte das crianças	E3: “A C. adora ir no Mais Educação, estava na aula de violão”; E4: “É muito bom, porque ela tinha dificuldade em matemática e as aulas de reforço melhoraram muito”; E5: “Enquanto eles estão lá, aprendendo alguma coisa, não estão sem fazer nada pelas ruas”.
---------------	--	---	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto aos serviços identificados pelas famílias no âmbito da educação, está à escola municipal de ensino fundamental. As escolas constituem instituições próprias de ensino nas quais ocorrem a educação escolar.

O Programa mais Educação, citado pelas famílias nesta pesquisa é executado somente em quatro escolas do Município de Caçapava do Sul e uma delas é a Escola Nossa Senhora das Graças, localizada na Vila Sul.

O Programa Mais Educação, criado pela Portaria Interministerial nº 17/2007 e regulamentado pelo Decreto 7.083/10, constitui-se como estratégia do Ministério da Educação para indução da construção da agenda de educação integral nas redes estaduais e municipais de ensino que amplia a jornada escolar nas escolas públicas, para no mínimo 7 horas diárias, por meio de atividades optativas nos macrocampos: acompanhamento pedagógico; educação ambiental; esporte e lazer; direitos humanos em educação; cultura e artes; cultura digital; promoção da saúde; comunicação e uso de mídias; investigação no campo das ciências da natureza e educação econômica (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015).

A Instrução Operacional nº 01, de 18 de outubro de 2014 (BRASIL, 2014), expedida pelo Ministério da Educação, descreve que no Programa Mais Educação podem atuar professores; educadores populares; estudantes e agentes culturais

(monitores, estudantes universitários com formação específica nos macrocampos), observando-se a Lei nº 9.608/1998, que dispõe sobre o serviço voluntário. Há também o professor comunitário, que se trata de um profissional que coordena a oferta e a execução das atividades de educação integral na escola, articulando-a com a comunidade, seus agentes e seus saberes, ao mesmo tempo em que auxilia na articulação entre os novos saberes, os novos espaços, as políticas públicas e o currículo escolar. Estudantes universitários, em processo de formação específica nos macrocampos do programa e com habilidades reconhecidas pela comunidade, estudantes do ensino médio e estudantes da EJA também podem acompanhar as atividades ou ser monitores.

O Programa Mais Educação (Decreto nº. 7.083/2010) deseja, sobretudo, atingir estudantes em situação de risco e vulnerabilidade social e sem assistência; que congregam colegas – líderes, incentivadores; em defasagem ano/idade; dos anos finais da 1ª fase do ensino fundamental (4º/5º ano); dos anos finais da 2ª fase do ensino fundamental (8º/9º ano); dos anos em que seja detectado maior índice de evasão/repetência. Cada escola, contextualizada com o seu projeto político-pedagógico específico e em diálogo com a sua comunidade, é a referência para definir quantas e quais crianças e adolescentes participarão das atividades (BRASIL, 2010). Atualmente,

O Programa Mais Educação foi modificado e denomina-se Programa Novo Mais Educação, regido pelas Portaria MEC nº 1.144/2016 e Resolução FNDE nº 17/2017, constitui-se uma estratégia do Ministério da Educação que tem como objetivo melhorar a aprendizagem em língua portuguesa e matemática no ensino fundamental, por meio da ampliação da jornada escolar de crianças e adolescentes, otimizando o tempo de permanência dos estudantes na escola. Ao longo do ano de 2018, o Programa foi implementado por meio da realização de acompanhamento pedagógico em Língua Portuguesa e Matemática e do desenvolvimento de atividades nos campos de artes, cultura, esporte e lazer, impulsionando a melhoria do desempenho educacional mediante a complementação da carga horária em cinco ou quinze horas semanais no turno e contra turno escolar (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2019, s./p.).

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), segundo Silva e Palhano (2005), foi uma iniciativa criada inicialmente no Rio de Janeiro, na década de 1950/1960 com objetivo de oferecer cursos profissionalizantes para pessoas com deficiência, tornando-se um marco histórico na profissionalização do deficiente no Brasil. Atualmente, as APAEs existem em muitos municípios brasileiros e o objetivo

principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência, prioritariamente àquela com deficiência intelectual e múltipla.

As famílias entrevistadas avaliaram os serviços na área da educação, de acordo com o quadro 8 exposto abaixo. As respostas puderam ser agrupadas em três grupos: positiva, negativa e sugestões.

Quadro 8 - Avaliação das famílias dos serviços de educação

	<b>Grupo de respostas</b>	<b>Falas dos sujeitos</b>
<b>Positivos</b>	- Trabalho dos professores	E1: “As professoras da escola são muito boas, trabalham com os alunos”; E2: “As crianças de hoje não são fáceis, as professoras tem que estarem preparadas”.
	- Importância da educação	E1:” Queria que meus filhos tivessem um destino diferente do meu, porque eu não tive incentivo para estudar”; E2: “Eu não estudei muito, tinha a cabeça fraca, parei cedo digo para meus filhos estudarem para não passar trabalho como eu passei”; E3: “Eu queria ser doutora, se pudesse, eu ia muito bem nas notas, mas depois parei de estudar, não tinha incentivo nenhum”; E4: “Quero que meus filhos estudem para ter uma vida diferente da que eu tive, hoje luto para dar a eles tudo que não tive e queria muito ver eles estudarem, terem um trabalho bom”.
<b>Negativos</b>	Postura dos professores com os alunos	E2: “Acho que deveria ter mais pulso firme com os alunos, acho que eles ficam muito soltos, não tem responsabilidades” E3: “As professoras poderiam ser mais rígidas, a gente vê muitas crianças no caminho errado, fazendo coisas erradas por aí ou então sem fazer nada”; E4: “As professoras não sabem tudo que acontece em casa, ta certo que elas têm muitos alunos, mas as vezes o que a gente passa aqui dentro elas não ficam sabendo”; E1: “Acho que os professores poderiam fazer atividades diferentes para motivar eles a continuar na escola”
<b>Sugestões</b>	- Relação com os pais	E1: “Acho que teria que ter mais conversa com a gente”; E2: “Poderiam chamar mais os pais dos alunos para conversar”; E3: “Poderiam ter atendimento especial para as crianças que tem dificuldade”; E4: “Os pais não sabem o que acontece muitas vezes na sala de aula, as vezes os pais acham que estão bem, estudando e não está, então a gente deveria acompanhar mais”;

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir dos grupos de respostas das famílias entrevistadas, é possível depreender quanto aos pontos positivos - o trabalho dos professores que é ressaltado como uma referência positiva para as famílias. Outro ponto ressaltado foi a importância da educação que na fala dos pais fica evidente o quanto gostariam que seus filhos pudessem ter um desenvolvimento educacional diferente do que tiveram.

Nos pontos negativos, o agrupamento de respostas retrata que a postura dos professores é vista pelas famílias como um fator a ser analisado, pois denotam transferir para a escola a responsabilidade de estabelecer limites que é delas. É inegável o papel imprescindível que a família e a escola possuem para o desenvolvimento humano. Na literatura, destacamos Polonia e Dessen (2005) que descrevem de forma apropriada a relação entre as duas instituições. Segundo os autores, a escola é:

Um contexto no qual as crianças investem seu tempo envolvem-se em atividades diferenciadas ligadas às tarefas formais (pesquisa, leitura dirigida, por ex.) e aos espaços informais de aprendizagem (hora do recreio, excursões, atividades de lazer). Neste ambiente, o atendimento às necessidades cognitivas, psicológicas, sociais e culturais da criança é realizado de uma maneira mais estruturada e pedagógica que no ambiente de casa (POLONIA; DESSEN, 2005, p. 304).

De outra parte, os autores citam a família com uma importante função na qual é: “Impulsionadora da produtividade escolar e do aproveitamento acadêmico, podendo provocar o desinteresse escolar e a desvalorização da educação, especialmente nas classes menos favorecidas” (POLONIA; DESSEN, 2005, p. 304).

Atualmente, pela legislação na área da educação, Lei nº 9394/1996, a criança ingressa na escola mais cedo, aos 4 anos e deve permanecer até os 18 anos, se completar o período de forma regular. Diversas pesquisas (COSTA, 2003; MARQUES, 2001) ressaltam a importância da integração família e escola, particularmente, quando o projeto pedagógico da escola permite a participação familiar e reconhece os papéis diferenciados de ambas no processo de aprendizagem e desenvolvimento dos alunos.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional no artigo 5º (BRASIL, 1996) e o ECA (BRASIL, 1990a), artigo 53º, aponta que as escolas têm o dever de se articular com as famílias e os pais têm direito a ter ciência do processo pedagógico, bem como de participar da definição das propostas educacionais.



Porém, nem sempre esse princípio é considerado quando se forma o vínculo entre diretores, professores e coordenadores pedagógicos e a família dos alunos.

O envolvimento dos pais e a escola foi discutido pelos autores Polonia e Dessen (2005, p. 304) e alude a um conjunto de pontos que devem ser analisados sob o prisma basicamente de dois aspectos:

O primeiro refere-se ao uso de definições amplas e muito diferenciadas do termo na literatura, onde são identificadas diferentes ações sobre a participação da família, por parte da escola. Por exemplo, oferecer aos pais informações e conceitos básicos sobre a evolução e desenvolvimento dos seus filhos; treinar os pais para orientar e ensinar seus filhos, no que diz respeito aos conteúdos e conhecimentos acadêmicos; proporcionar momentos de trocas de informações entre pais e professores, em reuniões estruturadas; realizar atividades em conjunto, para avaliar a criança ou implementar programas de apoio acadêmico ou social. O segundo aspecto que dificulta a compreensão do termo refere-se à diversidade entre os ambientes da família e da escola. Além do reconhecimento de que esses dois contextos onde o aluno realiza sua aprendizagem são diferentes e diversificados, é importante também identificar e lidar com as similaridades e diferenças entre eles.

A tarefa de interligar a família e a escola denota ser crucial para o estabelecimento de políticas e a implementação de programas educacionais. Entretanto, este parece constituir um desafio presente no discurso dos docentes e, de outra parte, nas famílias, o papel da escola perante a educação dos filhos parece distorcido e com isto, gera o afastamento dos dois segmentos que deveriam estar conectados visando o desenvolvimento das crianças e adolescentes. A partir das entrevistas realizadas com as famílias nessa pesquisa, é possível assinalar que seus contextos de vida apresentam inúmeras dificuldades, entre elas: a baixa renda, a baixa escolaridade e a presença de doenças na família. A presença dessas características pode ocasionar nas famílias, por sua vez, dificuldades em manter o interesse pelos estudos e, conseqüentemente, em frequentar a escola. A escola, de outra parte, deve compreender a criança e o adolescente em sua totalidade e os fatores que engendram a aprendizagem. Essa interação constitui a base da relação família-escola.

É fundamental ressaltar, nesse sentido, o papel fundamental da intersectorialidade na compreensão e resolução de dificuldades surgidas no contexto da família e que apresentam reflexos no contexto escolar. As diferentes áreas das políticas públicas sociais básicas possuem informações e devem lançar mão de diferentes ferramentas para dar conta das necessidades apresentadas pelas

famílias. Porém, se atuarem de forma segmentada e isolada, não irão perceber o indivíduo na sua totalidade.

Outra área identificada pelas famílias entrevistadas foi a assistência social. O quadro 9 abaixo apresenta as respostas que foram agrupadas e apresenta as falas ilustrativas.

Quadro 9 - Identificação das respostas das famílias quanto aos serviços de assistência social

(continua)

Serviços e programas citados	Descrição	Respostas	Falas dos sujeitos
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social	Referência positiva	E1: "A gente vai ali no CRAS quando a gente precisa de alguma ajuda, uma informação, um documento, sempre nos ajudam ali"; E2: "Aqui em casa, todos vão no CRAS, eu já participei muito das atividades ali, hoje meus filhos frequentam"; E3: "O CRAS é bem perto aqui de casa, vamos ali sempre, os guris gostam muito de ir lá, ficam usando a internet"; E5: "Já precisei de ajuda com alimentação e fui ali com a assistente social e ela me conseguiu, isso é muito bom, a gente saber que pode contar".
SCFV	Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos	Grupos de convivência	E1: "Ali no CRAS fazem artesanato, já frequentei os grupos, agora parei de ir porque estou fazendo outras coisas"; E2: "Eu aprendi muito nos grupos, desde que vou lá a gente se reúne, faz as atividades, conversar, eu espero o dia para ir lá"; E3: "Eu ia muito nos grupos ali no CRAS e agora as crianças vão participar dos grupos de dança que tem ali, é muito bom porque eles estão fazendo algo bom pra eles";
CADASTRO ÚNICO	Cadastro único para acesso aos programas e benefícios da assistência social	Proximidade das famílias	E1: "É bom ter aqui perto de casa para arrumar o cadastro, porque sempre tem algum papel para levar e antes tinha que ir no centro e agendar atendimento e agora não"; E2: "A gente vai ali a qualquer hora para levar os documentos para ajeitar o bolsa, facilita para a gente"; E3: "Quando a gente precisa é só procurar ali que a gente consegue informações ou resolver problemas de documentos não precisa ficar para lá e para cá";

Quadro 10 - Identificação das respostas das famílias quanto aos serviços de assistência social

(conclusão)

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	Programa de transferência de renda do governo federal	Garantia do básico	E3:” Muito bom poder contar com o benefício, porque pelo menos não falta comida para as crianças”; E4: “Eu faço pão caseiro para vender e somente esse dinheiro não dá, porque tem vezes que vende e tem vezes que não e o dinheiro do bolsa é certo, a gente tem certeza que pelo menos o alimento não falta, o resto a gente dá um jeito”; E5:” Ajuda muito, aqui em casa teve fases difíceis, que o bolsa segurou”; E6: “Esse programa ajuda as pessoas, pelo menos a gente não passa fome”;
------------------------	---	--------------------	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre os serviços no âmbito da Assistência Social elencados pelas famílias, está o CRAS. Este constitui uma unidade da Assistência Social, responsável pela oferta da proteção social básica. O objetivo principal deste serviço é prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania.

O CRAS, segundo as Orientações Técnicas do Centro de Referência da Assistência Social (BRASIL, 2009a) são unidades locais que têm por atribuições a organização da rede socioassistencial e a oferta de serviços da proteção social básica em determinado território. O conceito de território, conforme Koga (2003) não se restringe à delimitação espacial, pois constitui um espaço humano, habitado. Logo, território não é somente uma porção específica de terra, mas uma localidade marcada pelas pessoas que ali vivem. É nos espaços coletivos que se expressam a solidariedade, a extensão das relações familiares para além da consanguinidade, o fortalecimento da cumplicidade de vizinhança e o desenvolvimento do sentimento de pertença e identidade. O conceito de território, então, abrange as relações de reconhecimento, afetividade e identidade entre os indivíduos que compartilham a vida em determinada localidade.

O CRAS (BRASIL, 2009a) materializa a presença do Estado no território, possibilitando a democratização do acesso aos direitos socioassistenciais e contribuindo para o fortalecimento da cidadania. Ao eleger a territorialização como eixo estruturante do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, reconhece-se que

a mobilização das forças no território e a integração de políticas públicas podem potencializar iniciativas e induzir processos de desenvolvimento social. A integração de políticas, por sua vez, é potencializada pela clareza de objetivos e pela definição de diretrizes governamentais.

A promoção da articulação intersetorial é uma das atividades previstas para o CRAS, segundo a Norma Operacional Básica - NOB (BRASIL, 2012b) e o Caderno de Orientação Técnica (BRASIL, 20016b). O objetivo da articulação intersetorial é proporcionar a melhoria das condições de vida das famílias, possibilitando o acesso a serviços, especialmente para os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social. Deve favorecer a troca de experiências e a busca de apoio e de soluções para problemas comuns, de maneira a constituir uma rede de proteção social.

O CRAS possui a obrigatoriedade de ofertar o PAIF, conforme a NOB/SUAS (BRASIL, 2012b), o Caderno de Orientações Técnicas do CRAS (BRASIL, 2009a) e a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, através da Resolução nº. 09, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009d). O PAIF consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo.

O trabalho social com as famílias é definido no Caderno de Orientações técnicas do PAIF:

Conjunto de procedimentos efetuados a partir de pressupostos éticos, conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo, com a finalidade de contribuir para a convivência, reconhecimento de direitos e possibilidades de intervenção na vida social de um conjunto de pessoas, unidas por laços consanguíneos, afetivos e/ou de solidariedade – que se constitui em um espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, com o objetivo de proteger seus direitos, apoiá-las no desempenho da sua função de proteção e socialização de seus membros, bem como assegurar o convívio familiar e comunitário, a partir do reconhecimento do papel do Estado na proteção às famílias e aos seus membros mais vulneráveis. Tal objetivo materializa-se a partir do desenvolvimento de ações de caráter “preventivo, protetivo e proativo”, reconhecendo as famílias e seus membros como sujeitos de direitos e tendo por foco as potencialidades e vulnerabilidades presentes no seu território de vivência (BRASIL, 2012c, p. 12).

As ações do PAIF, conforme a legislação vigente devem ser planejadas e avaliadas com a participação das famílias usuárias, das organizações e dos movimentos populares do território, visando o aperfeiçoamento do serviço, a partir de sua melhor adequação às necessidades locais, bem como o fortalecimento do protagonismo destas famílias, dos espaços de participação democrática e de instâncias de controle social. É a partir do trabalho social com famílias no serviço PAIF que se organizam os serviços referenciados ao CRAS.

A articulação dos serviços socioassistenciais do território com o PAIF garante o desenvolvimento do trabalho social com as famílias dos usuários desses serviços, permitindo identificar suas necessidades e potencialidades dentro da perspectiva familiar, rompendo com o atendimento segmentado e descontextualizado das situações de vulnerabilidade social vivenciadas.

O público prioritário para atendimento do PAIF é descrito na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais:

Famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e benefícios assistenciais; Famílias que atendem os critérios de elegibilidade a tais programas ou benefícios, mas que ainda não foram contempladas; Famílias em situação de vulnerabilidade em decorrência de dificuldades vivenciadas por algum de seus membros; Pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2009d, p. 6).

O SCFV, também foi citado pelas famílias entrevistadas e, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – Resolução nº 09, de novembro de 2009 (BRASIL, 2009d) é um serviço realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. Forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta os usuários na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais e coletivas, na família e no território.

O SCFV ocorre vinculado ao CRAS nos Municípios e se articula com o PAIF, pois o atendimento das famílias deve ocorrer pautado em suas necessidades e deve se organizar de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecendo vínculos familiares e incentivando a socialização e a convivência comunitária.

O Cadastro Único e o Programa Bolsa Família citados pelas famílias entrevistadas, está em funcionamento em articulação com os demais serviços abordados, tais como CRAS, PAIF e SCFV. Esta articulação está prevista na ordenação destes serviços e em acordo com o objetivo dos mesmos. As famílias avaliaram os serviços citados, conforme quadro 11 abaixo:

Quadro 11 - Avaliação das famílias dos serviços da assistência social

	<b>Grupo de respostas</b>	<b>Falas dos sujeitos</b>
<b>Positivos</b>	- Referência positiva	E1: “É bom poder contar com elas ali, se precisar, elas ajudam”; E2: “Acho que para as pessoas que precisam é muito bom”; E3: “É bom, ajuda as pessoas, sempre que precisam é só ir até ali”
<b>Negativo</b>	- Percepção dos profissionais	E3: “Às vezes tem gente que elas ajudam, mas que não precisam, eles acabam trocando por outra coisa ou vendem”; E4: “Não gosto de ficar pedindo, acho que é uma humilhação e as vezes a gente precisa de ajuda e não consegue falar”;
<b>Sugestões</b>	- Diversidade de atividades	E1: “Tinha que ter outras atividades para as crianças, diferente do que tem ali, porque se as crianças não gostam daquelas atividades não tem outras”; E2: “Gostaria de fazer uma atividade diferente, mas não tenho jeito com essas coisas de artesanato”; E3: “Poderia ter cursos pra gente fazer, profissionalizantes, seria muito bom”; E4: “Deveria ter atividades para o trabalho para a gente conseguir um trabalho por conta”;

Fonte: Elaborado pela autora.

É importante destacar nessa avaliação dos serviços, a definição dos benefícios eventuais que são citados pelas famílias entrevistadas. Os benefícios eventuais são previstos na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8742, de 07 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993) e alude a benefícios regulamentados pelo Município e disponibilizados para as famílias que não possuem condições no momento de enfrentar as situações adversas ou de fragilidade. As situações abarcadas pelo benefício eventual são: nascimento, morte, vulnerabilidade temporária e calamidade pública.

Outro ponto a salientar quanto à avaliação dos serviços refere-se à questão de a pesquisadora fazer parte dos serviços da área da Assistência Social. Nesse sentido, Lemos (2017) publicou um artigo onde efetua uma análise sobre a questão epistemológica do pesquisador que pesquisa dentro da organização. Segundo o autor, o olhar distanciado pressupõe uma aproximação a uma determinada cultura

para se buscar todos os detalhes que o cercam para conseguir se apreender o maior conhecimento possível do que se deseja obter. Trata-se de um movimento a ser realizado pelo pesquisador de “[...] retirar as lentes que são utilizadas por alguém que é membro da própria organização em que o objeto está inserido sujeito a vícios típicos dessa condição” (LEMOS, 2017, p. 23). Porém, o fato do pesquisador ser membro da organização auxilia no acesso privilegiado às informações. Nesta pesquisa, o acesso ao sistema que efetua o acompanhamento das famílias, denominado SICON foi essencial para a escolha das famílias participantes, garantindo o acesso aos sujeitos da pesquisa.

Outro público que participou da pesquisa foram os profissionais, sendo fundamental sua caracterização e a relação com as políticas públicas básicas, sendo imprescindível para a reflexão dos resultados da pesquisa.

## **4 PROFISSIONAIS E OS SERVIÇOS OFERECIDOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BÁSICAS**

### **4.1 OS PROFISSIONAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BÁSICAS**

Neste capítulo, serão elencadas as principais legislações relacionadas às áreas das políticas públicas examinadas nessa pesquisa – política da saúde, educação e assistência social.

Destacamos que a política de saúde, como é configurada atualmente em nosso país, remonta à Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), nos artigos 196 a 200 e traz como principais aspectos sobre essa temática: a) o direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; b) as ações e serviços de saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; c) a construção do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; d) a participação do setor privado no sistema de saúde devendo ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Outros pontos que merecem ressalva na Constituição referem-se aos contratos com entidades privadas prestadoras de serviços que far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; e a proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

A Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Além disso, trata da organização e do funcionamento dos serviços e o arcabouço de práticas institucionais sob a égide de princípios e diretrizes principais, tais como: a universalização do atendimento; a integralidade da assistência, compreendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema e a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local.



A diretriz da descentralização político-administrativa é um dos principais marcos da política de saúde, sendo garantida através da participação popular em todas as esferas de governabilidade, sua execução é determinada pela Lei número 8142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, através da criação dos Conselhos de Saúde em cada esfera de gestão.

O Decreto número 7508 de 28 de junho de 2011 vem preencher a lacuna deixada na lei nº 8.080, pois regulamenta a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. O decreto institui como importante definição para a política de saúde a regulamentação e organização da forma de acesso aos serviços de saúde e das ações sanitárias em todo o território do país. Uma das importantes definições contidas neste documento refere-se organização e o planejamento através da execução de ações e serviços: de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde, imprescindíveis em todos os Municípios.

Dessa forma, foi elaborada a PNAB (BRASIL, 2012d) que constitui-se como um dos mais importantes regramentos acerca da política da saúde que é a atenção básica que por sua vez, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território,

observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

A PNAB (BRASIL, 2012d) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios de ter território adstrito, caracterizar-se como a porta de entrada para o usuário no sistema de saúde e desenvolve vínculo com o usuário, responsabilizando a equipe e a população adstrita. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

A PNAB (BRASIL, 2012d) regulamenta o processo de trabalho das equipes em atenção básica e especifica as atribuições de cada um dos membros das equipes de atenção básica. Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

No tocante à política da educação esta reflete ideologias e valores. Conforme refere Ranieri (2000), a educação não é um tema isolado, mas decorre de decisões políticas fundamentais. Nesse contexto, a natureza pública da educação se afirma em função dos interesses do estado e do modelo econômico, como também por constituir eficiente mecanismo de ação política.

A perspectiva política e a natureza pública da educação são realçadas na Constituição Federal de 1988, não só pela definição de seus objetivos, como também pela própria estruturação de todo o sistema educacional. A Constituição Federal de 1988 enuncia o direito à educação como um direito social no artigo 6º; especifica a competência legislativa nos artigos 22, XXIV e 24, IX; dedica toda uma parte do título da Ordem Social para responsabilizar o Estado e a família, tratar do acesso e da qualidade, organizar o sistema educacional, vincular o financiamento e distribuir encargos e competências para os entes da federação (BRASIL, 1988).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9394/1996 (BRASIL, 1996) constitui-se fundamental para estabelecer os princípios e diretrizes da educação em âmbito nacional. O primeiro artigo desta Lei define o que é educação e a instituição formal, ou seja, a escola.

Art. 1º A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.

§ 1º Esta Lei disciplina a educação escolar, que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino, em instituições próprias (BRASIL, 1996).

A LDB, através do artigo 3º estabelece os seguintes princípios:

- I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;
- II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber;
- III - pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas;
- IV - respeito à liberdade e apreço à tolerância;
- V - coexistência de instituições públicas e privadas de ensino;
- VI - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais;
- VII - valorização do profissional da educação escolar;
- VIII - gestão democrática do ensino público, na forma desta Lei e da legislação dos sistemas de ensino;
- IX - garantia de padrão de qualidade;
- X - valorização da experiência extraescolar;
- XI - vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais.
- XII - consideração com a diversidade étnico-racial (BRASIL, 1996).

Esses princípios estão em consonância com o artigo 206 da Constituição Federal de 1988 que configuram os direitos do cidadão e definem o papel do Estado em oportunizar que estes sejam garantidos com qualidade a todos, sem distinção (BRASIL, 1996).

Vieira (2007) elaborou um artigo dialogando sobre os conceitos de educação básica, política e gestão. Inicialmente, o autor descreve que as políticas educacionais expressam a multiplicidade e a diversidade da política educacional em um dado momento histórico. Nesse sentido, correspondem a áreas específicas de intervenção: educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e superior. Cada uma delas, por sua vez, pode se desdobrar em outras. Outro aspecto refere-se à política educacional ser perpassada por diferentes ideologias, e se constituir como um processo complexo e permanentemente mutante. A gestão, porém, necessita de elementos concretos para realizar o que a política educacional preconizou, caso contrário, restará apenas um arcabouço de ideias resumidas ao campo teórico, sem conseguir avançar na prática. Por fim, o autor reflete sobre a gestão educacional que alude ao âmbito dos sistemas educacionais; enquanto, a gestão escolar diz respeito aos estabelecimentos de ensino e a gestão democrática, por sua vez, constitui-se num “eixo transversal”, podendo estar presente, ou não, em uma ou outra esfera.

A Constituição Federal de 1988 traz uma nova concepção para a Assistência Social em nosso país, ao compor de forma inédita o tripé, designado pela: saúde - como um direito de todos; a previdência - de caráter contributivo e a assistência social - para os que dela necessitar. A assistência social é regulamentada pela LOAS, instituída em dezembro de 1993, como política social pública e postula um campo novo: o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal.

A definição de assistência social que consta na LOAS (BRASIL, 1993) descrita abaixo, está em conformidade com a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 194, e descreve:

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

A LOAS estabelece normas e critérios para organização da Assistência Social, que é um direito, e este exige definição de leis, normas e critérios objetivos. As legislações referentes a esta área veem sendo aprimoradas desde 2003, a partir da definição do governo de estabelecer uma rede de proteção e promoção social, de modo a cumprir as determinações legais. Dentre as iniciativas, destaca-se a implementação do SUAS, em 2005, conforme determinações da LOAS e da Política Nacional de Assistência Social.

O SUAS possui o modelo de gestão descentralizado e participativo, constituiu-se na regulação e organização em todo o território nacional da rede de serviços socioassistenciais que alude aos serviços, programas, projetos e benefícios e têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, co-financiamento da política pelas três esferas de governo e a definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados e Municípios.

A política de Assistência Social tem sua expressão em cada nível da Federação na condição de comando único, através da efetiva implantação e funcionamento de um Conselho de composição paritária entre sociedade civil e governo, o Fundo que centraliza os recursos na área, controlado pelo órgão gestor e

fiscalizado pelo conselho, do Plano de Assistência Social que expressa a Política e suas inter-relações com as demais políticas setoriais e ainda com a rede socioassistencial. Portanto, Conselho, Plano e Fundo são os elementos fundamentais de gestão da Política Pública de Assistência Social.

O Fundo está previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e faz parte da descentralização das políticas públicas, na medida em que permite autonomia de cada política para utilização dos gastos nas principais demandas que são específicas de cada localidade. Entretanto, o gasto desses recursos é regulado pelos conselhos em cada uma das esferas de governo, reforçando ainda mais a autonomia e o controle social.

A autora Koga (2003), realiza conceituações significativas na área da Assistência Social, entre elas, sobre a política da assistência social como é constituída e afirma que os direcionamentos das políticas públicas estão intrinsecamente vinculados à própria qualidade de vida dos cidadãos. Segundo ela, é no embate relacional da política pública entre governo e sociedade que se dará a ratificação ou o combate ao processo de exclusão social em curso. Nesse sentido, refletir sobre política pública a partir da perspectiva do território onde ocorre, exige também um exercício de revisão histórica, ao cotidiano, ao universo cultural da população que vive neste território. Segundo a autora, perspectiva de totalidade, de integração entre os setores para uma efetiva ação pública, vontade política de fazer valer a diversidade e a inter-relação das políticas locais.

A Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2005) apresenta a concepção da Assistência Social como política pública que tem como principais pressupostos a territorialização, a descentralização e a intersetorialidade aqui expressos. Assim, a operacionalização da política de assistência social em rede, com base no território, constitui um dos caminhos para superar a fragmentação na prática dessa política. Trabalhar em rede, nessa concepção territorial significa ir além da simples adesão, pois há necessidade de se romper com paradigmas, em que as práticas se construíram historicamente pautadas na segmentação, na fragmentação e na focalização, e olhar para a realidade, considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano, que se apresentam sob múltiplas formatações, exigindo enfrentamento de forma integrada e articulada.

Sposati (2006) destaca algumas considerações acerca desse tema. Entre elas, está a que é pertinente nesta pesquisa, a de que em nosso país, perante a lei

todos são iguais. Entretanto, o poder da renda e, por conseguinte, do acesso ao consumo de serviços privados se colocam como valores que desvalorizam o vínculo entre cidadania e acesso aos serviços sociais públicos. Por muito tempo, a Assistência Social caracterizou-se como práticas assistencialistas, por isso, atualmente gera dificuldade em conceber a política pública da Assistência Social na perspectiva de direito do cidadão e não como favorecimento.

Ao analisar as especificidades da política de Assistência Social no Brasil, Sposati (2006) refere que devemos compreender que se trata de um objeto sócio-histórico, econômico e geograficamente situado, e que, portanto, se está tratando de uma dada relação de forças sociais, econômicas e políticas que formam a estrutura da assistência social em nosso país. Segundo a autora, o executivo efetua as ações previstas na legislação, entretanto, o legislativo possui papel fundamental, pois elabora normas e aprova o orçamento, bem como o poder judiciário que defende os direitos do cidadão.

Na execução dessas ações estão os profissionais que efetivam na prática as diretrizes das políticas públicas básicas. Nesse sentido, faz-se necessário descrever suas características e a relação com as políticas.

## 4.2 OS PROFISSIONAIS DA VILA SUL

Esta etapa visa apresentar quem são os profissionais que atuam no Bairro Sul e que participaram da pesquisa. Descreverei brevemente cada local de trabalho e os profissionais respectivamente que foram entrevistados para que fique contextualizado o seu trabalho e sua fala.

As entrevistas foram agendadas previamente por contato telefônico com antecedência de uma semana. O tempo de duração de cada entrevista foi em média de duas horas. As questões realizadas para os profissionais eram abertas, ou seja, seguiam um roteiro previamente organizado, mas caso fosse necessário, eram realizadas perguntas entre uma ou outra questão abordada, o que permitiu identificar de cada profissional a sua melhor expressão sobre o assunto. Os profissionais entrevistados foram dos serviços de saúde, educação e assistência social e serão descritos a seguir respectivamente.

O Município de Caçapava do Sul possui cinco unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo responsável pela cobertura de 51% da população

urbana. O ESF – V está localizado no Bairro Sul, realiza o atendimento a população, tendo como referência 3000 famílias, representando 10% da população total do Município.

O ESF – V possui, conforme a PNAB (BRASIL, 2012d), a equipe multiprofissional composta por uma médica, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma técnica em enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, um recepcionista, uma auxiliar de consultório dentário e sete agentes comunitários de saúde. Todos esses profissionais possuem a jornada semanal de 40 horas e vínculo estatutário, com exceção da profissional médica que é contratada pelo Programa Mais Médicos do Governo Federal. Neste sentido:

O Programa Mais Médicos, instituído por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, constitui-se em política pública do governo brasileiro com objetivo de suprir déficits do recurso humano médico no Sistema Único de Saúde (SUS), notadamente nas regiões mais vulneráveis do Brasil, no âmbito da Atenção Básica, sendo uma estratégia para viabilizar a garantia mínima de pelo menos um profissional médico em cada município do Brasil e a ampliação da cobertura médica (BRASIL, 2017b, p. 6).

O quadro 12 apresenta os profissionais da área da saúde e seu perfil levantado através da entrevista realizada.

Quadro 12 - Perfil dos Profissionais da área da saúde

<b>Profissionais</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo de trabalho no ESF</b>	<b>Vínculo de Trabalho</b>	<b>Carga horária</b>
Enfermeira	43	Ens. Superior	15 anos	Concurso público	40 horas
Médica	45	Ens. Superior	2 anos	Contrato	40 horas
Agente comunitária de saúde	43	Ens. Médio	13 anos	Concurso público	40 horas

Fonte: Elaborado pela autora.

A primeira profissional a ser entrevistada foi a enfermeira. Seu conhecimento e vínculo com a comunidade podem ser percebidos de forma espontânea. O serviço público em lugares tidos como de alto índice de vulnerabilidade não é tarefa fácil, pois são muitas dificuldades a serem enfrentadas, tanto das mazelas apresentadas pela população deste território como a falta de infraestrutura que possibilitem a realização de um trabalho resolutivo. A enfermeira entrevistada, logo no início deixa

esses desafios muito claros, e reforça que o trabalho com esta comunidade é árduo, porém aprende muito em seu cotidiano e diz que o relacionamento interpessoal com os colegas é um dos pontos de sustentação para seu trabalho. Durante a entrevista fomos interrompidas por duas vezes para que ela atendesse duas gestantes, demonstrando seu empenho em dar atenção aos pacientes.

A PNAB (BRASIL, 2012d) é responsável pela organização e estruturação dos serviços de saúde e descreve as atribuições dos profissionais de saúde na execução dos serviços na área de atenção básica, dentre elas, está a enfermagem que deve:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012d, p. 62).

O trabalho da enfermagem, de acordo com a legislação, pressupõe a execução das suas atividades técnicas inerentes à profissão e o gerenciamento das demais atividades nas unidades de Estratégia de Saúde da Família. A partir da entrevista com a profissional de enfermagem nesta pesquisa, pode-se perceber que o trabalho desenvolvido no posto de atendimento à população procura diferenciar-se, pois entende a necessidade da população em receber atenção e cuidado.

Por cuidado, adotamos a definição de Boff (1999) que alude a um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros, ou ainda, é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas.

Os autores Silva e Lucas (2009) relacionam o conceito de cuidado a profissão de enfermagem, por este ser o foco central de ação desta profissão. A autoresponsabilidade constitui o modo como o ser humano vive a sua totalidade. Neste sentido, para as autoras, o cuidado de enfermagem implica em auxiliar as



peessoas a buscarem um caminho que lhes deem o sentido do cuidado de si através da compreensão de que a vida é repleta de sentidos, e que, a partir dessa compreensão, possam transcender dentro de uma concepção holística de ser-no-mundo-com-o-mundo, cuidando e se cuidando.

A segunda profissional a ser entrevistada foi a médica, que veio de Cuba trabalhar no Brasil através do Programa do Governo Federal Mais Médicos. Sua fala é prolixa e em espanhol, diz que alguma palavra já se acostumou a pronunciar em português. A médica denota ser uma profissional com uma visão humanista, o que reflete nos atendimentos realizados diariamente na unidade. Relata que em Cuba, era professora numa Universidade e veio para o Brasil por acreditar em um modelo progressista. Relatou diversos preconceitos que sofreu ao chegar ao nosso país, por ser estrangeira, por ser negra e diz sempre ter encarado as situações de frente por mais que tenha sofrido. Diz:

“A própria equipe de trabalho foi muito difícil, eles questionam – mas porque uma médica fica tanto tempo com cada paciente, isto é uma médica ou uma psicóloga? (...) “Eu acho que aqui no Brasil está tudo muito bem escrito, as portarias muito bem feitas, porque o Brasil tem a referência de muitos países que estão fazendo atendimento à saúde das famílias, é um país que tem uma experiência muito grande, mas o que acontece, para mim só fica aí, eu entendo, tudo está escrito, mas quando uma pessoa tenta fazer tal e qual as leis encontra freios, travas e travas, então nem todo mundo (profissionais) está de verdade, conseguem fazer o que está escrito para as pessoas a que se destinam. Eu penso que o que adianta escrever, escrever” (Profissional 1, 03/07/2018).

A ideia dessa profissional nos remete ao pensamento de Dimenstein (2001) em que ele descreve que a dita cidadania democratizada não é plenamente exercida. O autor parte da premissa de que o cidadão e a democracia levam em conta o conceito da igualdade de direitos e de justiça social, e que os direitos garantidos estão descritos no papel, mas não ocorrem na prática, podendo nos considerar cidadãos apenas no papel. Os direitos são muito bem descritos teoricamente e ficam arraigados apenas aos documentos e leis escritas e que não são postas em prática. Segundo Dimenstein (2001) a educação é o fator essencial na transformação de uma sociedade, pois constitui o elemento necessário para a organização da mesma.

Um país onde há leis e estatutos que defendem o direito a educação, saúde, segurança, ou seja, a vida digna e se constata altos índices de criminalidade, violência, mortalidade, fome, pobreza e altas taxas de analfabetismo. Isso só nos leva a concluir que de fato somos cidadãos teóricos, nem ativos, nem participativos e muito menos transformadores.

A terceira profissional a ser entrevistada foi a agente de saúde que demonstrou ser muito comprometida com seu trabalho. Suas queixas são de questões como: reconhecimento e valorização do seu trabalho. E cita ser fundamental o trabalho em equipe para a realização das tarefas diariamente. A agente de saúde explicou as atividades que desempenha e sua conformidade com a legislação vigente.

O quadro 10 constitui uma comparação entre as atividades citadas pelas profissionais na pesquisa e as atividades previstas para os profissionais da área da saúde, conforme a PNAB (BRASIL, 2012d). As atividades citadas pelos participantes estão previstas de acordo com a legislação específica, destaca-se o número de visitas domiciliares realizadas pelos agentes de saúde por mês nas famílias de sua microárea e as atividades de educação permanente que deveriam ser realizadas com maior frequência.

Quadro 13 - Comparativo das atividades dos profissionais entrevistados e as atividades previstas na PNAB

(continua)

<b>Funções</b>	<b>Principais atividades realizadas</b>	<b>Atividades previstas de acordo com a PNAB (2012)</b>
Enfermeira	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividade com grupos de pacientes diabéticos, hipertensos, gestantes;</li> <li>- Consultas de enfermagem;</li> <li>- Puericultura;</li> <li>- Coordenação das atividades do Posto;</li> <li>- Coordenação do trabalho das agentes de saúde;</li> <li>- Visitas domiciliares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas na equipe e quando indicado no domicílio;</li> <li>- Realizar consultas de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo conforme protocolos;</li> <li>- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;</li> <li>- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde;</li> <li>- Contribuir e participar de atividades de educação permanente.</li> </ul>
Médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento médico, consultas médicas, encaminhamento para atendimento especializado – principais demandas: situação de doença mental, diabéticos e hipertensos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;</li> <li>- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos;</li> <li>- Encaminhar usuários a outros pontos de atenção;</li> <li>- Contribuir e participar das atividades de educação permanente.</li> </ul>

Quadro 13 - Comparativo das atividades dos profissionais entrevistados e as atividades previstas na PNAB

(continuação)

<p>Agente comunitária de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho de prevenção de doenças através da orientação as famílias nas visitas domiciliares que são realizadas prioritariamente nas famílias com crianças e idosos e ocorrem sem uma regularização de datas.</li> <li>- Aviso às famílias do calendário de vacinas data de reuniões de grupo;</li> <li>- Realização de campanhas de prevenção como, por exemplo, combate ao mosquito da dengue;</li> <li>- Realiza a pesagem das crianças de zero a seis anos para o acompanhamento do Programa Bolsa Família;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabalha com adscrição de famílias em base geográfica definida;</li> <li>- Cadastra todas as famílias de sua microárea;</li> <li>- Orienta a família quanto a utilização dos serviços disponíveis;</li> <li>- Acompanhar, por meio de visita domiciliar todas as famílias sob sua responsabilidade, mantendo como referencia a média de uma visita/família/mês.</li> <li>- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o acompanhamento do Programa Bolsa Família.</li> </ul>
------------------------------------	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

No quadro 13 é possível perceber que a partir da entrevista com os profissionais, as atividades descritas por estes são compatíveis com o que é preconizado pelo ordenamento do serviço. Nota-se que a forma de descrever e executar as atividades pertinentes ao serviço possui as características específicas de acordo com o público atendido.

A partir das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde depreendem-se as principais dificuldades citadas por estes e que podem ser visualizadas no Quadro 14:

Quadro 14 - Principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde

Profissionais	Principais dificuldades enfrentadas
Enfermeira	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter disponibilidade de oferecer atendimento especializado para as demandas dos pacientes, principalmente os exames necessários;</li> <li>- Acesso ao material para o trabalho – falta de materiais e principalmente medicamentos básicos;</li> </ul>
Médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldades são principalmente de ordem financeira, é necessário recurso para o atendimento das demandas que surgem;</li> <li>- A gestão deveria realizar planejamento das ações em conjunto com as unidades;</li> </ul>
Agente de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costumes e hábitos das famílias impossibilitam uma rotina para as visitas domiciliares;</li> <li>- Deveria haver mais atendimento médico;</li> <li>- As famílias não possuem interesse na saúde do filho e sim em cumprir com as obrigações para não perder o Programa Bolsa Família.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora.

Uma das observações pertinentes às dificuldades apresentadas pelos profissionais da área da saúde alude, principalmente, à questão de recursos para a execução do trabalho. Este tema está relacionado à questão da descentralização estabelecida a partir da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Teixeira (2002) debate sobre o assunto e aborda que na área da saúde houve a maior descentralização, pois caracteriza-se como um resultado de um processo social dinâmico, partindo de experiências concretas, que propiciaram as diretrizes básicas para o modelo implantado em todo o país – o SUS.

Apesar de todo o processo de participação, permanecem alguns elementos centralizadores: a aprovação e análise técnica de programas e projetos para repasse de recursos; fixação e centralização de fiscalização de tarifas no Ministério. A burocracia central mantém grande parcela de poder, permanecendo a influência clientelista no repasse de recursos. O SUS vive hoje sérios impasses. Não tem uma coordenação que garanta equidade no atendimento a municípios tão heterogêneos (TEIXEIRA, 2002, p. 08).

Conforme o autor, na prática observa-se que predominantes à lógica privada: os setores privados recebem recursos para atender setores sociais não carentes e, além disso, o sistema de remuneração dos serviços à base de fatura permite a corrupção e o descaso com custo e qualidade de serviços. A política de redução dos gastos leva à deterioração cada vez maior do atendimento à população carente.

No quadro 12, a seguir temos o perfil dos profissionais da área da Assistência Social.

Quadro 15 - Perfil dos profissionais da área da assistência social

<b>Profissionais</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo de trabalho na Assistência Social</b>	<b>Vínculo de Trabalho</b>	<b>Carga horária</b>
Nutricionista	37 anos	Ens. Superior	15 anos	Concurso público	40 horas
Conselheira Tutelar	40 anos	Ens. Médio	8 anos	Escolha da Comunidade	40 horas
Assistente Social	5 anos	Ens. Superior	5 anos	Concurso público	40 horas

Fonte: Elaborado pela autora.

A quarta profissional entrevistada foi a nutricionista que atua na área da Assistência Social. Sua atividade está ligada ao Programa Bolsa Família, pois é

responsável pelo acompanhamento das condicionalidades da saúde. Sua função consiste em monitorar os índices e metas pactuados pelo Governo Federal para acompanhamento do público beneficiário junto às equipes de saúde da família do Município. Seu trabalho está respaldado pela Lei nº. 10.836 de 2004 que regulamenta o Programa Bolsa Família (BRASIL, 2004a). As condicionalidades da saúde exigidas pelo PBF são a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a imunização das crianças menores de sete anos. Assim, de acordo com a referida lei (BRASIL, 2004a), as beneficiárias mulheres com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

De forma a reforçar o papel do profissional de saúde como ator chave nesse processo, a PNAB (BRASIL, 2017), através da Portaria nº. 2436 de 21 de setembro de 2017, estabelece que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é uma atribuição comum dos profissionais de atenção básica, conforme demonstrado abaixo:

Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família, e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias (BRASIL, 2017, p. 73).

Os autores, Júnior, Jaime e Lima (2013), realizaram estudo sobre o papel das condicionalidades de saúde e o Sistema Único de Saúde. Ressaltam que apesar das condicionalidades da saúde se dirigirem a indivíduos (crianças menores de 7 anos e gestantes) o foco é sempre a família e por isso, as ações devem ser direcionadas para todo o grupo familiar e não para cada um de seus integrantes de forma isolada. Como resultado do estudo realizado por estes autores, esta o aumento significativo no acompanhamento das gestantes e crianças de zero a dois anos no seu desenvolvimento nutricional nos últimos anos. O acompanhamento das gestantes nas condicionalidades de saúde do PBF tem como objetivo reforçar a importância do acesso e cuidado realizados no pré-natal de qualidade para promoção de melhores condições de vida e nutrição não somente da gestante, mas também do bebê.

Os resultados da análise do estudo acima citado (JÚNIOR; JAIME; LIMA, 2013) comprovaram que a prevalência da desnutrição foi reduzida em cerca de 50%:

de 13,5% em 2006 para 6,8% em 2016/7. Dois terços desta redução poderiam ser atribuídos à evolução favorável dos quatro fatores estudados: 25,7% ao aumento da escolaridade materna; 21,7% ao crescimento do poder aquisitivo das famílias (programas de transferência de renda); 11,6% à expansão da assistência à saúde (em especial à organização da atenção básica); e 4,3% à melhoria nas condições de saneamento. Assim, o estudo conclui que a conquista deste resultado depende da manutenção das políticas econômicas e sociais que têm favorecido o aumento do poder aquisitivo dos mais pobres e de investimentos públicos que permitam completar a universalização do acesso da população brasileira aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento.

A quinta profissional que participou da pesquisa foi uma conselheira tutelar. Esta profissional possui experiência de oito anos de atuação nesta área. A função de conselheira tutelar é regulamentada pela Lei nº 8069 de 1990, através do artigo nº. 131 que diz: o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei (BRASIL, 1990a).

A partir do ECA ficou instituído que em cada Município será criado no mínimo um Conselho Tutelar com cinco membros escolhidos pela comunidade local. A partir da entrevista com a conselheira tutelar foi possível construir o quadro 16 que é um comparativo que retrata as atividades descritas pela conselheira e na outra coluna estão às funções previstas de acordo com o ECA.

Quadro 16 - Comparativo das atividades descritas pelos Conselheiros Tutelares e as atribuições previstas no ECA

(continua)

<b>Atividades descritas pela Conselheira Tutelar entrevistada</b>	<b>Atribuições do Conselho Tutelar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Averiguar as situações que são denunciadas, como por exemplo, através do Disque 100 (Número disponibilizado para realização de denúncias sobre suspeita ou violação de direitos contra criança ou adolescente);</li> <li>- Acompanhar criança ou adolescente aos serviços necessários quando há a violação de seus direitos;</li> <li>- Encaminhamento da criança e do adolescente para os serviços, quando necessários;</li> <li>- Orientação para as famílias sobre assuntos pertinentes aos direitos da criança e do adolescente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII;</li> <li>II - atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando as medidas previstas no art. 129, I a VII;</li> <li>III - promover a execução de suas decisões, podendo para tanto:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;</li> </ul> </li> </ul>

Quadro 16 - Comparativo das atividades descritas pelos Conselheiros Tutelares e as atribuições previstas no ECA

	(conclusão)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento das crianças e adolescentes quando o vínculo da criança e do adolescente com a família está rompido.</li> <li>- Manter contato com a Promotoria e Judiciários para informar sobre as situações das crianças e adolescentes;</li> <li>- Atuar em parceria com o CREAS (Centro de Referência da Assistência Social) no atendimento dos casos de violação de direitos e, sobretudo, nas situações de medidas socioeducativas previstas pela Lei.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações.</li> <li>IV - encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;</li> <li>V - encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;</li> <li>VI - providenciar a medida estabelecida pela autoridade judiciária, dentre as previstas no art. 101, de I a VI, para o adolescente autor de ato infracional;</li> <li>VII - expedir notificações;</li> <li>VIII - requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente quando necessário;</li> <li>IX - assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;</li> <li>X - representar, em nome da pessoa e da família, contra a violação dos direitos previstos</li> <li>XI - representar ao Ministério Público para efeito das ações de perda ou suspensão do poder familiar, após esgotadas as possibilidades de manutenção da criança ou do adolescente junto à família natural.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir desse quadro 16 é possível presumir que há coerência com relação às atividades citadas pela Conselheira Tutelar e as que são previstas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Nota-se que as atividades descritas são compatíveis, entretanto, observa-se dificuldade quanto ao planejamento das ações em conjunto com o Poder Executivo quanto à realização de ações. O Poder Executivo deve, de acordo com a Lei nº. 8069/1990, dar condições para a execução das atividades do Conselho Tutelar, em termos de infraestrutura para seu funcionamento (BRASIL, 1990a). A conselheira tutelar entrevistada relatou dificuldades para dispor de veículo para as diligências e outras condições importantes para a realização do trabalho, como por exemplo, linha telefônica. Essas dificuldades operam como entraves para a realização do trabalho com maior resolutividade e qualidade, prejudicando o atendimento ao público-alvo.

A sexta profissional a ser entrevistada foi a assistente social que atua há cinco anos no CRAS do Município. Essa profissional integra a equipe técnica de

atendimento do serviço de proteção social básica existente em Caçapava do Sul, sendo que o serviço possui até 3,500 famílias referenciadas. De acordo com a NOB/SUAS (BRASIL, 2012b) no âmbito da política de assistência social, a composição da equipe de referência do CRAS para a prestação de serviços prevê o trabalho de três técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais e um psicólogo preferencialmente, além de outros três técnicos de nível médio.

O Caderno de Orientações Técnicas do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS (BRASIL, 2009a) menciona o perfil e as atribuições do técnico de nível superior:

Quadro 17 - Comparação entre as funções atribuídas aos profissionais da assistência social no âmbito da proteção social básica e a descrição obtida nas entrevistas realizadas com os profissionais

(continua)

	Descrição de acordo com o Caderno de Orientações Técnicas do CRAS	Descrição da Profissional entrevistada
Perfil	Escolaridade mínima de nível superior, com formação em serviço social, psicologia e/ou outra profissão que compõe o SUAS (dependendo do número de famílias referenciadas ao CRAS e porte do município, conforme a NOB-RH); com experiência de atuação e/ou gestão em programas, projetos, serviços e/ou benefícios socioassistenciais; conhecimento da legislação referente à política nacional de assistência social; domínio sobre os direitos sociais; experiência de trabalho em grupos e atividades coletivas; experiência em trabalho interdisciplinar; conhecimento da realidade do território e boa capacidade relacional e de escuta das famílias.	Profissional entrevistada nesta pesquisa foi à assistente social, que possui curso de graduação em Serviço Social e atua no CRAS do Município de Caçapava do Sul, RS há 5 anos. Possui jornada de 40 horas/semanais, sendo servidora estatutária.



Quadro 17 - Comparação entre as funções atribuídas aos profissionais da assistência social no âmbito da proteção social básica e a descrição obtida nas entrevistas realizadas com os profissionais

		(conclusão)
Atribuições	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhida, oferta de informações e realização de encaminhamentos às famílias usuárias do CRAS;</li> <li>- Planejamento e implementação do PAIF, de acordo com as características do território de abrangência do CRAS;</li> <li>- Mediação de grupos de famílias dos PAIF;</li> <li>- Realização de atendimento particularizados e visitas domiciliares às famílias referenciadas ao CRAS;</li> <li>- Desenvolvimento de atividades coletivas e comunitárias no território;</li> <li>- Apoio técnico continuado aos profissionais responsáveis pelo(s) serviço(s) de convivência e fortalecimento de vínculos desenvolvidos no território ou no CRAS;</li> <li>- Acompanhamento de famílias encaminhadas pelos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos ofertados no território ou no CRAS;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento das famílias;</li> <li>- Acompanhamento de grupos e oficinas com crianças, adolescentes, adultos e idosos;</li> <li>- Visita domiciliar;</li> <li>- Encaminhamento para diversos órgãos e serviços;</li> <li>- Trabalho em rede com os postos de saúde e escolas do território de abrangência do CRAS;</li> <li>- Disponibilização dos benefícios eventuais;</li> <li>- Realização de acompanhamento das famílias em descumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família;</li> <li>- Participação em reuniões com a gestão e outros serviços como: CREAS, PETI, CAPS.</li> </ul>
Atribuições	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização da busca ativa no território de abrangência do CRAS e desenvolvimento de projetos que visam prevenir aumento de incidência de situações de risco;</li> <li>- Acompanhamento das famílias em descumprimento de condicionalidades;</li> <li>- Alimentação de sistema de informação, registro das ações desenvolvidas e planejamento do trabalho de forma coletiva.</li> <li>- Articulação de ações que potencializem as boas experiências no território de abrangência;</li> <li>- Realização de encaminhamento, com acompanhamento, para a rede socioassistencial;</li> <li>- Realização de encaminhamentos para serviços setoriais;</li> <li>- Participação das reuniões preparatórias ao planejamento municipal ou do DF;</li> <li>- Participação de reuniões sistemáticas no CRAS, para planejamento das ações semanais a serem desenvolvidas, definição de fluxos, instituição de rotina de atendimento e acolhimento dos usuários; organização dos encaminhamentos, fluxos de informações com outros setores, procedimentos, estratégias de resposta às demandas e de fortalecimento das potencialidades do território.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização do acompanhamento dos grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV;</li> <li>- Realização de atividades de prevenção na comunidade;</li> <li>- Alimentação de dados nos sistemas, como Registro Mensal de Atendimento e Sistema de Informações do Serviço de Convivência – SISC.</li> </ul>

Fonte: Brasil (2009a, p. 63).

Observa-se no quadro acima que no tocante ao perfil do profissional de nível superior, no âmbito da proteção social básica da assistência social, a profissional entrevistada apresenta os pré-requisitos exigidos nas normativas legais. Na comparação entre as atribuições previstas no Caderno de Orientações do Cras (BRASIL, 2009a) e as atividades desenvolvidas que foram citadas pela profissional assistente social observa-se que as atividades são compatíveis às tipificadas pelas orientações.

O CRAS do Município de Caçapava do Sul possui um profissional assistente social e um psicólogo que executam os serviços previstos no âmbito do SUAS, ou seja, o PAIF, o SCFV e a equipe volante. Nesse sentido, há uma defasagem de contratação de profissionais para execução dos serviços o que acarreta dificuldade na execução dos mesmos de forma plena e resolutive.

O Governo Federal juntamente com os órgãos de representação de classe lançou os parâmetros para atuação dos assistentes sociais e psicólogos na Política de Assistência Social (BRASIL, 2011c) e relacionam vários aspectos das respectivas profissões com o trabalho no âmbito da Assistência Social no país. No tocante a profissão do serviço social, antes de tudo, este não é e não deve ser confundido com Assistência Social, embora desde a origem da profissão, os(as) assistentes sociais atuem no desenvolvimento de ações sócio-assistenciais, assim como atuem nas políticas de saúde, educação, habitação, trabalho, entre outras.

De acordo com o documento citado, a concepção presente no projeto ético-político profissional do Serviço Social brasileiro esta articulado à direitos amplos, universais e equânimes, orientados pela perspectiva de superação das desigualdades sociais e pela igualdade de condições e não apenas pela instituição igualdade de oportunidades, que constitui a fonte do pensamento liberal.

Conforme o Código de ética do profissional do Serviço Social, no seu artigo 3º, são deveres deste profissional:

São deveres do(a) assistente social: a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor; b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão; c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes; d) participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades (BRASIL, 2012e, p. 27).

O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional estabelecidas nas Diretrizes Curriculares da Associação brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes socioeconômicos e culturais das desigualdades sociais. A intervenção orientada por esta perspectiva crítica pressupõe a assunção, pelo(a) profissional, de um papel que aglutine: leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil, reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos(as) trabalhadores(as) em defesa de seus direitos; formulação e construção coletiva, em conjunto com os(as) trabalhadores(as), de estratégias políticas e técnicas para modificação da realidade e formulação de formas de pressão sobre o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários à garantia e ampliação dos direitos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL, 1996).

Outra área que participou da pesquisa foi a educação, com seus profissionais:

Quadro 18 - Perfil dos Profissionais da área da educação

<b>Profissionais</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo de trabalho na Assistência Social</b>	<b>Vínculo de Trabalho</b>	<b>Carga horária</b>
Orientadora educacional	37 anos	Ens. Superior	18 anos	Concurso público	40 horas
Professora	43 anos	Ens. Superior	25 anos	Concurso Público	40 horas

Fonte: Elaborado pela autora.

A sétima profissional foi uma das orientadoras da Escola Nossa Senhora das Graças. A entrevista ocorreu na escola e a profissional destacou ao longo da conversa que suas expectativas são maiores que a realidade que a cerca. Refere o desejo de oportunizar as crianças e adolescentes uma possibilidade de romper com o ciclo familiar que acabam por repetir impreterivelmente. Entretanto, frustra-se, pois acredita que todos seus esforços são em vão.

O Decreto nº 72.846 de 26 de setembro de 1973, que dispõe sobre o exercício da profissão de orientador educacional determina no:

Art. 1º Constitui o objeto da Orientação Educacional a assistência ao educando, individualmente ou em grupo, no âmbito do ensino de 1º e 2º graus, visando o desenvolvimento integral e harmonioso de sua personalidade, ordenando e integrando os elementos que exercem influência em sua formação e preparando-o para o exercício das opções básicas (BRASIL, 1973).

O papel do orientador educacional, conforme a legislação vigente é contribuir para o desenvolvimento pessoal do aluno, auxiliar a escola a organizar e realizar a proposta pedagógica, orientar, ouvir e dialogar com alunos, professores, gestores e a comunidade. Além disso, o orientador deve ajudar o professor a lidar com as dificuldades de aprendizagem dos alunos.

O trabalho de orientar pedagogicamente as ações e operações vinculando-as ao ensino sustenta-se por três bases: o de articulação do coletivo da escola, respeitando as especificidades da mesma de modo a possibilitar desenvolvimentos reais de seus processos; o de formação continuada de professores de modo que as práticas docentes se coadunem com os objetivos da escola; e o de transformação da realidade, na medida em que questiona as práticas desenvolvidas na escola (PLACCO; ALMEIDA; SOUZA, 2011).

O trabalho compreendido como central na orientação educacional é demasiadamente complexo, segundo Placco, Almeida e Souza (2011), pois o sujeito atua em diversas dimensões de constituição dos outros e de si mesmo, a saber: afetiva, cognitiva e social, formando a partir do coletivo, a si e aos outros, ao mesmo tempo em que atua nesse mesmo coletivo, transformando a realidade. Realiza, assim, a complexa tarefa de gerar o que virá a partir do que é e do que já foi atribuindo significados e configurando sentidos para si ao mesmo tempo em que deve possibilitar esse processo para os outros.

A oitava profissional que participou da pesquisa foi a professora que trabalha em duas escolas, em períodos alternados. Demonstra ser muito sensível e comprometida com o trabalho, diz que está em processo de aposentadoria e que gosta muito do que faz e não se imagina longe da convivência dos alunos. Se emociona ao contar as histórias de vida dos alunos e das adversidades que eles enfrentam diariamente para sobreviver e da impotência que o profissional educador possui perante essa situação.

Nóvoa (2008) escreveu um dos capítulos do livro organizado por Tardif e Lessard (2008) intitulado “O ofício do professor”. Nesse capítulo, o autor descreve

na segunda parte sobre os dilemas da profissão docente. Uma das suas ideias principais alude à questão da formação docente estar relacionada a três grupos de competências: saber relacionar e saber relacionar-se, saber organizar e saber organizar-se e saber analisar e saber analisar-se. Quanto ao saber relacionar e relacionar-se, diz respeito à intervenção técnica que o espaço público da educação exige dos professores, para uma participação nos debates sociais e culturais, para o trabalho contínuo nas comunidades. Saber organizar e organizar-se aponta para a necessidade de reflexionar sobre o trabalho escolar e o trabalho profissional, exigindo uma nova atitude perante as práticas e dispositivos de avaliação das escolas e dos docentes. Quanto a saber analisar e analisar-se, o autor refere ser fundamental construir um espaço de discussão em que as práticas e as opiniões singulares adquirem visibilidade e são discutidas com o outro. Sobretudo, o autor ressalta que o trabalho pedagógico é:

1) É um processo de escuta, de observação e de análise, que se desenvolve no seio de grupos e de equipas de trabalho; 2) exige tempo e certas condições que estão muitas vezes ausentes da escola; 3) subentende uma relação forte entre as escolas e o mundo universitário, por razões de autoridade e de credibilidade; 4) implica formas de divulgação pública dos resultados (NÓVOA, 2008, p. 232).

Atualmente, a complexidade do trabalho escolar exige um aprofundamento das equipas pedagógicas. A competência coletiva, segundo Nóvoa (2008) é maior que a soma das competências individuais. É o que o autor denomina de “tecido profissional enriquecido”, pois se trata da necessidade de integrar a cultura docente um conjunto de modos coletivos de produção e de regulação do trabalho.

Para Freire, na obra *Pedagogia da autonomia* (FREIRE, 2006, p. 32):

O professor precisa saber muitas coisas para ensinar, sendo fundamental como devemos ser para ensinar é não o que é preciso saber para ensinar. O professor nunca deveria matar a criança que existe dentro de cada um de nós, pois matá-la seria uma forma de matar o aluno que está à nossa frente.

No processo de aprendizagem, para Freire, o aluno só aprenderá quando tiver um projeto de vida e sentir prazer no que está aprendendo. O aluno quer saber, mas nem sempre quer aprender o que lhes é ensinado. A rebeldia do aluno é um sinal de sua vitalidade, um sinal de sua inteligência, portanto, deve ser canalizada para a criatividade social e não para a violência.

Segundo Freire (2006) o ato de educar constitui-se de impregnar de sentido todos os atos da nossa vida cotidiana. É entender e transformar o mundo e a si mesmo. É compartilhar o mundo, conhecimentos, ideias, sentimentos. Educar é também desequilibrar, duvidar, suspeitar, lutar, tomar partido, estar presente no mundo. Educar é posicionar-se, não se omitir. Para Freire (1993, p. 38):

Não pode haver caminho mais ético, mais verdadeiramente democrático do que testemunhar aos educandos como pensamos, as razões por que pensamos desta ou daquela forma, os nossos sonhos, os sonhos por que brigamos, mas, ao mesmo tempo, dando-lhes provas concretas, irrefutáveis, de que respeitamos suas opções em oposição às nossas.

A educação é um lugar onde toda a nossa sociedade se interroga a respeito de si mesma, ela se debate e se busca. Para ser professor, conforme Freire (1993) é necessário: rigorosidade metódica, pesquisa, respeito aos saberes dos educandos, criticidade, ética e estética, corporificar as palavras pelo exemplo, assumir riscos, aceitar o novo, rejeitar qualquer forma de discriminação, reflexão crítica sobre a prática, reconhecer e assumir a identidade cultural, ter consciência do inacabamento, reconhecer-se como um ser condicionado, respeitar a autonomia do ser do educando, ter bom senso, ser humilde, tolerante, apreender a realidade, ser alegre e esperançoso, estar convicto de que mudar é possível, ser curioso, ser profissionalmente competente, ser generoso, comprometido, ser capaz de intervir no mundo. Ensinar exige liberdade e autoridade, tomada consciente de decisões, exige saber escutar e reconhecer que a educação é ideológica, exige disponibilidade para o diálogo e, finalmente, exige querer bem aos educandos.

Quanto à entrevista realizada com os profissionais, às principais demandas encontradas nos serviços de cada uma das áreas respectivamente. Com isso, construímos o quadro 19 abaixo, na coluna das falas dos sujeitos, a letra “P” e o número ao lado, correspondem ao profissional que fez o relato.

Quadro 19 - Identificação das respostas dos profissionais quanto as demandas enfrentadas

<b>Áreas</b>	<b>Grupo de respostas</b>	<b>Falas dos sujeitos</b>
Saúde	- Consulta Médica	P1: “A maioria das pessoas vem para consulta, eles querem o médico” P2: “Tem muita gente para consultar, eles querem receita para os remédios controlados”; P4: “As pessoas querem consultar, eles têm que vir tirar ficha de manhã, está sempre cheio de gente, faltam médicos”;
Educação	- Motivação dos alunos	P5: “Os alunos não têm preocupação com seu desempenho, se estão aprendendo, se foram bem nas provas”; P5: “Os métodos de ensino estão defasados com o tempo, falta de estrutura da escola”; P6: “Os alunos perderam o interesse, se o professor marca um trabalho ninguém entrega, perderam o interesse”; P6: “Os métodos de aula são os mesmos de quando a gente estava na escola”;
	-Participação da Família	P5: “Falta incentivo da família para estudar, acham que somente tem que frequentar a escola, e está bom, não estudam, não aprendem, passam pela escola sem aprender o conhecimento”; P6: “As famílias acham que é papel da escola a educação que deveriam ter em casa”; P6: “As famílias vêm à escola, mas tem alunos que a gente sabe a dificuldade que é para os pais saírem do trabalho”;
Assistência Social	- Carência – financeira, afetiva e cognitiva	P1: “As pessoas são carentes demais, a comunidade como um todo é carente de tudo, muita diferença social, eles têm dificuldade de entender, tem que ter paciência”; P2: “As famílias são carentes, muito carentes, falta o básico para eles sobreviverem, falta alimentação, moradia, carinho”; P3: “A gente nota as famílias desestruturadas, não tem atenção com os filhos, não desenvolveram afetividade”; P4: “Negligencia, falta de afeto, carinho, falta de perspectiva de vida”; P5: “Crianças vem para a escola porque tem a merenda, ficam no refeitório para ver se vai ter repetição”; P6: “As pessoas parecem não quererem o melhor para elas, se conformam com a pobreza”.

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir desses dados é possível verificar, primeiramente, o que os profissionais da saúde apontaram como principal demanda, ou seja, a busca por médicos por parte dos usuários. Na literatura, encontra-se os autores Matta e Morosini (2009) que fazem uma retomada dos modelos médicos que tivemos ao longo da história.

Destaca-se, conforme os autores, dentre os modelos médicos ao longo do tempo - o modelo biomédico e o modelo campanhista/preventivista – que marcaram, respectivamente, a assistência médica e a saúde pública, faces do setor de saúde brasileiro cuja separação, há muito instituída, ainda representa um desafio para a constituição da saúde em um sistema integrado. O modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomo-fisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente. Por outro lado, desde o final do século XIX, o modelo preventivista expandiu o paradigma microbiológico da doença para as populações, constituindo-se como um saber epidemiológico e sanitário, visando à organização e à higienização dos espaços humanos.

No Brasil, conforme Matta e Morosini (2009), os modelos de atenção podem ser compreendidos em relação às condições socioeconômicas e políticas produzidas nos diversos períodos históricos de organização da sociedade brasileira. O modelo campanhista – influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX – baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960.

Outro modelo existente é o previdenciário-privatista que teve seu início na década de 1920 sob a influência da medicina liberal e tinha o objetivo de oferecer assistência médico-hospitalar a trabalhadores urbanos e industriais, na forma de seguro-saúde/previdência. Sua organização é marcada pela lógica da assistência e da previdência social, inicialmente, restringindo-se a algumas corporações de trabalhadores e, posteriormente, unificando-se no Instituto Nacional de Assistência e



Previdência Social (INPS), em 1966, e ampliando-se progressivamente ao conjunto de trabalhadores formalmente inseridos na economia (MATTA; MOROSINI, 2009).

Ao final da década de 1970, diversos segmentos da sociedade civil, entre eles, usuários e profissionais de saúde pública – insatisfeitos com o sistema de saúde brasileiro iniciaram um movimento que lutou pela atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e culminou na instituição do SUS por meio da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90 (BRASIL, 1990b) e 8.142/90 (BRASIL, 1990c), chamadas Leis Orgânicas da Saúde.

O modelo atual de atenção em saúde pretende superar a clássica oposição entre assistência e prevenção, entre indivíduo e coletividade, que durante muitos anos caracterizou as políticas de saúde no Brasil. Dessa forma, remete-se à histórica cisão entre as iniciativas de caráter individual e curativo, que caracterizam a assistência médica, e as iniciativas de caráter coletivo e massivo, com fins preventivos, típicas da saúde pública.

De acordo com Matta e Morosini (2009) e Rezende (2010) os princípios e diretrizes das legislações vigentes que versam sobre a política pública de saúde remetem a atenção à saúde, tais como a - universalidade. O desafio está na organização da atenção à saúde, ou seja, é constituir um conjunto de ações e práticas que permitam incorporar ou reincorporar parcelas da população historicamente apartadas dos serviços de saúde. Da mesma forma, ao pautar-se pelo princípio da integralidade, a organização da atenção à saúde implica a produção de serviços, ações e práticas de saúde que possam garantir a toda a população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. Já em relação à equidade, a atenção à saúde, precisa orientar os serviços e as ações de saúde segundo o respeito ao direito da população brasileira em geral de ter as suas necessidades de saúde atendidas, considerando, entretanto, as diferenças historicamente instituídas e que se expressam em situações desiguais de saúde segundo as regiões do país, os estratos sociais, etários, de gênero entre outros.

Outra questão observada nas falas dos sujeitos refere-se à questão das “famílias desestruturadas”. Há no senso comum a tradição de expressar a estrutura das famílias quanto estruturadas e desestruturadas. Entretanto, na literatura, os autores denominam as famílias quanto a sua estrutura como funcionais ou

disfuncionais. De acordo com Wagner et al., (2011, p. 64): “[...] a estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as formas pelas quais os membros da família interagem”. Cada família constitui um sistema que opera através de padrões transacionais, isto é, padrões de funcionamento que são constantemente ativados quando algum membro do sistema está em interação com outro. E, na medida em que, esses padrões transacionais operam cada membro da família executa seus papéis e funções no sistema familiar.

Carter e McGoldrick (2005) ressaltam que os papéis familiares podem ser definidos como a forma como cada membro do sistema irá desempenhar a função que lhe compete naquele momento. Os papéis familiares se originam de funções e se baseiam nas relações familiares ou nas atribuições que a própria família dá a cada membro do sistema. Então, ao se analisar as famílias é necessário conhecer e identificar os seus sistemas de relação e, por conseguinte, identificar seus papéis e como está desempenhando suas funções.

Minuchin (1999) é um dos autores que escreve sobre família e em suas considerações sobre o assunto afirma que quando a família não consegue executar seus papéis, de acordo com suas funções, ocasiona problemas para todos os membros da família. E em algumas situações, é necessária a intervenção dos programas e políticas de atendimento, como no caso de famílias que não protegem e cuidam de seus membros, ocasionando que os sistemas de garantia de direitos atuem e tomem as providências cabíveis para proteção dos membros que se encontram mais fragilizados e que não conseguem por si só.

Na área da educação, os profissionais apontaram a motivação dos alunos e participação da família. A motivação não pode ser considerada como um traço relativamente estável da personalidade. Ela constitui um processo psicológico no qual interatuam as características de personalidade (por exemplo, motivos, razões, habilidades, interesses, expectativas, perspectiva de futuro) e as características ambientais percebidas. Isso implica que a motivação dos alunos pode ser modificada através de mudanças nos mesmos (por exemplo, diminuição de sua ansiedade nos testes; aumentando sua percepção de sua autoeficácia acadêmica), mas também através da mudança do seu ambiente de aprendizagem, segundo Lens, Matos e Vansteenkiste (2008) na cultura escolar (por exemplo, o currículo, as expectativas dos pais, o ambiente da sala de aula, no qual os professores são um fator importante).

Pesquisas realizadas pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica e pelo Ministério da Educação apontam que uma pequena parcela (13%) das escolas públicas do país mantém um relacionamento próximo com a família, segundo a Revista *saberes em rede* da CEFAPRO de Cuiabá/MT (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013). Por outro lado, 43,75% dos pais entrevistados acreditam que, se fossem promovidos mais encontros e palestras interessantes, haveria uma maior integração com a escola.

Segundo as pesquisas o afeto foi apontado como um dos fatores que influenciam no relacionamento dos pais com a escola, na medida em que o afeto desempenha um papel essencial no funcionamento da inteligência. A afetividade é uma condição necessária na constituição da inteligência. Essa afetividade começa na família e se estende para outros relacionamentos. Se há falta de vinculação afetiva familiar, pode haver também um impedimento para a construção de novos vínculos no ambiente escolar, e por conseguinte, impedir a criança de se mobilizar para a aprendizagem.

Conforme Szymanski (2004), a escola foi criada para servir à sociedade. Por isso, ela tem a obrigação de prestar contas do seu trabalho, explicar o que faz e como conduz a aprendizagem das crianças e criar mecanismos para que a família acompanhe a vida escolar dos filhos. Os educadores precisam deixar de lado o medo de perder a autoridade e aprender a trabalhar de forma colaborativa. Muitas vezes, a escola convoca os pais somente para tratar de aspectos negativos dos filhos ou da instituição e poucas vezes para construir de forma coletiva as soluções dos problemas que surgem no cotidiano.

Conforme Silva, Silva e Souza (2013) a escola necessita acostumar-se a programar atividades que aproximem cada vez mais os pais da escola e venham a reforçar o trabalho e envolvimento da família na escola juntamente com os Conselhos Escolares. À medida que isso acontece e seu trabalho é valorizado, o pai ou a mãe vai se entusiasmando a colaborar com a escola. É preciso começar com atividades menores, mesmo com poucos participantes, para ir conquistando a confiança dos pais e aumentando cada vez mais o número e a variedade de atividades, atraindo um público sempre maior. Principalmente, é importante não desanimar com os percalços que certamente surgirão no início, pensando sempre que é apenas o começo de algo que irá se tornar um grande sucesso. Podemos afirmar que a convivência sem conflitos entre família e escola só é possível se

houver uma relação mútua de confiança; quer dizer, nem os pais devem criticar sem conhecer realmente o que está ocorrendo, nem a escola pode tratar os pais como “intrusos” ou considerar sua presença incômoda; ouvir com atenção o que a família reporta é fundamental; aliás, ouvir e considerar, não apenas ouvir.

Quanto à percepção dos profissionais na área de assistência social está a carência vivenciada pela população do território que compreende a região Sul do Município de Caçapava do Sul. A nível nacional, conforme dados do IBGE que integram a Síntese de Indicadores Sociais 2017 – SIS 2017, o maior índice de pobreza se dá na Região Nordeste do país, onde 43,5% da população se enquadram nessa situação e, a menor, no Sul: 12,3% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). A situação é ainda mais grave se levadas em conta as estatísticas do IBGE envolvendo crianças de 0 a 14 anos de idade. No país, 42% das crianças nesta faixa etária se enquadram nestas condições e sobrevivem com apenas US\$ 5,5 por dia. Esse dado é reflexo da profunda desigualdade no país, e se dá em todos os níveis como, por exemplo, por gênero - as mulheres ganham, em geral, bem menos que os homens mesmo exercendo as mesmas funções, por raça e cor: os trabalhadores pretos ou pardos respondem pelo maior número de desempregados, têm menor escolaridade, ganham menos, moram mal e começam a trabalhar bem mais cedo exatamente por ter menor nível de escolaridade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Os dados com relação ao Município de Caçapava do Sul são do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016) e referem que o PIB é de R\$ 20.920,10 e o salário médio mensal era de 2.3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 18,7%.

Conforme o Relatório de Informações sobre o Cadastro Único e Programa Bolsa Família do Município de Caçapava do Sul (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2018), o número total de famílias com renda até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo no Município é de 3.348 famílias, o que representa um total de 11,2% da população do Município. Ainda, segundo esse relatório, o número de famílias que recebem o benefício de transferência de renda é de 1,882, representando, aproximadamente, 12,6 % da população total do Município.

Rego e Pinzani (2013) descrevem que a pobreza não pode ser considerada apenas pela perspectiva econômica, mas que geralmente esta associada à renda insuficiente. A pobreza não pode ser avaliada somente por meio do critério da renda,

pois está não diz tudo a respeito do nível de bem estar dos indivíduos. A presença da renda estável não constitui, portanto, uma garantia absoluta contra os problemas ligados à pobreza: estes se resolvem antes por meio de políticas públicas voltadas à satisfação de necessidade básicas, que diretamente (prestação de serviços básicos), quer indiretamente (criação das condições nas quais os indivíduos conseguem satisfazer suas carências básicas) que são de alimentação e vivência básica.

Uma distinção entre níveis de pobreza é relevante ser realizada, segundo Rego e Pinzani (2013). A pobreza primária é definida pela dificuldade ou impossibilidade de satisfazer necessidades básicas como: nutrição, moradia, por meio da renda. A pobreza secundária é definida pelo fato de que também quando sua renda é suficiente em si para satisfazer as necessidades, os pobres não conseguem fazê-lo por razões não imediatamente ligadas à renda. Para as autoras, a pobreza extrema considerada do ponto de vista econômico, tanto quanto ético, do ponto de vista objetivo, quanto subjetivo, se caracteriza por vários elementos que podem ser elencados da seguinte forma: falta de condições básicas para uma vida saudável; acesso nulo ou irregular à renda derivada de um trabalho regular; trabalho infantil e abandono escolar; alta natalidade; acidentes; falta de crédito; desigualdades internas às famílias; cultura de resignação e exclusão da cidadania.

Com relação especificamente ao Bairro Sul do Município de Caçapava do Sul não há dados estatísticos que demonstrem os índices de pobreza e extrema pobreza que existem entre a população deste território. A ausência de diagnósticos precisos referentes a estes dados deve impactar na elaboração de políticas públicas e na execução de ações e serviços dos programas existentes, seja na área da saúde, da educação ou da assistência social.

Os profissionais entrevistados, por sua vez, observam a carência em diversos sentidos que vivem as famílias residentes no Bairro Sul do Município de Caçapava do Sul e observam que possui relação com os dados relacionados acima no tocante a altas taxas de desemprego, baixa escolaridade e existência de desigualdades.

A partir dessas entrevistas realizadas, os profissionais avaliaram o Programa Bolsa Família na qual todas as áreas estão implicadas, conforme determina a legislação. O quadro 16 ilustra o grupo de respostas e as falas ilustrativas dos profissionais.

## Quadro 20 - Avaliação por parte dos Profissionais quanto ao Programa Bolsa Família

Áreas	Grupo de respostas	Falas ilustrativas
Saúde	- Realizar o trabalho para a assistência social	P3: “Acho errado a gente fazer a pesagem, deveria ser um profissional especializado”;
	- Acompanhamento das crianças e gestantes	P4: “É muito importante o posto fazer a pesagem porque toda a família tem um acompanhamento de perto pelos profissionais”; P5: “A gente vê que a vacinação não tem inadimplência”;
Educação	- Foco dos pais no benefício	P6: “Os pais se preocupam em mandar a criança para a escola para não perder o benefício, mas não se preocupa se está aprendendo ou não na escola;” P7: “Preocupação dos pais é com o benefício, mas deveria existir por parte do Programa uma exigência para os pais, por exemplo, fazer um curso profissionalizante;”
Assistência Social	- Beneficiários são acomodados	P4: “As famílias que recebem o bolsa a gente nota a acomodação, só querem fazer filho, tem umas famílias que querem ter mais filhos para aumentar o valor do bolsa”; P8: “Tinha que ter um prazo, como se fosse um seguro, para a família se organizar, caso não conseguisse continuava a receber, mas com a participação em curso, com busca de oportunidade”;

Fonte: Elaborado pela autora.

O primeiro ponto de análise constitui a expressão dos profissionais da área da saúde, que já foi abordado neste estudo, ou seja, as condicionalidades da saúde. Segundo a Lei nº 10.836/2004 (BRASIL, 2004a) e a PNAB (2012d) as condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família devem ser acompanhadas pelos profissionais da área da saúde pela justificativa de ser disponibilizado atenção integral às famílias e que estas sejam acompanhadas de forma absoluta, favorecendo assim o desenvolvimento de todos os indivíduos.

Quanto à percepção dos professores referente ao fato dos pais preocuparem-se em manter a criança e o adolescente na escola para obter o benefício do Programa Família e não atentarem para a aprendizagem, constitui um mito entre os profissionais. A análise desta questão perpassa, primeiramente, a intenção fundamental do Programa de Transferência de Renda que é estabelecer o cumprimento da condicionalidade da educação por compreender que além de ser um direito fundamental, constitui também uma alavanca para o desenvolvimento humano. Além disso, estudos como os citados nessa pesquisa reforçam os benefícios e avanços das crianças e adolescentes que são acompanhadas pela Educação quanto ao cumprimento das exigências legais.

A percepção dos profissionais de que os beneficiários do Programa Bolsa Família são acomodados por que recebem um benefício é contrariada de acordo com pesquisas realizadas como do IPEA, pois 7% dos empresários individuais são beneficiários do PBF. Além disso, 38% dos beneficiários são trabalhadores por conta própria, formalizados ou não (CAMPELLO; NERI, 2013). A formalização dos trabalhadores autônomos foi definida através Resolução nº. 48, de 11 de outubro de 2018 (BRASIL, 2018) que se caracteriza por ser uma forma de regularizar diversas atividades informais de modo a estabelecer o micro-empendedorismo individual e com isto, formalizar através de documento oficial e registro nos órgãos competentes.

Ainda sobre esse tema, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) a pedido do Ministério do Desenvolvimento Social (2010) publicaram um estudo vinculado ao Centro Internacional de Políticas para Crescimento Inclusivo (CPI-CI), onde se verifica que o programa não desestimula o trabalho. A pesquisa se baseia em dados do IBGE de 2006, a partir da taxa de ocupação dos que recebem o benefício pouco difere da taxa de ocupação dos que não recebem.

Outro dado desta pesquisa alude à percepção dos profissionais quanto ao seu trabalho em rede, sendo fundamental sua discussão em relação aos autores que embasam o tema.

## 5 REDE DE ATENDIMENTO E A RESOLUTIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A partir das entrevistas com os profissionais foi possível identificar as ideias referentes à articulação com outros serviços. O quadro 21 destaca as respostas dos profissionais de cada área referente ao assunto.

Quadro 21 - Fala dos profissionais quanto à articulação entre os serviços

Áreas	Grupo de respostas	Falas dos sujeitos
Saúde	- Percepção positiva dos demais serviços	P1: “A gente faz várias atividades em conjunto, campanhas, visitas, acompanhamento de casos em comum”; P3: “Sempre estamos trabalhando junto, quando necessita encaminhar uma situação, é atendida logo”; P5: “Temos uma parceria muito positiva, porque vamos na escola, a escola nos encaminha também, e o mesmo acontece com a assistência social”;
Educação	- Dificuldade com retorno	P5: “A gente encaminha, mas não obtém retorno nenhum”; P6: “Acho que existe os serviços, tem os profissionais, mas quando a gente encaminha um caso, não se sabe o que acontece, a gente fica mandando papel, mandando papel, e nada”; P8: “Tem os casos da FICAI mesmo, que era para se ter um retorno, afinal são encaminhados pela escola e não se sabe o que acontece”;
Assistência Social	- Existência dos serviços, mas sem articulação entre eles	P4: “Não existe a rede de serviços, existem os serviços, mas cada um trabalha no seu lugar, sem se articular uns com os outros”; P7: “Não tem articulação entre os serviços, não tem comunicação entre os setores”;

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir das respostas dos profissionais é imprescindível, primeiramente, analisar o conceito de rede. Para Junqueira (2000) a noção de rede pode ser compreendida como um emaranhado de relações nas quais os indivíduos constituem os nós, o que significa uma transformação das ideias sobre organização social. Neste sentido, a rede pode ser compreendida como o campo presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações constituídas ao longo do tempo. A ação em rede remete a uma interação de pessoas, de instituições, de famílias, de município, de estado, mobilizados coletivamente em torno de uma ideia ou atividade. Assim como uma



construção social, a rede depende da sensibilização, da participação e da organização coletiva dos atores sociais em torno de um objetivo comum.

A participação dos usuários na gestão dos serviços é determinada a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), e regulamentada através dos conselhos municipais. As legislações que garantem essa determinação nas áreas de saúde, educação e assistência social, são respectivamente: a Lei nº. 8142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990c); a LDB (Lei nº. 9394/1996), no artigo IX (BRASIL, 1996); e a LOAS (Lei nº.8742/1993) no artigo 18 que dispõem sobre a criação de conselhos em cada uma das esferas governamentais (BRASIL, 1993). A deliberação para a existência de conselhos que estejam articulados com a gestão na execução das políticas públicas é um marco histórico em nosso país, entretanto, observa-se que os cidadãos não possuem consciência de seu papel ativo nas políticas públicas.

Cabe aqui refletir sobre o conceito de cidadão e de cidadania. A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 1º, inciso II, reforça como um de seus fundamentos a cidadania. Carvalho (2008) trabalha sobre a construção desse conceito ao longo da história do nosso país e as dificuldades que se enfrenta até os dias atuais para a sua efetivação na prática.

Segundo Carvalho (2008) a palavra cidadania ganhou destaque após o período da ditadura militar no Brasil, em 1985. Entretanto, sua aplicação foi utópica, pois:

Naquele período havia a crença de que haveria a democratização das instituições e que traria rapidamente a felicidade nacional. Pesava-se que o fato de termos reconquistado o direito de eleger nossos Prefeitos, Governadores e Presidente da República, seria garantia de liberdade, de participação, de segurança, de emprego, de justiça social. [...] Passado esses anos após a ditadura e problemas centrais em nossa sociedade como a violência urbana, o desemprego, o analfabetismo, a má qualidade na educação, a oferta inadequada de serviços de saúde continuam sem solução ou se agravaram (CARVALHO, 2008, p. 05).

O autor refere que a cidadania possui várias dimensões e somente o exercício da liberdade ou do voto não garantem automaticamente o acesso pleno a direitos como deveria todo o cidadão, ou seja, aquele da qual se diz pleno de direitos civis e políticos garantidos pela legislação e desempenha deveres que lhe são atribuídos.

Conforme Carvalho (2008, p. 08):

Tornou-se costume desdobrar a cidadania em direitos civis, políticos e sociais. O cidadão pleno seria aquele que fosse titular dos três direitos. Cidadãos incompletos seriam aqueles que possuem somente alguns dos direitos. Os que não se beneficiassem de nenhum dos direitos seriam os não-cidadãos.

Os direitos civis são os que garantem a vida em sociedade, na medida em que permitem a liberdade aos indivíduos; os direitos políticos, por sua vez, garantem a participação do cidadão no governo e na sociedade e, os direitos sociais são os de educação, saúde, trabalho, entre outros. De acordo com o entendimento de Carvalho (2008), o desenvolvimento da cidadania perpassa pela educação popular, ou seja, é necessário que as pessoas conheçam seus direitos e se organizem para lutar por eles. Além disso, esse processo ocorre ao longo da história. Logo, observa-se que os cidadãos não exercem sua cidadania de forma plena como preconizada pela legislação.

As políticas públicas sociais básicas, principalmente a saúde, a educação e a assistência social, conforme reflete Bourguignon (2001) são setoriais e desarticuladas o que contrapõem a deliberação de ser descentralizadora, deixando prevalecer práticas que não promovem o cidadão. Observa-se que cada área da política pública possui sua rede própria de instituições e/ou serviços. O autor cita o exemplo da assistência social, que possui um conjunto de unidades e programas sociais que prestam serviços na área e, muitas vezes, atendem os mesmos usuários.

Essa ideia está presente nesta pesquisa, através do pensamento expresso sobre a rede de atendimento que os profissionais entrevistados referiram à dificuldade de retorno que os serviços apresentam, denotando estarem desarticulados entre si. Este fato gera consequências no atendimento ao público, na medida em que falta comunicação entre os serviços, duplicidade de atividades, refletindo a falta de organização e planejamento da gestão.

O impacto desta forma de gestão da política pública gera fragmentação da atenção às necessidades sociais; paralelismo de ações, centralização das decisões, informações e recursos; rigidez quanto às normas, regras e critérios de desenvolvimento dos programas; divergência quanto aos objetivos e papel de cada área, unidade, instituição ou serviço participante da rede; fortalecimento da hierarquia e poderes político/decisórios e fragilização do usuário – sujeito do conjunto de atenções das políticas públicas (BOURGUIGNON, 2001).

Segundo Junqueira (2004) as políticas públicas sociais básicas encaminham, cada uma a seu modo, uma solução, sem considerar o cidadão na sua totalidade e nem a ação das outras políticas sociais. Desta forma, a setorização das políticas públicas esbarra na própria consecução dos direitos sociais, que dependem da satisfação das diversas necessidades sociais inter-relacionadas. As demandas dos usuários são encaminhadas de setor em setor, sem que se tenha a satisfação integral de suas necessidades. Ao mesmo tempo, a população tem de se submeter a um paralelismo de ações, com preenchimento de um mesmo cadastro em diversos serviços ou ainda com repetição da mesma história nos vários atendimentos. Enfim, são variadas as situações que demonstram a fragmentação e a ausência de coordenação entre as ações de uma mesma política e entre as políticas para o atendimento da população.

Os efeitos desta fragmentação também são percebidos pelos profissionais que prestam diretamente os serviços a população.

A professora vê que seu trabalho perde efetividade se a criança que está sob seus cuidados além de não ter nutrição adequada, mora em condições adversas, não tem acesso a serviços de saúde, atividades de cultura, esportes e lazer, não é protegida de riscos e violências. O médico e a enfermeira também se afligem ao perceber que os agravos e riscos à saúde de determinado grupo não são superados porque sua moradia não tem saneamento, porque não há depósito de lixo nas proximidades etc. Só que nem a professora nem o médico têm, nas organizações tradicionais setorializadas, condições de encaminhar efetivamente esses problemas, de canalizar essas necessidades e demandas, que são de áreas distintas da administração pública (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU; 1997, p. 22).

Inojosa (1999) corrobora com essa ideia e afirma que os resultados da gestão das políticas públicas através das estruturas organizacionais públicas ou privadas têm sofrido críticas, principalmente, porque se articulam em sistemas onde as partes são interdependentes, mas o modo de operar é fragmentado. Logo, a atuação isolada dessas instituições formalizadas como figuras jurídicas de direito público ou de direito privado têm, frequentemente, apresentado uma relação custo/benefício baixo ou não tem conseguido alcançar objetivos mais amplos.

Bourguignon (2001) nos descreve que a teoria das políticas públicas sociais básicas parece divergir da prática, principalmente no tocante à descentralização, à participação social e à intersetorialidade. A intersetorialidade alude a um princípio que deveria orientar as práticas de construção das redes municipais de serviços, na medida em que forma a articulação entre as políticas públicas através do

desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção, à inclusão e à promoção das famílias, principalmente as que mais necessitam da intervenção estatal.

Para Inojosa (2001) a intersectorialidade além de articular os setores, deve promover a participação destes em todas as etapas da ação intersectorial, ou seja, no planejamento, na execução e na avaliação. Deve levar em conta as famílias que residem em um determinado território, pois sua realidade gera problemas, ameaças e oportunidades. Nesta perspectiva, é necessário moldar a ação governamental para um novo paradigma de uma nova organização do trabalho que permite romper com algumas práticas tradicionais, dentre elas, a de operar focado apenas no problema e na sua especificidade.

Castells (1999, p. 20) atenta para a emergência de uma nova forma de organização social baseada em rede e alude ao conceito como:

Um sistema de nós interligados. E os nós são, em linguagem formal, os pontos onde a curva se intersecta a si própria. As redes são estruturas abertas que evoluem acrescentando ou removendo nós de acordo com as mudanças necessárias dos programas que conseguem atingir os objectivos de performance para a rede.

Conforme o autor as redes são, na verdade, uma forma de organização pautada pela ética, com estrutura horizontal, autônoma, na qual a participação é incentivada, a diversidade valorizada e o protagonismo desenvolvido. Seus objetivos são definidos a partir de um diagnóstico elaborado coletivamente e nela devem estar representantes do poder público, das organizações da sociedade civil, empresas socialmente responsáveis, organizações sociais de origem empresarial (institutos e fundações), profissionais independentes e clientes atendidos

Quanto ao conceito de rede, destaca-se Inojosa (1999) que afirma a ideia de rede surge nas discussões sobre políticas sociais básicas, como uma alternativa para a gestão, com vistas a ampliar os resultados e impactos dessas políticas para os sujeitos.

O termo rede sugere processo de agregação entre entes de uma mesma natureza ou de natureza diferentes, no que diz respeito à filiação ao setor público ou setor privado, à figura jurídica, à competência, ao produto ou serviço, etc. (INOJOSA, 1999, p. 116).

Para Bourguignon (2001) o termo rede sugere ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção a todos os segmentos, inclusive os mais vulneráveis. Dentro deste conceito, destaca-se a distinção realizada por Bourguignon (2001, s./p., grifos da autora) com base em outros autores:

**REDES SETORIAIS PÚBLICAS:** são aquelas que prestam serviços e programas sociais consagrados pelas políticas públicas como educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação, cultura, lazer, etc.  
**REDES INTERSETORIAIS\*:** são aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

Encontra-se no ECA o ordenamento que garante a política de atendimento em rede e no artigo 86 diz: “A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 1990a).

Dessa forma, esperava-se que a partir desse regramento as práticas isoladas e compartimentalizadas das políticas públicas fossem abandonadas e dessem lugar a uma forma articulada de ações envolvendo todos os segmentos envolvidos. Nesse sentido, Ramos (2011) compara a construção do trabalho em rede à montagem de um quebra-cabeça, na medida em que, as peças são as entidades governamentais e não-governamentais, programas, políticas sociais, recursos públicos e privados, conselhos. Segundo a autora, no momento da montagem é possível que falte alguma peça, que inexistente no Município, como por exemplo, a inexistência de um determinado programa para atendimento de uma demanda específica por parte de um determinado público, mas que só é possível perceber a partir da sua montagem. É importante ressaltar, que cada peça nesse quebra-cabeça cumpre uma função única, singular, mas que mantém igual relevância perante todas as peças.

As redes desempenham funções importantes para a sociedade graças à propriedade conferida por sua estrutura de ligações imaginárias. Para Sanicola (1998), as principais são: de apoiar e de conter. As redes apresentam uma dinâmica constituída pelos movimentos que fazem circular as informações, as forças internas

e mobilizá-las para pontos de maior carga. Para a autora, a rede como deve ser construída, não deveria ter um centro, todavia, a família constitui o nó central das redes e ocupa papel principal, por caracterizar-se por ser fundamental para a sociedade. A família pode ser considerada o mais importante nó das redes por dois motivos. O primeiro, é que ela permanece ao longo do tempo, desde o nascimento até a morte, mesmo que ocorra a dissolução do vínculo permanece a experiência simbólica. Em segundo lugar, a família constitui o objetivo de todas as políticas disponibilizadas.

Carvalho (2003) introduz a ideia de rede como elemento estratégico na administração de organização e no fazer público. A autora estabelece uma relação do conjunto de redes no âmbito municipal e do microterritório com enfoque na forma de atuação para garantia de proteção e desenvolvimento social e elenca cinco tipos de redes, quais sejam: redes sociais espontâneas, redes de serviços sociocomunitários, redes sociais movimentalistas, redes privadas e redes setoriais públicas.

As redes sociais espontâneas, conforme Carvalho (2003) nascem do núcleo familiar ampliado (vizinhos, clubes, igrejas) e são caracterizados pela reciprocidade, cooperação, solidariedade, afetividade e interdependência. De outra parte, as redes de serviço sociocomunitários referem-se a uma extensão das redes sociais espontâneas. Podem ser identificadas pelas demandas locais coletivas e por estabelecerem relações cidadãs solidárias e na produção do bem comum. O terceiro tipo de rede contempla às redes sociais movimentalistas e configuram-se como movimentos sociais de defesa de direitos e de luta por melhores índices de qualidade de vida. Esse tipo de rede possui características de reunir uma multiplicidade e uma heterogeneidade de interlocutores e parceiros interessados em instituir o modo público e as garantias que a rede favoreça a proteção e o desenvolvimento social. Pode se identificar ainda, outro tipo de rede que é a rede privada, onde o mercado é o protagonista principal. Esta rede nem sempre é acessível a toda a população e caracteriza-se pela oferta de serviços mais especializados e de cobertura ampla.

De acordo com Guerra (2006) a rede não é um novo serviço e sim uma concepção de trabalho que envolve os mais diversos segmentos em prol de um objetivo em comum. Esse objetivo é definido a partir de um diagnóstico elaborado de forma coletiva, isto implica numa mudança de postura e práticas realizadas nos

variados serviços e na comunidade, pois diz respeito a uma alteração de cultura e hábitos ocasionados pelo trabalho verticalizado e setorializado.

Guerra (2006) descreve os elementos principais para organizar o trabalho em rede. O primeiro elemento é o que autora denomina de produtor social e os facilitadores que são os responsáveis pela formação da rede. Entretanto, a rede não deve ficar atrelada a uma pessoa ou organização, deve ser autônoma. Outro elemento da rede é o planejamento estratégico e este deve ser feito por todos os integrantes da rede, porém, os integrantes devem passar por uma capacitação para tal.

A intercomunicação é um fator essencial na rede: “[...] não há informações que só algumas pessoas detêm ou que insatisfeitos possam esconder para prejudicar os demais” (GUERRA, 2006, p. 07). É fundamental a criação de um banco de informações, de preferência informatizado que todos os integrantes da rede possam acessar.

Nesse sentido, outro elemento refere-se à sustentabilidade da rede que se constitui em um cenário de práticas, de experimentações e de aprendizagens em termos de participação, de tomada de decisão, de gestão compartilhada, entre outras, e cabe aos participantes definirem o caminho a ser percorrido. E, por fim, Guerra (2006) prevê como elemento importante da constituição da rede a avaliação que consiste numa etapa crucial principalmente para a implementação de políticas públicas na temática analisada.

No quadro 20, os profissionais descrevem como avaliam a rede de serviços existente no Município e percebe-se ao relacionar Guerra (2006) que não ocorre a atenção aos elementos descritos, tais como: planejamento estratégico, intercomunicação ou mesmo a fase de avaliação. Percebe-se que não há um trabalho em rede como os autores preconizam.

De outra parte, quando se pensa nos usuários e a sua avaliação sobre a rede de atendimento da qual se utilizam, é possível elucidar que os serviços existem e estão em funcionamento, entretanto não há a oferta de atendimento de acordo com as demandas dos usuários e não há a execução do trabalho em rede. Nesse sentido, reflete-se sobre a resolutividade dos serviços na prática e encontramos de forma vasta sua descrição e relação com demais conceitos na área da saúde.

Rezende (2010) realiza uma revisão da literatura sobre este tema. Segundo a autora, o conceito de resolutividade tem equivalência com o ato de solucionar, dar

solução a algo. No campo da saúde, refere-se a diferentes enfoques, sendo possível associá-lo a aspectos como: demanda, satisfação dos usuários, tecnologia dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade de serviços, a formação dos recursos humanos, às necessidades de da saúde da população, aos aspectos culturais e socioeconômicos os usuários.

Conforme Rezende (2010), a avaliação da resolutividade de um serviço depende dos sujeitos que o avaliam e o que se pretende avaliar num determinado momento. Com relação a avaliação por parte dos usuários quanto a resolutividade de um serviço, é necessário ter critérios bem delineados para definir o que significa aquele serviço para ele. Nesse sentido, um serviço com alta resolutividade tende a ter maior participação da comunidade, na medida em que, constitui uma importante ferramenta para a gestão, possibilitando encontrar respostas para os problemas enfrentados.

Quanto à avaliação dos serviços, realizada principalmente pelos usuários, pode-se constatar que está prevista nos ordenamentos das políticas públicas, todavia, não é efetuado pelos serviços de atendimento. Logo, a falta da escuta dos principais interessados na execução do serviço que são os usuários, ocasiona o atendimento parcial das demandas, pois não há planejamento as ações em conjunto com todos os envolvidos, caracterizando uma prática profissional verticalizada e inflexível, considerando que apenas uma das partes detém a sabedoria inabalável do que é necessário fazer ao outro.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Políticas Públicas são o pano de fundo do nosso cotidiano. Elas estão presentes principalmente no discurso dos gestores e das lideranças da sociedade civil, porém sua compreensão e relevância para nossa vivência ainda é pouco esclarecida. Segundo Souza (2006) sua descrição foi necessária quando, em dado momento da história moderna, percebeu-se que a burocracia estatal não deveria apenas garantir a ordem e a segurança social, mas também prover serviços destinados a diminuir as desigualdades sociais e originar o crescimento econômico. Portanto, política pública compreende o conjunto de intervenções e ações do Estado orientadas para a geração de impactos nas relações sociais, sendo as mais conhecidas às políticas de educação, saúde, assistência social, transporte, habitação, entre outros.

O Estado possui papel preponderante na elaboração das políticas públicas, pois mobiliza os recursos que serão destinados na execução destas. O estudo sobre as políticas públicas demonstra que em seu processo de elaboração e estruturação, muitos elementos estão em jogo, entre os principais encontra-se: a agenda pública, os interesses de atores envolvidos, a implementação e a avaliação. Contudo, é necessário que os atores das políticas públicas entre eles, os cidadãos, que são o público-alvo destas e os técnicos que atuam na prática participem de forma efetiva de todo o processo que compete as políticas públicas, pois atualmente as políticas públicas, sobretudo as política sociais básicas denotam ser ordenadas de forma a não suprir as demandas de atendimento existentes, como evidenciou os resultados desta pesquisa.

Esta dissertação buscou responder o seguinte problema: de que maneira as famílias e os profissionais das diferentes políticas sociais básicas, entre elas a educação, a saúde e a assistência social avaliam os serviços oferecidos pelo poder público?

O objetivo geral que baseou esta pesquisa pretendeu analisar como as famílias e os profissionais das diferentes políticas públicas sociais básicas, entre elas: a Educação, a Assistência Social e a Saúde avaliam os serviços oferecidos pelo poder público. Os objetivos específicos foram: identificar os serviços oferecidos pelas diferentes políticas públicas básicas na perspectiva da família; verificar como os profissionais que atuam nas políticas públicas básicas avaliam os serviços,

buscar se as necessidades das famílias que utilizam os serviços oferecidos pelas políticas públicas básicas são atendidas e, levantar o índice de resolutividade dos serviços oferecidos. Este último objetivo específico não foi possível mensurar, cabendo aprofundar em estudos futuros sobre este tema. O trabalho como psicóloga na área de políticas públicas influenciou a escolha do tema em questão e conduziu a realização deste estudo que não se encerra aqui, pois a construção do trabalho deste profissional deve ser pautada, principalmente, pelo compromisso social e comprometimento com os seres humanos.

A partir da Constituição Federal (BRASIL, 1988) inaugurou-se uma nova forma de estabelecer as políticas públicas em nosso país, pois a partir desse marco foi estabelecido novo ordenamento para cada uma das áreas sociais básicas, ou seja, saúde, educação e assistência social começaram a ser estruturadas com vistas à descentralização e a participação dos indivíduos. O território brasileiro possui uma vasta extensão e seus habitantes possuem uma série de características, demarcadas pela região, história, cultura, valores, costumes e necessidades. Por isso, elaborar políticas públicas em nosso país é um desafio que necessita engajamento contínuo para que os direitos se efetuem na prática e não fiquem apenas descritos no papel.

As famílias encontram-se no bojo das políticas públicas, também estão em constante transformação e se modificam ao longo do tempo, em decorrência principalmente das questões vividas em sociedade, das mudanças nos cenários políticos, históricos e sociais observados até os dias de hoje.

Esta pesquisa caracterizou-se por ser qualitativa e utilizou-se do método de estudo de caso. O estudo foi realizado no Bairro Vila Sul do Município de Caçapava do Sul, RS. Participaram do estudo dois grupos. O primeiro grupo foi constituído por seis famílias beneficiárias do Programa de Transferência de Renda Bolsa Família, dentre essas, três estavam recebendo o benefício regularmente e, outras três, havia tido o benefício suspenso por descumprimento das condicionalidades do Programa. O segundo grupo era formado por profissionais que atuam nos serviços que representam as políticas públicas sociais básicas, ou seja, posto de saúde, escola e unidade de assistência social.

Na realização dessa pesquisa, uma das facilidades encontradas foi à pesquisadora ter contato com as famílias e profissionais que participaram, pois auxiliou no conhecimento da realidade pesquisada e acesso aos meios de

realização da pesquisa. Por outro lado, uma das dificuldades enfrentadas foi o tempo para realizar mais entrevistas e ampliar a amostra pesquisada.

Observou-se que no tocante às famílias entrevistadas, o perfil apresentado correspondia ao perfil das famílias descrito nacionalmente, isto é, são famílias em que a mulher é a responsável familiar. Observa-se que esta é uma mudança expressiva ocorrida nos últimos anos nas famílias brasileiras de baixa renda e possui um impacto no desenvolvimento destas, pois a mulher tem assumido o papel de protagonista na história da constituição familiar, sendo a principal responsável pelo sustento e proteção de seus membros.

Outro dado é concernente à renda das famílias entrevistadas, que constituía basicamente do Programa Bolsa Família e trabalhos informais. As famílias participantes da pesquisa possuem o perfil estipulado pelo Governo Federal que as caracteriza no nível da extrema pobreza. Esse fator agrava-se nas famílias em que o recurso do Programa foi suspenso pelo descumprimento das condicionalidades. A condicionalidade imposta pelo programa e descumprida pela família foi a da educação. Os filhos, na fase da adolescência não frequentam a escola de forma regular o que acarreta a suspensão do recurso. Foi possível perceber que a intenção do Programa Bolsa Família ao exigir a participação das crianças e, principalmente, dos adolescentes na escola ocorre para prevenir que estes adolescentes entrem precocemente no mercado de trabalho e perpetuem o ciclo de baixa escolaridade e de empregos informais dos pais.

O nível de escolaridade dos pais das famílias entrevistadas é baixo. Isto evidenciou a dificuldade dos pais em conseguirem emprego formal e melhores condições de subsistência, e por conseguinte, qualificar a forma de vida da família e seu desenvolvimento. Ao analisar a idade e ano que as crianças e adolescentes das famílias entrevistadas estão estudando, percebeu-se que os casos de distorção se encontram entre os adolescentes das famílias que estão em descumprimento das condicionalidades. Esse dado remonta a questão da importância da educação para o cidadão e o rompimento com a própria história familiar. Esse dado revela ainda, que as famílias acabam por possuírem baixa autoestima, por não conseguirem se constituírem autônomas e modificarem a sua própria trajetória.

O idoso fazia parte de apenas uma família que participou desta pesquisa, embora se saiba que ele está presente em um número bem expressivo de famílias brasileiras. Esse fato ocorre, a partir do envelhecimento cada vez maior da nossa

população. Além disso, os idosos são responsáveis, muitas vezes pelo sustento financeiro das famílias e pela criação dos netos, outro fator que indica as mudanças ocorridas nas famílias nos últimos anos.

Ao analisar as famílias deste estudo, percebeu-se o elevado número de filhos por família e a faixa etária em média, jovem dos pais. Este dado é relevante quando se remete às políticas públicas de planejamento familiar quase que imperceptíveis pelos programas de saúde atuais. Entretanto, é necessário refletir sobre essa questão, pois ela repercute no desenvolvimento familiar como um todo.

Outra questão identificada nas famílias refere-se à presença de doença em seus integrantes. O processo de doença torna a família suscetível a uma série de fatores, entre eles, a necessidade de atenção aos seus membros, o atendimento as suas demandas de serviços, tais como: atendimento médico, exames, administração de medicamentos e, muitas vezes, cuidados especiais. Logo, a presença de doença na família ocasiona a necessidade de um olhar diferenciado por parte dos serviços públicos para o atendimento das necessidades específicas dessa família.

As famílias descreveram os serviços disponibilizados pelas políticas públicas básicas e apontaram de forma positiva o atendimento realizado pelos profissionais. Os pontos negativos dizem respeito à necessidade de maior oferta de serviço para dar conta de suas demandas e as sugestões vão ao encontro dessa proposta de melhoria e ampliação dos serviços ofertados pelas políticas públicas para a população. Uma das políticas abordadas neste estudo e que mantém relação com essa questão refere-se à política de humanização, pois denota ser bem descrita em seu escopo teórico, mas na prática ainda parece difícil sua concretização.

O grupo dos profissionais entrevistados apresenta como principal característica serem concursados e a maioria com nível de escolaridade superior. Um dos dados que emergiu das entrevistas foi concernente às demandas enfrentadas pelos profissionais que atuam nos respectivos serviços. Os profissionais dos serviços de saúde citam como principais demandas a falta de oferta de atendimentos especializados e a falta de recursos para efetuar as atividades. Os profissionais da educação referem a motivação dos alunos para estudar e a participação da família como as principais demandas enfrentadas pela escola. Os profissionais da assistência social indicam o alto nível de carência da população, tal como: carência financeira, afetiva e cognitiva. As demandas citadas pelos

profissionais apresentam ressonância no perfil das famílias quanto à renda familiar baixa e o fator dos filhos adolescentes não frequentarem a escola.

Um dos serviços preconizados no âmbito da Assistência Social é o PAIF, que é desenvolvido no CRAS e promove o trabalho social com as famílias, prioritariamente, as que são beneficiárias do Programa Bolsa Família. Observou-se a partir desse estudo que, assim, como outros serviços, há a existência do trabalho, mas este não é realizado de acordo com o que é recomendado pelas orientações técnicas para sua execução e uma das principais questões para seu impasse está na articulação da rede de atendimento por parte dos profissionais que compõem este serviço. Neste sentido, nota-se ainda, que é necessário que os profissionais que compõem o serviço tenham, sobretudo, comprometimento com o trabalho realizado e com o público-alvo atendido.

Quanto à descrição das atividades realizadas pelos profissionais, observou-se que há compatibilidade entre as tarefas que executam no serviço e as que estão tipificadas na legislação. Entretanto, as famílias desconhecem a função e o papel desempenhado pelos profissionais de acordo com a política pública de cada área. Uma das situações abordadas pelas famílias foi a ausência do agente de saúde para realizar o acompanhamento familiar. Porém, de acordo com a descrição das atividades do profissional, o programa de atendimento prioriza e exige que sejam atendidos públicos específicos, na qual algumas famílias ficam à margem. Além disso, observou-se que a falta de comunicação entre os serviços prejudica o atendimento das demandas de forma integrada e resolutiva.

Os profissionais realizaram uma avaliação do Programa Bolsa Família e indicaram que acreditam que o Programa pela sua intersectorialidade é positivo, mas necessita modificar pontos importantes, tais como: o tempo de recebimento do benefício e a obrigatoriedade de realizar qualificação profissional. Além disso, os profissionais reforçam alguns mitos que envolvem o Programa, entre eles: o fato das famílias aumentarem o número de filhos para aumentar o valor do benefício e não desejarem obter outra renda ou os pais visarem somente o benefício do Programa Bolsa Família ou, ainda, os beneficiários serem acomodados e não buscarem uma fonte de renda formal. Essas crenças foram derrotadas através de pesquisas realizadas com beneficiários do Programa nos últimos anos, que indicaram serem inverídicas, contudo, permanecem no discurso e imaginário da sociedade em geral. Essa ideia é agravada quando se observa que os profissionais que atuam no serviço

possuem uma concepção distorcida e errônea do programa em que atuam e esse pensamento influencia a sua prática com as famílias que são o público-alvo.

O Programa de Transferência de renda Bolsa Família foi o pano de fundo deste estudo precisamente porque se constitui numa articulação intersetorial das três políticas públicas sociais básicas em tela – saúde, educação e assistência social, através do acompanhamento de suas condicionalidades por profissionais dessas políticas. A exigência das condicionalidades, por parte do Programa não são por acaso e sim para que as famílias tenham por parte das políticas públicas o acompanhamento muito próximo de suas necessidades.

Sobre a rede de atendimento foi avaliada pelos profissionais dos serviços das principais políticas públicas sociais básicas e foi apontado como positivo a existência e funcionamento dos serviços, contudo inexistente relação entre eles, no sentido de realizar a referência e a contrarreferência de famílias de modo efetivo ou mesmo a articulação entre os serviços existentes para oferecer um trabalho integral às famílias. Observa-se que não há articulação entre os serviços e falta a observância ao regramento das políticas públicas que preconiza essa forma de trabalho. Notou-se que na constituição de cada política social básica e o ordenamento dos Programas e Serviços ofertados por elas existe a obrigatoriedade dessa articulação. Todavia, os profissionais possuem uma visão apenas do ponto de vista da sua área de atuação e desconhecendo as demais na qual o sujeito vive em seu contexto e que pode incidir definitivamente para que o atendimento realizado seja efetivo.

Um dos exemplos mais contundentes da obrigatoriedade das políticas públicas se articularem enquanto rede de atendimento oferecido para que contemplem as famílias, está previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, no artigo 86 (BRASIL, 1990a). Constata-se que as políticas públicas possuem a teoria de como serem executadas, mas na prática há a dificuldade de implementação, pois dependem de fatores que extrapolam a existência do papel.

Dessa forma, é possível descrever que as políticas públicas sociais básicas estão bem estruturadas em sua forma de execução dos serviços. As políticas de saúde, educação e assistência social preveem em seu escopo a articulação entre os serviços para darem conta da integralidade do indivíduo. Entretanto, é necessário que os profissionais realmente consigam ver o indivíduo na sua integralidade e consigam articular de fato os serviços. Além disso, é necessário que os indivíduos e a família conheçam as políticas públicas e assumam seu papel na participação social

para garantirem o direito ao atendimento de qualidade e resolutivo de suas demandas.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller (Orgs.). **Famílias: redes, laços e políticas públicas**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais; PUC-SP, 2008.

AGATTE, Juliana Picoli; ANTUNES, Marcos Maia. Condicionalidade de educação do Programa Bolsa Família: concepção e organização do acompanhamento. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, Brasília, n. 18, 2014. Disponível em:

<[http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudos%2018\\_final.pdf](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Caderno%20de%20Estudos%2018_final.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2018.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 1996. Disponível em:

<[http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento\\_201603311138166377210.pdf](http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BAPTISTA, Makilim Nunes; MAYCOLN, Teodoro (Orgs.). **Psicologia da família: teoria, avaliação e intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BONETI, Lindomar. **Políticas Públicas por Dentro**. Ijuí: Editora: Unijuí, 2011.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de rede intersetorial**. [S.l.], 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em: 20 out. 2018.

BRASIL. Decreto nº 72.846, de 26 de setembro de 1973. Regulamentada a Lei n.º 5.564, de 21 de dezembro de 1968, que provê sobre o exercício da profissão de orientador educacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Poder Executivo, 27 set. 1973. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/d72846.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d72846.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-norma-pl.html>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder



Legislativo, Brasília, DF, 16 jul. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em 10 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html>>. Acesso em 10 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 31 dez. 1990c. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1993/lei-8742-7-dezembro-1993-363163-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm)>. Acesso em: 25 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso; Lei do Idoso. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 02 out. 2003a. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10741-1-outubro-2003-497511-norma-pl.html>>. Acesso em 10 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007**: Resumo das atividades realizadas em 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area\\_saude\\_mulher\\_resumo\\_atividades\\_2003.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area_saude_mulher_resumo_atividades_2003.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 12 jan. 2004a. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2004/lei-10836-9-janeiro-2004-490604-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em 10 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 13.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2004b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5209.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5209.htm)>. Acesso em 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial nº 3.789, de 17 de novembro de 2004. Estabelece atribuições e normas para o cumprimento da Condicionalidade da Frequência Escolar no Programa Bolsa Família. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov. 2004c. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=9908-portaria-interministerial-3789-04-secadi&category\\_slug=fevereiro-2012-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=9908-portaria-interministerial-3789-04-secadi&category_slug=fevereiro-2012-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 - Norma Operacional Básica NOB/SUA**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 6135, de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2007. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6135-26-junho-2007-555845-publicacaooriginal-75331-pe.html>>. Acesso em: 10 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. 1. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/orientacoes\\_Cras.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 07, de 10 de setembro de 2009. Dispõe sobre os procedimentos para a gestão integrada dos serviços, benefícios socioassistenciais e transferências de renda para o atendimento de indivíduos e de famílias beneficiárias do PBF, PETI, BPC e benefícios eventuais, no âmbito do SUAS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 out. 2009b. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CIT%20no%2007-%20de%2010%20de%20setembro%20de%202009.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CIT%20no%2007-%20de%2010%20de%20setembro%20de%202009.pdf)>. Acesso em 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009c.

Disponível em: <[http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/Protocolo%20de%20Gestao3o\\_internet.pdf](http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/Protocolo%20de%20Gestao3o_internet.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun. 2009d. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf)>. Acesso em 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o Programa Mais Educação. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jan. 2010. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7083-27-janeiro-2010-601492-norma-pe.html>>. Acesso em 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 177, de 16 de junho de 2011. Define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, revoga a Portaria nº 376, de 16 de outubro de 2008, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 2011a. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa\\_familia/portarias/2011/Portaria%20no%20177%20-%20MDS%20de%202016%20de%20junho%20de%202011.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/portarias/2011/Portaria%20no%20177%20-%20MDS%20de%202016%20de%20junho%20de%202011.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun. 2011b. Disponível em: <[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011\\_comp.html](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html)>. Acesso em 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2011c. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha\\_CFESS\\_Final\\_Grafica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 251, de 12 de dezembro de 2012a. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 jan. 2013. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/legis\\_24102062\\_PORTARIA\\_N\\_251\\_DE\\_12\\_DE\\_DEZEMBRO\\_DE\\_2012.aspx](http://www.lex.com.br/legis_24102062_PORTARIA_N_251_DE_12_DE_DEZEMBRO_DE_2012.aspx)>. Acesso em 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica NOB – Suas**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2012b. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS\\_2012.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. **Orientações técnicas sobre o PAIF**. 1. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social; Sistema Único de Assistência Social, 2012c. Disponível em:

<[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/Orientacoes\\_PAIF\\_2.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012e. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Poder Executivo, 31 dez. 2013. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/outras-relevantes/portaria\\_-\\_politica\\_nacional\\_de\\_atencao\\_hospitalar\\_-\\_ministerio\\_da\\_saude.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/outras-relevantes/portaria_-_politica_nacional_de_atencao_hospitalar_-_ministerio_da_saude.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. **Instrução Operacional e Manual de Orientações nº 01 SNAS –MDS / SEB - MEC, 18 de dezembro de 2014**. Orienta a atuação dos gestores, equipes de referência, trabalhadores dos Municípios, Estados e Distrito Federal em relação à articulação e integração das ações do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV e o Programa Mais Educação – PME. Brasília: SNAS/MDS; SEB/MEC, 2014. Disponível em: <<http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2015/01/IO-SCFV-final.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 8.794, de 29 de junho de 2016. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e o Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011, que institui o Plano Brasil Sem Miséria, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jun. 2016. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2016/decreto-8794-29-junho-2016-783290-norma-pe.html>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017a. Disponível em: <[http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. **Programa Mais Médicos**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Cartilha-Mais-Medicos-Versao-Eletronica.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Resolução CGSIM nº 48, de 11 de outubro de 2018. Dispõe sobre o procedimento especial para o registro e legalização do Microempreendedor Individual - MEI, por meio do Portal do Empreendedor. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 dez. 2018. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-gcsim-48-2018.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CABRAL, Edson Araújo. Política pública: o que é e como se faz. In: CENTRO DOM HELDER CÂMARA DE ESTUDOS E AÇÃO SOCIAL (Org.). **Sistema de Garantia de Direitos: Um caminho para a proteção social**. Recife: CENDHEC, 1999. p. 131-140.

CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes (Orgs.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA, 2013.

CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica (Orgs.). **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania do Brasil: O longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CARVALHO, Maria do Carmo. A ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos. **Revista de Información del Tercer Sector**, [S.l.], abr. 2003. Disponível em: <[http://www.lasociedadcivil.org/wp-content/uploads/2014/11/a\\_ao\\_em\\_rede\\_na\\_implementao.pdf](http://www.lasociedadcivil.org/wp-content/uploads/2014/11/a_ao_em_rede_na_implementao.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2017.

CARVALHO, Maria Luiza Santos. Famílias chefiadas por mulheres: uma relevância política social dirigida. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 19, n. 57, p. 74-98, jul. 1998.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. Tradução de Roneide Venâncio Majer. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CHRISPINO, Alvaro. **Introdução ao Estudo das políticas públicas: uma visão interdisciplinar e contextualizada**. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

CIRENO, Flávio; SILVA, Joana; PROENÇA, Rafael Prado. Condicionalidades, desempenho e percurso escolar de beneficiários do Programa Bolsa Família. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes (Orgs.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA, 2013. p. 297-304.

COSTA, Jorge Adelino. Projectos educativos das escolas: um contributo para a sua (des)construção. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 24, n. 85, p. 1319-1340, dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302003000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302003000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2017.

COUTRIM, Rosa Maria da Exaltação. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Soc. estado.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 367-390, ago. 2006.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922006000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922006000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2019.

DIMENSTEIN, Gilberto. **Cidadão de papel: a Infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil**. Rio de Janeiro: Ática, 2003.

FERNANDES, Carmen Luiza Corrêa; CURRA, Lêda Chaves Dias. Ferramentas de abordagem da família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (Org.). **Programa de Atualização de Medicina da Família e comunidade (PROMEF)**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2005. p. 11-41.

FONSECA, Marília. Projeto político pedagógico e o Plano de Desenvolvimento da Escola: duas concepções antagônicas de gestão escolar. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 302-318, dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32622003006100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622003006100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 out. 2018.

FREIRE, Paulo. **Política e Educação**. São Paulo: Cortez, 1993.

\_\_\_\_\_. **Educação Como prática de liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Panorama da distorção idade-série no Brasil**. Brasília: UNICEF, 2018. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/461/file>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

GONÇALVES, Antonio Sérgio; GUARÁ, Isa Maria Rosa. Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, Isa Maria F. R. (Org.). **Redes de proteção social**. 1. ed. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA; Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. p. 11-29.

GUERRA, Viviane. **Como organizar redes de combate à violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Trabalho apresentado dentro do Curso Administração para Organizações do Terceiro Setor, Módulo III, São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

HOFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-32622001000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622001000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

INOJOSA, Rose Maria. Redes de Compromisso Social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 33, v. 5, p. 115-141, set./out. 1999. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7628/6155>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

Disponível em:

<[https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia\\_politicas\\_servicos\\_publicos.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, 2010. Disponível em:

<<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>.

Acesso em: 20 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico 2016**. Brasília, 2016. Disponível em:

<<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em:

<<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Censo Escolar**. Brasília, 2017. Disponível em:

<<http://inep.gov.br/resultados-e-resumos>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

JÚNIOR, Helvécio; JAIME, Patricia; LIMA, Ana Maria. O papel do setor de saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes (Orgs.). **Programa Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: IPEA, 2013. p. 93-107.

JANCZURA, Rosane. Risco ou Vulnerabilidade Social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301-308, ago./dez. 2012. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/12173/8639Risco%20ou%20vulnerabilidade%20social>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

JEFFREY, Débora Cristina (Orgs.). **Política e Avaliação Educacional**: Interfaces com a epistemologia. Curitiba: CRV, 2015.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. Intersectorialidade, transsectorialidade e redes sociais de saúde. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000. Disponível em:

<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346/4931>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, abr. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil**: a experiência de Fortaleza. Caracas: UNESCO/CLAD, 1997.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades entre territórios de vida e territórios vividos**. São Paulo: Cortez, 2003.

LEMOS, Felipe. A questão epistemológica do pesquisador que pesquisa dentro da sua organização. In: INTERPROGRAMAS, SECOMUNICA, 3., 16., Brasília/DF. **Anais...** Brasília/DF: Universidade Católica de Brasília, 2017. p. 19-25. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/AIS/article/download/9179/5505>>. Acesso em: 10 out. 2018.

LENS, Willy; MATOS, Lennia; VANSTEENKISTE, Maarten. Professores como fontes de motivação dos alunos: O quê e o porquê da aprendizagem do aluno. **Educação**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 17-20, jan./abr. 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/2752/2100>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

MARQUES, Ramiro. **Professores, família e projeto educativo**. Porto: Asa Editores, 2001.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009. p. 44-50. Disponível em: <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Relatórios de Informações Sociais**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Saiba mais – Programa Mais Educação**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/programa-mais-educacao/apresentacao?id=16689>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. **Programa Novo Mais Educação**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/programa-mais-educacao/apresentacao>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MINUCHIN, Pedro et al. **Trabalhando com famílias pobres**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. O trabalho em redes como um procedimento de intervenção profissional: o desafio de requalificação dos serviços. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 51-58, jan./jun. 2002. Disponível em:



<<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/5870>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Silvio Manoug (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 7. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2005. p. 26-46.

NICHOLS, Michael; SCHWARTZ, Richard. **Terapia Familiar: Conceitos e Métodos**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NÓVOA, António. Os Professores e o Novo Espaço Público da Educação. In: TARDIF, Maurice; LESSARD, Claude (Orgs.). **Ofício de Professores: história, perspectivas e desafios internacionais**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 217-233.

OLIVEIRA, Marcia; SILVA, Neusa. Participação de aposentados nas transferências de recursos da família. **Revista de C. Humanas**, Viçosa, v. 12, n. 1, p. 135-144, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufv.br/ojs/RCH/article/view/3912>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

OSÓRIO, Luis Carlos. **Manual de Terapia Familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1996.

PLACCO, Vera Maria Nigro De Souza; SOUZA, Vera Lucia Trevisan De; ALMEIDA, Laurinda Ramalho De. O coordenador pedagógico: aportes à proposição de políticas públicas. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 42, n. 147, p. 754-771, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-15742012000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742012000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

POLONIA, Ana da Costa; DESSEN, Maria Auxiliadora. Em busca de uma compreensão das relações entre família escola. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, Campinas, v. 9, n. 2, p. 303-312, dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572005000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572005000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

PRATI, Laíssa Eschiletti; COUTO, Maria Clara P. de Paula; KOLLER, Sílvia Helena. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 403-408, set. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722009000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

RAMOS, Nara Vieira. **Rede de Atendimento a crianças, adolescentes, jovens, idosos e famílias**. Santa Maria: Editora UFSM, 2011.

RANIERI, Nina Beatriz Stocco. **Educação Superior, Direito e Estado: na Lei de Diretrizes e Bases (Lei nº 9.394/96)**. 1. ed. São Paulo: EDUSP; FAPESP, 2000.

REGO, Walquíria; PINZANI, Alessandro. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. São Paulo: Unesp, 2013.

REZENDE, Verônica Amorim. **A resolutividade da atenção básica**: uma revisão de literatura. 2010. 44 p. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

RIBEIRO, Rosana; CACCIAMALI, Maria Cristina. Defasagem idade-série a partir de distintas perspectivas teóricas. **Rev. Econ. Polit.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 497-512, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-31572012000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572012000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

RIZZINI, Irene. Crianças, adolescentes e suas bases familiares: tendências e preocupações globais. In: SOUZA, Sônia Gomes; RIZZINI, Irene (Orgs.). **Desenhos de Família**: criando filhos – a família goianense e os elos parentais. Goiânia: Cãnone Editorial, 2001. p. 24-44.

SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 1998.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/392/460>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SILVA, Adriane Giugni da; PALHANO, Eleanor Gomes da Silva. Formação profissional: uma alternativa inclusiva para pessoas com deficiência. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 28., 2005, Caxambu/MG. **Anais...** Caxambu/MG: ANPED, 2005. p. 01-06. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Aline\\_Tosta\\_dos\\_Santos\\_34.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Aline_Tosta_dos_Santos_34.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2018.

SILVA, Daiane Miranda da; LUCAS, Alexandre Juan. **Enfermeiro do trabalho**: estudo de sua origem e atuação na saúde do trabalhador. 2009. 18 p. Artigo (Especialização em Enfermagem do trabalho)-Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/54014764/Artigo-Enfermagem-Do-Trabalho>>. Acesso em: 20 out. 2018.

SILVA, Joseline G.; SILVA, Sandra Regina; SOUZA, Eliane Conceição. Participação da Família na Escola. **Revista Saberes em Rede Cefapro**, Cuiabá, n. 2, p. 95-102, jul./dez, 2013. Disponível em: <<http://www.cefapro cuiaba.com.br/revista/up/ARTIGO%20X.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SOUZA, Celina. Política Pública: uma revisão da literatura. **Sociologia**, Porto Alegre, ano 08, n. 16, p. 20-48, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SPOSATI, Aldaíza de O. O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 87, v. 27, p. 96-122, 2006.

SZYMANSKI, Heloisa. Práticas educativas familiares: a família como foco de atenção psioeducacional. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 5-16, ago. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2004000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2004000200001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

TARDIF, Maurice; LESSARD, Claude (Orgs.). **O ofício de professor: história, perspectivas e desafios internacionais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Investigação em sistemas e serviços de saúde: novos problemas e objetos, abordagens e estratégias. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 11-24, jul. 1997. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901997000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901997000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. Salvador: AATR, 2002. Disponível em: <<http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

TRIVIÑOS, Augusto. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, Sophia Lerche. Política(s) e Gestão da Educação Básica: revisitando conceitos simples. **RBPAE**, Goiania, v. 23, n. 1, p. 53-69, jan./abr. 2007. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/rbpaee/article/view/19013>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

WAGNER, Adriana et al. **Desafios Psicossociais da família contemporânea: Pesquisas e reflexões**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

YIN, Robert. **Estudo de Caso: planejamento e método**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Bookmann, 2005.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do estudo: REDE DE ATENDIMENTO NA INTERFACE DAS POLÍTICAS SOCIAIS BÁSICAS PARA A FAMÍLIA**

**Pesquisadores responsáveis:** Silvia Leticia de Freitas Neto, Nara Vieira Ramos

**Instituição / Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria / Centro de Educação **Telefone para contato:** (51) 991034265, (55) 3220-6147

**Local da coleta de dados:** Caçapava do Sul

Prezado(a): Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Sua participação consiste em responder aos questionamentos de uma entrevista, que será gravada. Antes de concordar em participar da entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Objetivo do estudo: é analisar como as famílias e os profissionais das diferentes políticas públicas sociais básicas, entre elas: a Educação, a Assistência Social e a Saúde avaliam os serviços pelo poder público. Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você. Riscos: A participação na entrevista não representará riscos físicos ou psicológicos para você. Porém, caso você sinta algum desconforto ou incômodo, você poderá desistir de participar, sem prejuízo de qualquer ordem. Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelo pesquisador responsável. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
estou concordo em participar desta pesquisa, assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Caçapava do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Silvia Leticia de Freitas Neto

\_\_\_\_\_  
Orientadora Prof. Dra. Nara Vieira Ramos

## APÊNDICE B - ENTREVISTA COM AS FAMÍLIAS

### 1. Identificação da Pessoa de referencia que estará respondendo ao questionário:

1.1 Quem é a Pessoa da família: Mãe ( ) Madrasta ( ) Pai ( ) Padrasto ( ) Avó ( ) Avô ( ) Tia ( ) Tio ( )

Outra? \_\_\_\_\_

1.2. Sexo da pessoa que está respondendo: F ( ) M ( )

1.3 Idade: \_\_\_\_\_

1.4 Local de nascimento: \_\_\_\_\_

1.5 Estado Civil: \_\_\_\_\_

1.6 Há presença de outros membros da família no momento da entrevista? Sim ( ) Não ( )

Se sim, cite quais?

1.7 Quem é o responsável familiar?

\_\_\_\_\_

### 2. Composição familiar

Nº *	Sexo	Parentesco com a pessoa de referência	Data de nascimento /idade	Profissão	Renda Mensal

\* Número de ordem de apresentação dos membros da família. Sendo o primeiro sempre a pessoa de referencia que esta respondendo a pesquisa.

2.1.1 Há a presença de pessoas com deficiência? Sim ( ) Não ( ) Caso a resposta seja sim, responda os itens 2.1.3 a 2.1.7:

2.1.2 Qual dos membros da família apresenta deficiência?

2.1.3 Qual (is) as deficiências que estas pessoas possuem?

\_\_\_\_\_

2.1.4 Quais os serviços (locais) de atendimento que estas pessoas frequentam? Denominar por áreas:

Saúde: \_\_\_\_\_

Educação: \_\_\_\_\_

Assistência Social: \_\_\_\_\_

2.1.5 Quais os principais pontos positivos destes Serviços?

\_\_\_\_\_

2.1.6 Quais os principais pontos negativos destes Serviços?

\_\_\_\_\_

2.1.7 Quais as sugestões da família para a melhoria deste Serviço?

---

---

2.1.8 Há a presença de pessoas gestantes na família? Sim ( ) Não ( ) Caso a resposta seja sim, responda os itens 2.1.10 a 2.1.15 :

2.1.9 Qual o período gestacional desta pessoa? \_\_\_\_\_

2.1.10 Quais os serviços (locais) de atendimento que a gestante frequenta?

Denominar por áreas:

Saúde: \_\_\_\_\_

Educação: \_\_\_\_\_

Assistência Social: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

2.1.11 Como a família descreve os atendimentos prestados por estes serviços?

---

---

2.1.12 Quais os principais pontos positivos destes Serviços?

---

---

2.1.13 Quais os principais pontos negativos destes Serviços?

---

---

2.1.14 Quais as sugestões da família para a melhoria deste Serviço?

---

---

2.1.15 Há presença de pessoas idosas na família? Sim ( ) Não ( ) Caso a resposta seja sim, responda os itens 2.1.16 a 2.1.24:

2.1.16 Quantos são os idosos na família? \_\_\_\_\_

2.1.17 Qual a idade dessas pessoas? \_\_\_\_\_

2.1.18 Esses idosos apresentam algum agravamento a sua condição de saúde? Sim ( ) Não ( ) Caso a resposta seja sim, descreva quais são?

---

---

2.1.19 Quais os serviços (locais) que estas pessoas frequentam? Denominar por áreas -

Saúde: \_\_\_\_\_

Educação: \_\_\_\_\_

Assistência Social: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

2.1.20 Como a família descreve os atendimentos prestados por estes serviços?

---

---

2.1.21 Quais os principais pontos positivos destes Serviços?

---



---

2.1.22 Quais os principais pontos negativos destes Serviços?

---



---

2.1.23 Quais as sugestões da família para a melhoria deste Serviço?

---



---

### 3. Condições habitacionais

3.1 Tipo de residência: Própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Outra ( )

3.2 Acesso: Energia elétrica ( ) Sim ( ) Não ( ) Possui Tarifa Social

Água encanada ( ) Sim ( ) Não

Rede de esgoto ( ) Sim ( ) Não

3.4 Há quanto tempo reside no local: \_\_\_\_\_

3.5 Naturalidade da família: \_\_\_\_\_

### 4. Condições educacionais

Nº	Idade	Sabe ler e escrever?	Frequenta escola atualmente?	Escolaridade (última série concluída com aprovação)

4.1 Qual a importância / significado da educação para você e para os membros de sua família?

---



---

4.2 Quais os principais pontos positivos que você percebe na Escola que seus filhos frequentam?

---



---

4.3 Quais os principais pontos negativos que você percebe na Escola que seus filhos frequentam?

---



---

4.4 Quais as sugestões que você possui para a Escola? \_\_\_\_\_

---



---

### 5. Condições de trabalho e rendimentos familiar

Nº	Idade	Possui carteira de trabalho? S/N	Condição da Ocupação	Possui qualificação profissional S/N	Caso sim, qual?	Renda Mensal

--	--	--	--	--	--	--

Códigos para condição de ocupação? 1 – trabalhador por conta própria; 2 – Trabalhador temporário / contrato; 3 – Empregado sem carteira assinada; 4 – Empregado com carteira assinada; 5 – Trabalhador não remunerado; 6 – Militar ou servidor público; 7 – Empregador; 8 – Estagiário; 9 – Aprendiz (condição legal) 10 - Outro

5.1 A família recebe benefício social: Sim ( ) Não ( ) Caso a resposta seja sim, quais: BPC ( ) Programa Bolsa Família ( ) PETI ( ) Outros ( ) Cite quais?

---



---

5.2 Qual a importância para a família ou pessoa participar desse (s) programa (s) social?

---

5.3 Quais os pontos positivos que você percebe em participar dos programas sociais?

---



---

5.4 Quais os pontos negativos que você percebe em participar dos programas sociais?

---

5.5 Algum membro da família é aposentado ou pensionista? Sim ( ) Não ( ) Caso a resposta seja sim, cite quantos são e quais os membros da família?

---



---

## 6. Condições de saúde

6.1 A família declara situação de insuficiência alimentar?

( ) Sim ( ) Não Se sim, Porque? O que é realizado?

6.2 Algum membro da família é portador de doença grave?

( ) Sim ( ) Não Caso a resposta seja sim, qual grau de parentes com o responsável familiar? Qual doença?

---

6.3 Algum membro faz uso de medicamento controlado?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, como adquirir os medicamentos?

---



---

Enfrenta alguma dificuldade para obter o medicamento?

---



6.4 Algum membro faz uso de álcool?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, buscou algum tipo de serviço para tratamento? ( ) Sim ( ) Não Quais?

---



---

6.5 Com que frequência a agente de saúde visita a residência da família? \_\_\_\_\_

Quais as atividades que o agente de saúde executa com a família?

Qual a relevância para sua você e sua família da visita do agente de saúde?

6.6 Com que regularidade a família ou os membros vão ao posto de saúde? \_\_\_\_\_

6.7 Geralmente, qual as principais demandas em relação ao serviço de saúde? \_\_\_\_\_

---

6.8 Quais os principais pontos positivos que você percebe com relação aos serviços de saúde que você e sua família utilizam?

---

6.9 Quais os principais pontos negativos que você percebe com relação aos serviços de saúde que você e sua família utilizam?

---



---

6.10 Quais as principais sugestões que você possui para os serviços de saúde?

---



---

## 7. Convivência Familiar e comunitária

7.1 A família, ou algum de seus membros é vítima de ameaças ou discriminações na comunidade onde reside?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais?

---



---

A família já procurou algum serviço ou local para solicitar auxílio para enfrentar essa dificuldade?

---



---

7.2 A família, ou algum de seus membros possui parentes que residem próximo ao local de moradia e que constitua rede de apoio ou solidariedade?

( ) Sim ( ) Não

7.3 A família, ou algum de seus membros participam de grupo de religiosos, comunitários ou outros grupos/instituições voltadas para organização política e defesa de interesses coletivos?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais os grupos?

---

---

7.4 Qual a importância para sua família participar destes grupos?

---

---

7.5 A família ou algum de seus membros participa de serviços, programas ou projetos que contribuam para o desenvolvimento da convivência comunitária para o fortalecimento de vínculos? Sim ( ) Não ( ) Caso a resposta seja sim, assinale quais são os Serviços, Programas e projetos:

SCFV para crianças e/ ou adolescentes ( ) SCFV para idosos ( ) PAIF ( )  
PAEF ( ) CRAS ( )

CREAS ( ) Outros ( ) Quais?

---

---

Qual a importância para você e sua família de participar deste Serviço?

---

---

Quais os principais pontos positivos que você percebe com relação aos serviços socioassistenciais que você e sua família utilizam?

---

---

Quais os principais pontos negativos que você percebe com relação aos serviços socioassistenciais que você e sua família utilizam?

---

---

Quais as principais sugestões que você possui para os serviços socioassistenciais?

---

---

Famílias em descumprimento das condicionalidades do PBF e sob algum dos efeitos (advertência, bloqueio, suspensão ou cancelamento) informar qual efeito? Qual das condicionalidades não está conseguindo cumprir e por quê? Quais as dificuldades

enfrentadas? O que está fazendo para retornar ao Programa?

---

---

---

## APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

Perfil

Idade:

Escolaridade:

Área de formação:

Tempo de experiência:

1. Quais projetos, programas ou serviços, você trabalha diretamente?
2. Qual a sua visão sobre o funcionamento destes programas, projetos ou serviços para as famílias?
3. Qual (is) a (s) diferença (as) que você percebe na vida das pessoas que são atendidas através destes programas, projetos ou serviços?
4. De que forma você avalia (pontos positivos, pontos negativos) os projetos, programas e serviços da qual executa?
5. Quais as sugestões que você teria para esses programas, projetos e serviços?
6. Como você descreve a participação da comunidade nestes programas, projetos e serviços que executa?