

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Lana Kelly dos Santos Carrilho Lisbôa

**A inclusão das famílias no serviço de proteção e atendimento integral no município de
Belford Roxo**

Rio de Janeiro

2021

Lana Kelly dos Santos Carrilho Lisbôa

**A inclusão das famílias no serviço de proteção e atendimento integral no município de
Belford Roxo**

Dissertação apresentada no Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos. Eixo da Área: Direitos Humanos e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Vania Reis Girianelli.

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: The inclusion of families in the protection service and comprehensive care in the municipality of Belford Roxo.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catlogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L769i Lisbôa, Lana Kelly dos Santos Carrilho.
A inclusão das famílias no serviço de proteção e atendimento integral no município de Belford Roxo / Lana Kelly dos Santos Carrilho Lisbôa. -- 2021.
54 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Vania Reis Girianelli.
Coorientador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Direitos Humanos. 2. Política Pública. 3. Seguridade Social.
4. Pobreza. 5. Família. 6. Vulnerabilidade Social. 7. Política Pública.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 368.4

Lana Kelly dos Santos Carrilho Lisbôa

**A inclusão das famílias no serviço de proteção e atendimento integral no município de
Belford Roxo**

Dissertação apresentada no Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos. Eixo da Área: Direitos Humanos e Saúde.

Aprovada em: 27 de agosto de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Jeane Glaucia Tomazelli

Instituto Nacional do Câncer

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Coorientador)

Prof.^a Dr.^a Vania Reis Girianelli

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Orientadora)

Rio de Janeiro

2021

RESUMO

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) é o principal serviço socioassistencial, ofertado de maneira exclusiva pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). O PAIF contribui para que seja garantido o acesso a direitos e serviços, tanto na rede socioassistencial, quanto serviços setoriais e demais políticas públicas, principalmente em relação ao acesso a saúde. Este estudo teve como objetivo analisar os fatores associados a pactuação de plano de acompanhamento familiar no PAIF do CRAS II Santa Marta do município de Belford Roxo – Rio de Janeiro, no período de 2005 a 2019, e respectivas demandas. Trata-se de estudo transversal exploratório com coleta de dados individuais extraídos das fichas de atendimento. As variáveis analisadas foram relacionadas às características socioeconômicas e demográficas dos responsáveis familiares, as demandas familiares e tipo de atendimento no PAIF. A razão de prevalência foi calculada para investigar os fatores que influenciam a pactuação de plano de acompanhamento familiar no PAIF. Um total de 9.085 famílias foram cadastradas no período, sendo que apenas 118 foram atendidas pela equipe técnica. Dessas, foram realizados 388 acompanhamentos, sendo 7,2% com plano de acompanhamento pactuado. Apenas os responsáveis familiares mais jovens apresentaram associação com a pactuação do plano (RP = 2,42; IC95%: 1,08 – 5,41). Todas as demandas relacionadas as dificuldades sociais diversas e de relacionamento familiar, contudo, pactuaram um acompanhamento. Espera-se que o estudo contribua para o aperfeiçoamento da equipe para um melhor atendimento e adequada inclusão da população mais vulnerável no serviço, e consequentemente, amplie a visibilidade do trabalho realizado e a proteção social desta população para que seja garantido o acesso à cidadania.

Palavras-chave: Direitos Humanos; Política Pública; Seguridade Social; Carência Social; Família.

ABSTRACT

The Family Integral Protection and Assistance Service (PAIF) is the main social assistance service, offered exclusively by the Social Assistance Reference Center (CRAS). The PAIF contributes to guaranteeing access to rights and services, both in the social assistance network, as well as in sectorial services and other public policies, especially in relation to access to health. This study aimed to analyze the factors associated with the agreement of a family follow-up plan in the PAIF of CRAS II Santa Marta in the municipality of Belford Roxo – Rio de Janeiro, from 2005 to 2019, and respective demands. This is an exploratory cross-sectional study with individual data collection whose data were extracted from attendance records. The analyzed variables were related to the socioeconomic and demographic characteristics of the responsible family members, the family demands and the type of care provided by the PAIF. The prevalence ratio was calculated to investigate the factors influencing the PAIF family follow-up plan agreement. 9,085 families were registered in the period, and the technical team assisted only 118. Of these, 388 follow-ups were carried out, of which 7.2% with an agreed follow-up plan. Only younger responsible family members were associated with the plan agreement (PR = 2.42; 95%CI: 1.08 – 5.41). All demands related to social difficulties and of family relationships, however, agreed to follow up. It is expected that the study will contribute to the improvement of the team for better care and adequate inclusion of the most vulnerable population in the service, and consequently, increase the visibility of the work carried out and the social protection of this population so that access to citizenship be assured.

Keywords: Human Rights; Public Policy; Social Welfare; Low-income population; Family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Objetivos e ações do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)	27
Figura 2 - Atividades de acompanhamento e ações de atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF).....	29
Figura 3 - Mapa de Belford Roxo/RJ com caracterização dos bairros, favelas e divisas municipais	34
Figura 4 - Mapa das subprefeituras do município de Belford Roxo/RJ.....	33
Figura 5 - Fluxograma de atendimento Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) do CRAS Santa Marta – Belford Roxo/RJ.....	36
Figura 6 - Modelo para investigação de fatores relacionados aos atendimentos com pactuação do plano de acompanhamento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) do CRAS Santa Marta – Belford Roxo	37
Figura 7 - Diagrama do processo de identificação da população elegível, CRAS Santa Marta, Belford Roxo, RJ – 2006-2019	39
Figura 8 - Números de acompanhamentos familiar realizados segundo pactuação de plano e ano do início do atendimento, CRAS Santa Marta, Belford Roxo, RJ – 2006-2019.....	41
Figura 9 - Números de acompanhamentos familiar realizados segundo demanda e pactuação de plano, CRAS Santa Marta, Belford Roxo, RJ – 2006-2019	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características do responsável familiar, segundo pactuação de plano, CRAS Santa Marta, Belford Roxo, RJ – 2006-2019 40

Tabela 2 - Razão de prevalência (RP) e respectivo intervalo de confiança (IC 95%) das características do responsável familiar quanto a pactuação de plano de acompanhamento familiar, CRAS Santa Marta, Belford Roxo, RJ – 2006-2019 43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CEAMBEL - Centro Especializado de Atendimento à Mulher de Belford Roxo

Centro POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DEAM - Delegacia de Atendimento a Mulheres

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

IDH - Índices de Desenvolvimento Humano

LBA - Legião Brasileira de Assistência

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

NOB/RH - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

NOB/SUAS - Norma Operacional Básica do SUAS

PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PBF - Programa Bolsa-família

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

SASEL - Secretaria Estadual de Ação Social e Esporte e Lazer do Rio de Janeiro

SCFV - Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SEMASC - Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3. JUSTIFICATIVA	14
4. REVISÃO DA LITERATURA	15
4.1 DA SAÚDE À ASSISTÊNCIA SOCIAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A VULNERABILIDADE SOCIAL.....	15
4.2 AS RAÍZES HISTÓRICAS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL.....	18
4.2.1 Entre caridade, assistencialismo e direito: Breve histórico da trajetória da política pública de Assistência Social no Brasil	18
4.2.2 A organização da assistência social pós 1988	22
4.2.3 Assistente Social no CRAS: contribuição para intersetorialidade	30
4.3 O MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	32
4.3.1 Breve caracterização do município de Belford Roxo	32
4.3.2 Rede socioassistencial do município de Belford Roxo	33
5. METODOLOGIA	35
5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
5.2 FONTE DE DADOS.....	36
5.3 ANÁLISE DE DADOS.....	37
5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
6. RESULTADOS	39
7. DISCUSSÃO	44
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50

APRESENTAÇÃO

O interesse no tema “Famílias em situação de vulnerabilidade social” foi de certa forma construído a partir da minha experiência acadêmica e profissional. Concluí o curso de Serviço Social, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 2014, onde pude compreender a importância das políticas sociais no enfrentamento da situação de exclusão social. Ainda na graduação, passei a ter contato com o campo da saúde mental, a partir da minha inserção, na condição de estagiária, no Centro de Atenção Diária Luiz Cerqueira (Hospital-Dia), no ano de 2010 até dezembro de 2011. Por interesse acadêmico solicitei a transferência de setor no campo de estágio, migrando para o Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas – PROJAD concluindo meu estágio em julho de 2013; ambos os setores estavam vinculados ao Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ.

No período de agosto de 2011 a julho de 2013 passei pela experiência de ser bolsista de iniciação científica no projeto intitulado: “Políticas sociais públicas de álcool e drogas e sua modernidade transnacional: o caso brasileiro”, desenvolvido pela Escola de Serviço Social da UFRJ.

No ano de 2015 fui aprovada no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e ao Instituto Municipal Philippe Pinel. Concluí apenas o primeiro ano da residência, pois fui convocada no concurso realizado para Prefeitura Municipal de Belford Roxo. Como servidora pública, estou lotada no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS II Santa Marta. E em 2019 me tornei especialista em Direitos Humanos e Saúde pelo Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural – DIHS/ENSP/Fiocruz.

Na minha experiência profissional observei que não tem uma orientação quanto às características das famílias que deveriam ficar em acompanhamento, pois os documentos dão margem à interpretação da inclusão de quase todos os cadastrados no CRAS. Como esta situação é operacionalmente impossível, pois não têm profissionais suficientes, há necessidade de definir prioridade. Esse contexto me inspirou a estudar esta questão: Quais as características das famílias que pactuam plano de acompanhamento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de Belford Roxo – RJ?

1. INTRODUÇÃO

Historicamente as práticas de assistência social estiveram relacionadas à benevolência dirigida principalmente aos pobres, doentes e deficientes. O processo de democratização, que iniciou no final da década de 70, buscou reestabelecer, além dos direitos políticos, os direitos fundamentais de grupos excluídos (LONARDONI et al.; 2006). Neste contexto, a Assistência Social foi introduzida na Constituição, enquanto garantia de proteção social aos cidadãos, e compõe o tripé da Seguridade Social, junto com a saúde e a previdência (BRASIL; 1988), rompendo com a visão assistencialista e clientelista existente. Tal direito, contudo, apenas ganhou status de política pública e dever do Estado após a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL; 1993); A implementação é dificultada por aspectos políticos e econômicos. Neste contexto, o Estado passa a transferir suas responsabilidades para as organizações sem fins lucrativos e para o mercado, mantendo as práticas de assistencialismo com ações pontuais e fragmentadas direcionadas aos mais pobres, comprometendo a efetivação da assistência social no Brasil. (LONARDONI et al.; 2006). A LOAS, não obstante, foi a base para estruturação do Plano Nacional de Assistência Social - PNAS (BRASIL; 2004), que se concretizou com a implantação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, sendo o território a base para organização e consolidação do sistema (BRASIL; 2005). O SUAS tem sido fundamental para o combate à violência e a extrema pobreza em todo o país, proporcionando o reconhecimento da relevância da Política Pública de Proteção Social (SCHIMIDT; SILVA, 2015).

Os serviços de proteção social estão organizados por níveis de baixa, média e alta complexidade. Os Serviços de Proteção Social Básica são de baixa complexidade e atuam de forma preventiva e os de Proteção Social Especial são de média e alta complexidade e atendem indivíduos e famílias que já tiveram seus direitos violados (BRASIL; 2009a; 2014). Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) são unidades locais que têm por atribuição a organização da rede socioassistencial e a oferta de serviços de proteção social básica em determinado território. O objeto de intervenção é a família e a matricialidade sociofamiliar, que é uma das diretrizes estruturantes de gestão do SUAS. O CRAS tem como objetivo prevenir o rompimento de vínculos familiares e comunitários com ações preventivas, protetivas e proativas, ampliando o acesso dos usuários aos direitos e políticas públicas, para além da assistência social (BRASIL; 2009b). A intersetorialidade é um dos objetivos previsto na LOAS e apresenta no seu parágrafo

único (BRASIL; 2011a) “a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais”. Considerando o conceito ampliado de saúde, que se expressa através dos aspectos sociais, culturais, econômicos e não somente biológicos, é relevante pensar, como estratégia de construção de cuidado integral, a parceria entre diversas secretarias. Um exemplo de intersetorialidade é o Programa Bolsa Família (PBF), cuja transferência de renda está condicionada a manutenção da escolarização, a vacinação e o acompanhamento em saúde das crianças e gestantes.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) é o principal serviço socioassistencial, ofertado de maneira exclusiva pelo CRAS, o atendimento pode ocorrer de forma pontual ou continuada. As famílias inseridas para acompanhamento no PAIF são as que apresentam vulnerabilidade social (BRASIL, 2012a). A vulnerabilidade compreende uma condição de precariedade que compromete a inserção e estabilidade no mercado de trabalho, acesso aos serviços públicos e de proteção social, e os vínculos familiares e relacionais. Dentre os mais vulneráveis encontram-se: beneficiários do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (idosos e deficientes com renda menor que 1/4 do salário-mínimo); pessoas que não possuem documentação civil básica; famílias com indivíduos reconduzidos ao convívio familiar, após cumprimento de medidas protetivas e/ou outras situações de privação do convívio familiar e comunitário (BRASIL; 2009b).

O PAIF é um serviço que implica em construir um plano de acompanhamento familiar junto com os usuários, no qual são estabelecidos os compromissos entre a família e os profissionais, de forma a subsidiar ações para contribuir na superação dos problemas sociais vivenciados por ela. O propósito é fortalecer a função protetiva da família, prevenindo o rompimento de vínculos familiares e reconhecendo potencialidades da mesma, emponderando-a e colocando-a como sujeito da sua própria história. O PAIF promove a articulação entre serviços, programa de transferência de renda e benefícios socioassistenciais na área de abrangência do CRAS. Desta forma, este serviço em conjunto com outros serviços, programas e projetos, contribui para que seja garantido o acesso a direitos e serviços, tanto na rede socioassistencial, quanto serviços setoriais e demais políticas públicas, principalmente em relação ao acesso a saúde (BRASIL; 2012b, 2016, 2017).

No Brasil, considerando os dois últimos censos (2000 e 2010), houve uma redução de 32,2% no percentual da população que vive com até um quarto do salário-mínimo (pobreza extrema), mas ainda corresponde a 15,7% da população (DATASUS; 2019). A pobreza extrema embora seja determinante da maioria das situações de vulnerabilidade, não é suficiente para definir quais sujeitos necessitam de apoio (CASTEL; 1997).

Assim, defender a oferta de serviços de qualidade no SUAS implica na garantia de condições de trabalho pautadas nos princípios ético políticos dos trabalhadores do SUAS e na defesa dos direitos socioassistenciais dos usuários estimulando a participação dos mesmos nos espaços de controle social (conselhos, fóruns e conferências).

Nesse sentido a busca pela defesa e a ampliação da proteção social e dos direitos sociais na perspectiva do conceito de seguridade social ampliada, visa reduzir as vulnerabilidades e possibilitar aos cidadãos o acesso às políticas setoriais e serviços públicos e a se opondo à violação de prerrogativas profissionais e direitos humanos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores associados a pactuação de plano de acompanhamento familiar no PAIF do CRAS II Santa Marta do município de Belford Roxo – Rio de Janeiro, no período de 2005 a 2019, e respectivas demandas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Descrever as características socioeconômica e demográfica dos responsáveis familiares atendidos no PAIF, pelos assistentes sociais e/ou psicólogos.
- b) Elencar as demandas das famílias atendidas no PAIF.
- c) Investigar os fatores que influenciam a pactuação de plano de acompanhamento
- d) no PAIF.

3. JUSTIFICATIVA

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) faz parte de uma política pública e é um serviço estruturante do CRAS responsável por articular os demais serviços socioassistenciais, programas de transferência de renda e benefícios assistenciais. Assim, tal serviço é destinado às famílias que estejam em situação de vulnerabilidade que necessitem de assistência social para garantia de acesso aos direitos socioassistenciais e ampliação de sua capacidade protetiva.

Os critérios para inclusão das famílias para acompanhamento no PAIF, contudo, não são objetivos; embora a Norma Operacional Básica do SUAS (BRASIL, 2005) defina que o público-alvo são as famílias referenciadas que vivem em áreas caracterizadas como de vulnerabilidade. Isso não significa que todas as famílias residentes nos territórios de abrangência dos CRAS e que vivenciam tais situações precisam ser obrigatoriamente acompanhadas no PAIF e nem que a renda por si só seja o único critério.

A adequada inclusão é importante, pois garante a aplicação de recursos para população que realmente necessita de acompanhamento e proteção social proporcionando acesso às informações, aos bens, aos serviços, aos direitos socioassistenciais e às demais políticas setoriais e de defesa de direitos. Este serviço dá visibilidade ao público que recorre à política de assistência, desnaturalizando a pobreza e as desigualdades que são para além das econômicas.

Apesar do PAIF existir há mais de uma década, os estudos que avaliam a inclusão das famílias para acompanhamento no serviço ainda são raros e em particular as características que favorecem a pactuação de plano de acompanhamento. Espera-se que este estudo contribua para o aperfeiçoamento da equipe, de forma a proporcionar um melhor atendimento à população, garantido o acesso à cidadania, e ampliar a visibilidade do trabalho realizado no CRAS.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Da Saúde à Assistência Social: considerações sobre a vulnerabilidade social

O conceito de vulnerabilidade encontra-se em processo contínuo de desenvolvimento e sua definição apresenta interpretação diversa conforme a apropriação pela área de conhecimento: ciências sociais, da saúde, humanas, jurídicas, entre outras. Assim, tal conceito pode ser caracterizado de diferentes pontos de vista e a partir das diferentes áreas do conhecimento que o utiliza.

A reflexão sobre o termo vulnerabilidade tem fomentado implicações, sobretudo, no que diz respeito às políticas públicas de saúde e assistência social, em que tal apropriação de conceito acaba influenciando práticas que trazem impacto a cidadania da população atendida nos serviços de saúde e assistência social (CARMO; GUIZARDI, 2018).

A palavra vulnerabilidade tem sua origem do latim *vulnerare*, que denomina ferir, lesar ou prejudicar e *bilis* que significa suscetível a. Apresenta uma conotação negativa pois tem uma relação com perda (CRUZ; HILLESHEIM, 2016). Assim, o termo vulnerável refere a nossa condição de humanidade, já que a partir do debate da bioética, ser e/ou estar vulnerável trata-se de uma condição intrínseca a condição humana (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Partindo desse pressuposto o debate acerca do conceito vulnerabilidade caminha entre uma ideia antropológica, de caráter individual inerente ao ser humano, para um conceito de vulnerabilidade social em direção a situações mutáveis (SEVALHO, 2018). Dessa forma, Ayres e colaboradores (2009) reforçam que a compreensão da vulnerabilidade social é algo processual e propõe que os sujeitos não devem ser tratados como “vulneráveis”, no sentido de uma situação imutável, mas como pessoas que “estão em situação de vulnerabilidade” que traz uma conotação de algo transitório ou passageiro, que pode, portanto, ser superado. Os autores reforçam a ideia de que a vulnerabilidade é multidimensional, e que numa determinada situação uma mesma pessoa pode estar vulnerável a alguns agravos e em outras não (AYRES et al, 2009).

Assim, o conceito de vulnerabilidade não está apenas associado à condição de insuficiência ou pouco acesso à renda, é multideterminado, e apresenta uma conexão com as fragilidades de vínculos tanto afetivos-relacionais quanto a não equidade no acesso a bens e serviços públicos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

O uso do termo vulnerabilidade ocorreu a partir da década de 1980, ganhando maior notoriedade em 1990 a partir da epidemia de HIV/AIDS, sendo amplamente discutida principalmente entre pesquisadores e profissionais da área da saúde (SILVA et. al.; 2012). Neste contexto, as intervenções realizadas buscavam cuidado, prevenção e promoção da saúde associadas a fundamentos e princípios dos Direitos Humanos (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNI, 2015; CARMO; GUIZARDI, 2018).

Este contexto social foi propício para incorporação do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde pública (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNI, 2015) e importante para desconstrução de preconceitos em torno da identificação de determinado segmento considerado grupo de risco e dos discursos culpabilizadores, e da intervenção focalizada apenas nos comportamentos considerados de risco (SEVALHO; 2018). De tal forma, passou-se a ser levado em consideração não apenas um comportamento individual, mas um conjunto de determinações de dimensões econômicas, sociais, culturais e ultrapassando aspectos biológicos em que a adoção do termo vulnerabilidade em substituição ao de grupo de risco passou a corresponder mais a realidade admitindo a ampliação de chances e formas de suscetibilidade de contágio pela doença (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Deve-se considerar que o conceito de risco no discurso social comum refere-se a um perigo iminente enquanto na epidemiologia, que cunhou o termo “grupo de risco”, refere-se a indivíduos ou grupos que vivenciam uma condição física, comportamental, emocional, social, política, institucional, entre outras que as tornam mais suscetíveis, ou seja, com maior probabilidade de ocorrência de um agravo à saúde ou de morte. A vulnerabilidade é uma síntese das diversas suscetibilidades que indivíduos e grupos estão expostos e que impactam, em última análise, na sua saúde (AYRES et al.; 2006). A situação de vulnerabilidade, portanto, pode ser transitória, minimizada ou superada, na medida em que as condições que a desencadeiam são alteradas.

Então, na área da saúde o conceito de vulnerabilidade é apropriado com intuito de reordenamento das práticas de prevenção e promoção, refletindo em outras políticas públicas, como a assistência social. Nesta o conceito de vulnerabilidade é acompanhado pelo adjetivo social, que ganha ênfase nos anos 1990, a partir do esgotamento da matriz analítica da pobreza, que naquele período se reduzia apenas a questões econômicas (CARMO; GUIZARDI, 2018). Assim, sobre associação entre pobreza e vulnerabilidade social as autoras destacam que:

Muito embora possamos considerar que a vulnerabilidade se instale, em maior grau, nas populações pobres, nas sociedades capitalistas contemporâneas, em que as relações sociais se desenvolvem por modos marcadamente complexos, a questão econômica é relevante, porém não determinante. Devido ao precário acesso à renda, os sujeitos ficam privados ou acessam com mais dificuldade os meios de superação das vulnerabilidades vivenciadas, sejam tais meios materiais ou capacidades impalpáveis [...] associar a vulnerabilidade à precariedade no acesso à garantia de direitos e proteção social caracterizando a ocorrência de incertezas e inseguranças e o frágil ou nulo acesso a serviços e recursos para a manutenção da vida com qualidade (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 7).

Ayres e colaboradores (2009) apontam que a vulnerabilidade pressupõe refletir sobre questões relacionadas à “exclusão social, relações de gênero, discriminação racial, violência estrutural, e assim por diante” (p. 136) e para tal exige respostas amplas que possam intervir em situações complexas.

Na PNAS há uma aproximação dos conceitos de risco e vulnerabilidade. A orientação técnica (BRASIL; 2012a), no entanto, expressa a intenção de diferenciá-los:

[...] a vulnerabilidade é uma condição relacionada à inserção e estabilidade no mercado de trabalho, à fragilidade de suas relações sociais e à regularidade e qualidade de acesso aos serviços públicos ou outras modalidades de proteção social. O risco é tido, assim, como decorrente da não prevenção das situações de vulnerabilidade social (CRUZ; HILLESHEIM, 2016).

Janczura (2012) destaca que na PNAS os termos vulnerabilidade social e risco social não apresentam um consenso e provoca críticas por não serem claros e por vezes são apresentados como sinônimos. A indefinição conceitual acabou por especificar um objeto da assistência social e sofreu influência do contexto neoliberal e das orientações de organismos internacionais que reforçam ações de cunho individualizante e de focalização na camada mais pauperizada da população, em que tais intervenções podem eliminar ou até mesmo acentuar processos de vulnerabilização dos sujeitos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Sposati (2001) sinaliza a existência de diferença entre risco e vulnerabilidade. Em relação ao risco, a autora destaca que “não implica somente a iminência imediata de um perigo, mas quer dizer também possibilidade de, num futuro próximo, ocorrer uma perda de qualidade de vida pela ausência de uma ação preventiva” (SPOSATI; 2001, p. 69). Já em relação à vulnerabilidade argumenta que deve sempre ser relacionada a um dado risco social, e “A assistência social exerce o papel de detectora de vulnerabilidades” (SPOSATI; 2001, p. 66). É necessário, no entanto, um olhar para integralidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade já que possuem demandas e necessidades de diversas áreas.

4.2 As raízes históricas da Assistência Social no Brasil

Para introdução da temática faz-se necessário realizar um resgate sócio-histórico do processo de construção da política de assistência social brasileira. A análise do passado, com o seu cenário político-econômico, social e cultural, subsidiará reflexões importantes acerca de tal processo apontando peculiaridades, expressando a relação e as diferenças relevantes entre caridade, assistencialismo e Assistência Social como política pública, e em que ponto ocorre um movimento de ruptura e/ou de continuidade de práticas conservadoras no que tange o atendimento aos usuários da política de assistência social.

4.2.1 Entre caridade, assistencialismo e direito: Breve histórico da trajetória da política pública de Assistência Social no Brasil

A formação histórica brasileira fixou suas raízes na herança colonial: a escravatura e as relações de poder norteadas pela dependência pessoal, compadrio e a ideologia do favor (COUTO; 2008). Este cenário não apresentou mudanças significativas mesmo com a Abolição da Escravatura, em 1888, e posteriormente com a Proclamação da República.

A estrutura societária brasileira sofreu fortes impactos da onda industrializante, apesar de não ter vivido a experiência da Revolução Industrial. As profundas modificações sofridas pelo capitalismo, mais precisamente na passagem do capitalismo concorrencial ao monopolista nos países de economia central e as sucessivas crises do modo de produção capitalista, expressaram modificações na própria dinâmica da ordem social vigente e as contradições inerentes à dinâmica capitalista potencializaram e trouxeram fortes impactos na estrutura societária (NETTO; 2007).

Neste cenário marcado pela expansão da produção e das relações sociais capitalistas, impulsionadas pelo processo de urbanização, a Crise de 1929 foi um exemplo dos impactos na mudança na estrutura societária. Tal crise que afetou produtores de café e propiciou o desenvolvimento da manufatura, mesmo de maneira tímida, e fez emergir novos atores, como os imigrantes europeus. Estes novos sujeitos substituíram a força de trabalho escrava, já que havia uma ideologia de “branqueamento” da população brasileira (SANTOS; 1987).

Assim, os imigrantes trouxeram de seus países de origem as inquietações promovidas pelos movimentos políticos sindicais da época. A elite nacional, contudo,

passou a responder a essas demandas através da lógica do favor visando abrandar os ânimos de seus demandantes, sem nenhum interesse na promoção de alterações substantivas.

As refrações da “questão social”¹ em todo mundo emerge como “expressão concreta das contradições entre capital e trabalho no interior do processo de industrialização capitalista” (CERQUEIRA FILHO; 1982, p.58). Na década de 1920 a industrialização brasileira já apresentava alguns sinais, intensificando na década posterior, e o par industrialização/urbanização proporcionou problemas relacionados à assistência social, à educação, saneamento básico, habitação, entre outros. Ademais, aumentou a concentração da renda, ampliando as desigualdades sociais (BORGES; 2014)

Os efeitos desta industrialização na vida da classe operária não era prioridade da agenda política e econômica. As manifestações por melhores condições de trabalho e vida eram tratadas como “caso de polícia” (SANTOS, 1987). Assim, até a década de 1930, a questão social era considerada no Brasil como crime ou desordem. A pobreza era apreendida como problema individual e, como tal, pertencente à esfera privada, que sob a forte influência do pensamento conservador confessional acreditava não ser possível modificar, como se fosse da vontade divina o indivíduo encontrar-se nesta condição (NETTO, 2007). As ações assistenciais eram desenvolvidas pelo setor privado, em especial pela Igreja Católica, mediante suas atividades filantrópicas.

O contexto histórico da época, de emergência das lutas operárias por direitos de cidadania, fez com que o Estado emergisse no cenário político assumindo a responsabilidade frente às manifestações da questão social (NETTO, 2007). Dessa forma, construir um consenso favorável ao funcionamento da sociedade, que não ameaçasse a acumulação capitalista, tornou-se campo fértil para intervenção estatal via política social. Esta política apresenta um duplo caráter: por um lado representa as conquistas de direitos reivindicados pela classe trabalhadora e por outro está vinculada à ordem monopólica,

¹Netto (2007) descreve que a expressão surgiu para dar conta do fenômeno do pauperismo que se apresentava na Europa Ocidental, quando experimentava os impactos da primeira onda industrializante iniciada na Inglaterra no final do século XVIII. Foi tomada pelo pensamento conservador a partir da segunda metade do século XIX. Nesse sentido, a utilização das aspas entendendo que o termo revela a contradição social imanente ao modo de produção capitalista. No Serviço Social, o conceito de “questão social” mais difundido é dos autores Iamamoto e Carvalho (2006, p.77): “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”.

mas sem afetá-la. Apenas visava à preservação e controle da força de trabalho, sendo cooptada como mecanismo do Estado para acalmar os ânimos do proletariado.

A década de 1930 configurou os primeiros passos da gênese da proteção social no Brasil. O Estado Novo (1937-1945) teve como característica transformar o trabalho e o trabalhador numa imagem de identidade nacional, “ideologia do trabalhismo”, atrelado ao desenvolvimento do projeto de modernização conservadora que incrementava a produção industrial e reorganização urbana (SANTOS; 1987).

De tal forma, foram elaborados mecanismos políticos de caráter paternalista e clientelista em que o Estado simultaneamente se legitimava e despolitizava a classe operária através de ações que envolvem coerção e consenso. As estratégias estavam relacionadas ao mundo do trabalho, como por exemplo, a implementação das leis trabalhistas. Assim, a condição para que os trabalhadores tivessem acesso à saúde, a previdência social e até mesmo ao sindicato era através do trabalho formal, que tinha que ser reconhecido pelo Estado. De acordo com a importância econômica do ramo no determinado momento histórico, apenas algumas categorias profissionais ganharam visibilidade, como os ferroviários e marítimos, podendo estes ter o poder de negociação por melhores condições de trabalho e vida.

A “cidadania regulada” (SANTOS; 1987), através do trabalho, teve como consequência a cisão entre os trabalhadores, pois apenas os trabalhadores formais, profissão regularizada pelo Estado, tinham direitos sociais. Até este momento as demandas por assistência social haviam sido respondidas de forma privada, através da filantropia, benemerência, sobretudo, através da assistência religiosa.

Em 1938 foi instituído no Brasil o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, como a primeira iniciativa de organização institucional na área da assistência social. Esse conselho, contudo, não apresentou mudanças significativas no cenário assistencialista da época, e nem tão pouco buscou superar práticas tradicionais caritativas através de ações isoladas e fragmentadas (PAGANINI e VIEIRA; 2018).

Em 1942 foi criada, no governo Getúlio Vargas, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) que tinha como intuito amparar às famílias dos soldados que haviam sido convocados para a Segunda Guerra Mundial, sob coordenação da primeira dama Darci Vargas, configurando a gênese do primeiro damismo. No período pós-guerra, a LBA centraliza suas ações, de cunho paternalista, ao eixo maternidade e infância fornecendo auxílios de caráter emergencial e atenuante a miséria e com atendimentos nas

situações de calamidades com ações pontuais, urgentes e fragmentadas (BOSCARI e SILVA; 2015).

Mesmo com a expansão das legislações trabalhistas, meio pelo qual os trabalhadores acessavam os direitos sociais, uma significativa parcela da população não acessava tais direitos. Assim, aqueles que não tinham trabalho, não possuíam cobertura previdenciária, e tornavam-se foco da supracitada instituição com as suas atividades de natureza assistencialista, ainda na órbita da boa vontade e não como direito à cidadania (BOSCARI e SILVA; 2015).

O período entre 1950 e 60 foi marcado pelo processo de reconstrução do pós-guerra, configurando o momento de ampliação das políticas sociais, como a lei orgânica da previdência social e o estatuto do trabalhador rural (SPOSATI et al.; 1998). A ditadura militar, que iniciou em 1964, implicou na cassação parcial ou total dos direitos civis e políticos, mas manteve os direitos sociais para controle da população, desmobilização da classe trabalhadora e reforçando o paternalismo e clientelismo (RODRIGUES; 2016).

No final da década de 1970 buscou-se restabelecer direitos políticos e sobretudo direitos fundamentais de grupos historicamente excluídos (LONARDONI et al.; 2006). Em contraste a este período de distensão política, em que ocorreram lutas encabeçadas pelos movimentos sociais e populares pela redemocratização do país, na Europa o contexto era de desmonte do *Welfare State*.

No Brasil, com apoio do contexto da época de efervescência dos movimentos sociais e o acirramento das lutas pela democratização, a assistência social passa a ganhar centralidade, alcançando maior visibilidade no final dos anos 1980, com a sua incorporação como direito fundamental na Constituição Brasileira (BRASIL; 1988). A Assistência Social foi reconhecida como direito social e política de Seguridade Social, juntamente com a saúde e a previdência social compondo um amplo sistema de proteção social:

- Art. 6º: reconhecendo-a como direito social;
[...]
- Art.194º: aduzindo que ela compõe o tripé da seguridade social, junto com a saúde e a previdência;
[...]
- Art. 203º: enfatizando que a assistência será “prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade”;
- Art. 204º: estabelecendo os recursos e as diretrizes da assistência social. (BRASIL, 1988).

Tal contexto foi essencial para ressignificar o papel da assistência social, já que passou a ser caracterizada como direito à cidadania, respeitando o princípio da dignidade

humana (PAGANINI e VIEIRA; 2018). Postulações normativas, entretanto, foram necessárias para que ocorresse a materialização da assistência social sendo reconhecida como política pública e dever do Estado.

4.2.2 A organização da assistência social pós 1988

Contrastando o histórico assistencialista e clientelista que até então a assistência social esteve vinculada, o advento da Constituição Federal de 1988, se tornou um marco na construção de uma perspectiva democrática. Assim, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) regulamentou os artigos 203º e 204º da Constituição Federal (BRASIL; 1993) e “foram definidos princípios, diretrizes, competências, gestão e financiamento da assistência social enquanto política pública” (PAGANINI E VIEIRA; 2018, p.76), determinando condições legais para consolidação da política de Assistência Social no Brasil por meio de um sistema descentralizado e participativo composto pela sociedade civil e poder público.

Além disso, a LOAS traz em seu primeiro artigo:

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 iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL;1993).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) foi responsável por definir as bases do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que representou um novo modelo de gestão em todo território nacional (BRASIL; 1993), em conjunto com a Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS) que estabeleceu os diferentes níveis de proteção (BRASIL; 2005)² e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH) que definiu os princípios e as diretrizes norteadores do trabalho dos profissionais na área (BRASIL; 2006)³

Assim, por meio da histórica IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília em 2003⁴, a PNAS e o SUAS foram deliberados e configuraram a materialização das diretrizes da LOAS contidas na Constituição Federal de 1988

²Resolução CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social, nº 130, de 15 de julho de 2005, que aprovou a NOB/SUAS 2005, na qual esta fora revogada pela Resolução CNAS nº33/2012, que aprova a NOB/SUAS 2012.

³ Aprovada pela Resolução nº 269 de 13 de dezembro de 2006 a NOB-RH/SUAS.

⁴ Portaria nº 262 de 12 de agosto de 2003. Dispõe sobre a convocação extraordinária da Conferência Nacional de Assistência Social e dá outras providências.

(PAGANINI e VIEIRA; 2018). Esse panorama foi resultado do engajamento de vários trabalhadores e movimentos sociais que tiveram como intuito que a Assistência Social não apenas recebesse o status de política pública, mas marcasse uma mudança de paradigma.

Cabe destacar que a consolidação do SUAS não ocorreu de maneira repentina. O amadurecimento do debate ocorreu em 2003, mas antes da LOAS já havia um debate sobre um Sistema Único que realizasse a gestão da assistência social e que destacasse a importância da participação social (PAGANINI e VIEIRA; 2018).

Para tal se faz de suma importância o controle social na assistência social, com a participação da sociedade civil, pois torna-se um dispositivo importante para romper com uma estrutura assistencialista.

Tal empreendimento deve sobrelevar a prática do controle social, o que, nessa área em particular, adquire uma relevância crucial, já que o atributo torpe de campo de favores políticos e caridade, agregado historicamente a esta área, deve ser minado pelo estabelecimento de um novo estágio, feito de estratégias e determinações que suplantem política e tecnicamente o passado (BRASIL; 2004, p. 14).

O reconhecimento formal da Assistência Social como direito do cidadão, não contributiva e dever do Estado, pode ser considerado um dos principais avanços, garantindo a proteção social por meio da articulação com outras políticas:

[...] a assistência social inicia seu trânsito para um campo novo: o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal.

[...]

A proteção social deve garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar (BRASIL; 2004, p.31).

Ademais a PNAS apresenta como princípios norteadores:

[...] supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; universalização dos direitos sociais; respeito a dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como a convivência familiar e comunitária [...] a igualdade de direitos no acesso ao atendimento sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais (BRASIL; 2004, p. 32; BRASIL; 1993, capítulo II, seção I, artigo 4º).

A organização da Assistência Social tem como base a Constituição Federal de 1988 e a LOAS (1993) apresenta as seguintes diretrizes:

[...] descentralização político-administrativa; participação da população na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis; primazia

do Estado na condução da política em esfera do governo e centralidade na família (BRASIL; 2004, p. 32-33).

A implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos ocorre pela centralidade na família, tendo na matricialidade sociofamiliar um lugar de prestígio na Política Nacional de Assistência Social (PNAS). A perspectiva da centralidade da família, entretanto, faz recair ainda sobre a mulher o papel de cuidadora, como se o cuidado dos membros fosse algo exclusivo da figura feminina, embora na PNAS não há aparentemente nenhuma indicação de gênero.

A PNAS especifica os seus principais objetivos e caracteriza os seus usuários:

[...] prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem; contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural; assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, garantindo a convivência familiar e comunitária.

[...]

cidadãos e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade e riscos, tais como famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho forma e informal; estratégias e alternativa diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL; 2004, p.33).

A caracterização do público usuário, qualificados como segmentos em situação de vulnerabilidade e risco, contudo, vai na contramão do que é preconizado na constituição: “A assistência social será prestada a quem dela necessitar” (BRASIL; 1988, artigo 203).

A materialização da Assistência Social ocorre em forma de proteção social básica e especial (de média e alta complexidade) e as demandas desse público devem ser acolhidas de maneira que:

[...] a proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. [...] Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizadas em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Os benefícios, tanto de prestação continuada como os eventuais, compõem a proteção social básica, dada a natureza de sua realização (BRASIL; 2004, p.33,34).

Ademais, a PNAS apresenta como categorias centrais a matricialidade sociofamiliar e a territorialidade, tendo como foco a prevenção rompimento de vínculos familiares e/ou comunitários (BRASIL; 2004).

É importante não passar despercebido que os avanços propostos pela PNAS/SUAS proporcionaram um movimento de rompimento com práticas assistencialistas tradicionais, já que há a previsão da divisão da proteção social, a centralidade da família e a importância do território para se pensar o trabalho socioassistencial. Simultaneamente ocorre um movimento de continuidade porque tais definições programáticas têm aberto margem para volta de formas moralistas de atender às demandas da população (COUTO; 2015).

O SUAS indica que as ações socioassistenciais da Proteção Social Básica sejam executadas nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) em que são ofertados informações e serviços à população usuária, bem como a articulação com rede de proteção local e ações intersetoriais e com as demais políticas públicas e sociais. O atendimento é realizado conforme a área de abrangência das famílias e indivíduos, tendo como referência o próprio território, com o intuito de facilitar o seu acesso para que o convívio sociofamiliar e comunitário sejam mantidos (BRASIL; 2004).

Esses dispositivos são responsáveis por ofertar os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)⁵ para crianças, adolescentes, jovens e idosos; visando também a inclusão de pessoas com algum tipo de deficiência. Dentre os serviços há oficinas, grupos, rodas de conversas e encaminhamentos para cursos de geração de renda com possibilidade de inclusão produtiva em parceria com a rede local. Além disso, é ofertado o Serviço de Proteção Integral às Famílias (PAIF). Este propõe o acompanhamento sistemático às famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social, como aos integrantes dos SCFV.

A gênese do PAIF ocorreu a partir de uma experiência no estado do Rio de Janeiro, em 1999, como um Programa pela então Secretaria Estadual de Ação Social e Esporte e Lazer do Rio de Janeiro (SASEL), denominado como Programa de Atendimento Integral à Família. Contudo, ganha notoriedade nacional em 2003 e é definido como um Plano Nacional de Atendimento Integral à Família, mantendo a sigla PAIF. Com a amplitude

⁵A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais trata do público alvo que constitui o SCFV e descreve as especificidades de cada faixa etária: crianças até 6 anos, crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, jovens de 15 a 17 anos e idosos (BRASIL; 2009b).

nacional começou a receber recursos para apoiar a execução de ações socioassistenciais⁶. Em 2004, o PAIF foi absorvido pela PNAS e para se adequar, sofreu as primeiras alterações, passando a ser concebido não mais como plano, mas retornando a concepção anterior de Programa; alterando a denominação de “atendimento” para “atenção”. Com o avanço da matriz teórica, estrutural e legal que orienta o SUAS, em 2009, ocorreu uma nova revisão do termo PAIF, em nível federal, sendo denominado como “Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família”, tendo como referencial teórico a metodologia de Paulo Freire:

O PAIF/RJ foi concebido e implementado no final da década de 90, em tempos de expansão da lógica neoliberal de fragmentação e redução das políticas sociais e valorização de uma ideologia de individualização. Contrariando esta tendência, o programa apoiou-se na referência teórica e transformadora de Paulo Freire para propor uma metodologia de trabalho social com famílias pobres, orientada para o fortalecimento da ação pública, da articulação setorial e intersetorial e para o desenvolvimento de atividades reflexivas coletivas. Por isso, esta metodologia pode ser vista como um esforço de resistência pela defesa e proteção dos direitos, assim como pela defesa da primazia do Estado na condução da política pública de proteção social (RIO DE JANEIRO; 2013, p.15).

Com a alteração da LOAS (BRASIL; 2011b), o PAIF passou a categoria de Serviço pelo seu caráter continuado:

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo (BRASIL; 2012a, p.12).

No que refere ao público-alvo a “Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais” estabelece que são:

[...] as famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, residentes nos territórios de abrangência dos CRAS, em especial as famílias beneficiárias de programas de transferências de renda ou famílias com membros que recebem benefícios assistenciais, pois a situação de pobreza ou extrema pobreza agrava a situação de vulnerabilidade social das famílias (BRASIL; 2009b, p. 7).

Pode-se compreender que as famílias e indivíduos territorialmente referenciados ao CRAS e incluídos no PAIF são:

Famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de

⁶ Os serviços socioassistenciais são “as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nesta lei” (BRASIL; 2012a, p. 15).

pertencimento e sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2012a, p.29).

As formas de acesso ao PAIF ocorrem por meio de encaminhamentos da rede de serviços socioassistenciais e/ou demais políticas públicas, busca ativa realizada pela equipe do CRAS no território ou através de demanda espontânea (BRASIL; 2009a).

O SUAS considera o PAIF como principal serviço socioassistencial e responsável pela integração com demais serviços, programas de transferência de renda, como por exemplo o Programa Bolsa-família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). A figura 1 apresenta os objetivos e ações do PAIF.

Figura 1 – Objetivos e ações do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)



Fonte: Orientações Técnicas do PAIF, 2012, volume 2, p. 15

A articulação dessas ações do PAIF tem como intuito promover o acesso aos serviços públicos, desenvolver potencialidades e construir estratégias para o enfretamento das vulnerabilidades. Tais objetivos e ações são materializados no trabalho social realizados com as famílias, que destaca o que consiste este trabalho social:

[...] 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 grupo social, unido por vínculos consanguíneos, de afinidade e/ou 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 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; 2012b, p.12).

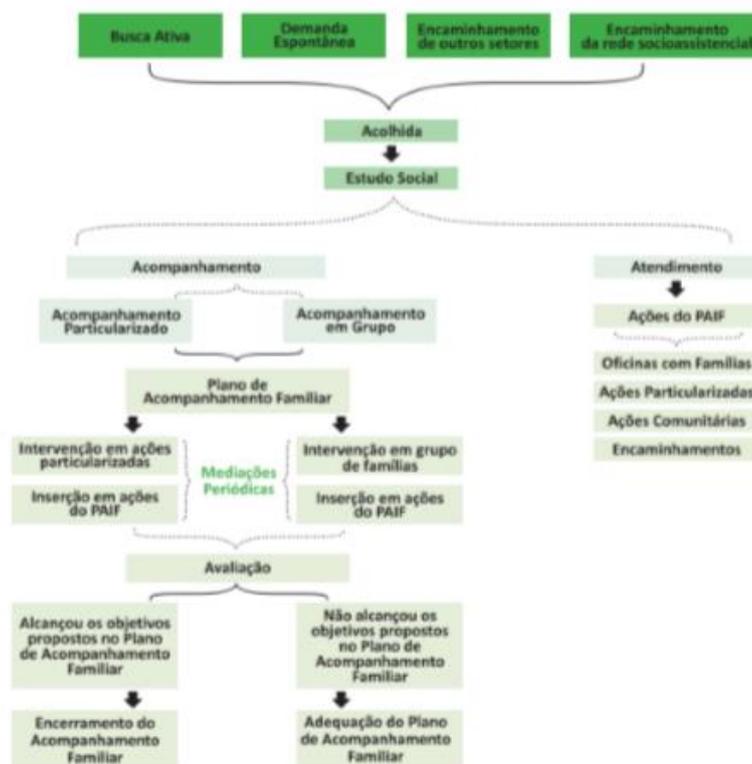
Assim, o trabalho social realizado com as famílias através de técnicos de nível superior é por meio do PAIF, no âmbito da Proteção Social Básica do SUAS, onde ocorre “a materialização da responsabilidade constitucional do Estado de proteger as famílias” (BRASIL; 2012b, p 15).

De tal modo, para que seja cumprindo os objetivos do PAIF, o trabalho realizado com as famílias é necessário ser:

“[...] baseado no respeito à heterogeneidade dos arranjos familiares, aos valores, crenças e identidades das famílias. Fundamenta-se no fortalecimento da cultura do diálogo, no combate a todas as formas de violência, preconceito, de discriminação e de estigmatização nas relações familiares” (BRASIL; 2012a, p. 20).

A busca para alcançar os objetivos propostos ocorre a partir de duas estratégias distintas, mas complementares: as atividades de acompanhamento e as ações de atendimento, conforme diagrama mostrado na Figura 2 (BRASIL; 2012b).

Figura 2 – Atividades de acompanhamento e ações de atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)



Fonte: Orientações Técnicas do PAIF, 2012, volume 2, p. 66

Em relação ao acompanhamento familiar pode-se pontuar que:

[...] o acompanhamento familiar consiste num conjunto de intervenções, desenvolvidas **de forma continuada**, a partir do estabelecimento de compromissos entre famílias e profissionais que pressupõem a construção de um Plano de Acompanhamento Familiar – com objetivos a serem alcançados, a realização de mediações periódicas, a inserção em ações do PAIF, buscando a superação gradativa das vulnerabilidades vivenciadas (BRASIL; 2012b, 54, grifo do autor).

Destina-se as famílias que estejam em situação de vulnerabilidade social e

[...] que requerem da assistência social garantia de seus direitos socioassistenciais, acesso aos direitos sociais e ampliação de sua capacidade protetiva, demandando, para isso uma atenção diferenciada, um olhar mais atento dos profissionais do CRAS, na medida em que essas situações vivenciadas, caso não sofram imediata intervenção profissional, podem tornar-se risco social e/ou violação de direitos (BRASIL; 2012b, p. 55).

Sobre a operacionalização do acompanhamento familiar ele possui um conjunto de intervenções de caráter continuado e para sua realização é necessária a construção de um plano de acompanhamento familiar, que consiste num planejamento conjunto entre a

família e o profissional em que será estabelecido os meios e fins para alcançar os objetivos propostos pelo PAIF, principalmente a superação da condição de vulnerabilidade e acesso a direitos (BRASIL; 2012b).

Entretanto, trazendo a experiência do estado do Rio de Janeiro salientada no documento “Acompanhamento Familiar na Política de Assistência Social” é possível depreender que tal documento já apontava que este acompanhamento familiar não é realizado de maneira homogênea e é desprovido de um planejamento. Tal fato sinaliza uma necessidade de orientações mais específicas e definição de uma metodologia que forneça direcionamento para esta intervenção (RIO DE JANEIRO; 2013).

4.2.3 Assistente Social no CRAS: contribuição para intersectorialidade

O trabalho do assistente social que atua no CRAS não pode vir separado do debate acerca da determinação social no processo saúde/doença, já que “implica reconhecer as dinâmicas sociais que engendram os processos de produção e reprodução dos padrões estruturais de dominação, exploração e marginalização nas sociedades concretas, moldam os modos de vida e se expressam nos processos saúde-doença” (BORDE et. al.; 2015, p. 847). Dessa forma, o modo de produção societário reproduz desigualdade social e atinge diretamente a produção de saúde-doença o que nos faz refletir acerca da inserção e a garantia da proteção social prevista na Seguridade Social e as respostas dadas pelas equipes multiprofissionais no cotidiano de trabalho dos equipamentos da assistência social como também da saúde, com vistas a garantia e ampliação dos direitos sociais.

Considerando o conceito ampliado de saúde, que se expressa através dos aspectos sociais, culturais, econômicos e não somente biológicos, é relevante pensar, como estratégia de construção de cuidado integral, a parceria entre diversas secretarias. Assim, o debate sobre a intersectorialidade é essencial no que diz respeito a garantia de direitos e das políticas sociais, e se torna necessário porque a população apresenta demandas variadas e complexas: moradia, educação, trabalho, lazer, assistência social, entre outros.

Um serviço ou uma política pública por si só, contudo, não é suficiente para responder as demandas da população, em particular a mais vulnerável. Ademais, a melhoria da saúde de uma determinada população pode depender mais de investimento de outra política setorial, como exemplo saneamento básico, do que o aumento no investimento dos gastos tradicionais relacionado à saúde.

A intersectorialidade é um dos objetivos previsto na LOAS e apresenta no seu parágrafo único:

[...] assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais (BRASIL; 2011b).

De tal modo é necessário destacar como exemplo de intersectorialidade o Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2003. Trata-se de um programa de transferência de renda direta cujo o objetivo é combater a pobreza extrema e reduzir os índices de desigualdade no Brasil. Além disso, é um programa de abordagem intersectorial (Saúde, Educação e Assistência Social) que apresenta algumas condicionalidades para a manutenção, como: a escolarização, a vacinação e o acompanhamento em saúde das crianças e o acompanhamento pré-natal de gestantes. Apesar das críticas em torno do programa, por suas ações ainda operarem de maneira fragmentada, é necessário salientar sua importância no processo de possibilidade de produção de saúde.

Assim sendo, a intersectorialidade é uma estratégia de construção do cuidado integral, mas ainda é verificado na prática profissional uma necessidade de ampliação do debate acerca da rede intra e intersectorial, bem como a articulação entre elas. Tal limitação compromete o enfrentamento da determinação social que incide no processo saúde-doença.

Conforme aponta Iamamoto (2008) o Serviço Social está inserido no conjunto de relações sociais e na divisão social e técnica do trabalho, tendo sua gênese vinculada ao enfrentamento das manifestações da questão social. Esta inserção fornece sentido a prática profissional e, do mesmo modo, se diferencia do trabalho voluntário existentes nas protoformas da profissão.

A profissionalização do Serviço Social não se constituiu para criar um determinado espaço sócio-ocupacional, mas o inverso; é a existência desse espaço que proporciona condições favoráveis para estabelecer o Serviço Social como profissão (NETTO; 2007). A resignificação ocorre não pela continuidade evolutiva das mais variadas manifestações organizadas da filantropia e caridade, mas sim a ruptura com essa lógica que explica a profissionalização do Serviço Social.

Busca-se, portanto, extrapolar a análise do Serviço Social em si mesmo e inscrevê-lo na trama das relações sociais. Logo, é necessário compreender que o surgimento do

Serviço Social resulta, enquanto profissão, de relações históricas, sociais, políticas e econômicas que moldam a sua necessidade social.

Assim, a(o) Assistente Social se insere numa realidade complexa, em que por vezes, encontra limites para sua atuação. Tal contexto provoca o profissional a refletir sobre a sua prática e reconhecer que a realidade dinâmica, com avanços e os retrocessos na relação entre o Estado e sociedade. Desta forma, é necessário que o profissional mantenha uma leitura crítica da realidade para que tenha subsídios para trabalhar na e com as políticas sociais (IAMAMOTO; 2012), preservando o seu comprometimento com os princípios e diretrizes contidos no Código de Ética Profissional.

Diante disso, é necessário refletir que:

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo. (IAMAMOTO; 2012 p. 20)

4.3. O município de Belford Roxo e a Política de Assistência Social

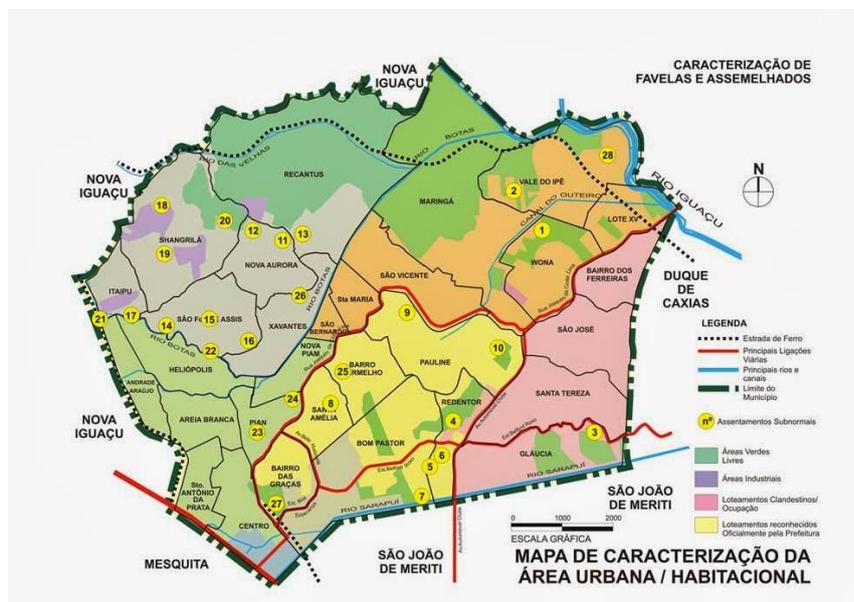
Este capítulo tem como objetivo descrever as características do município de Belford Roxo e a estrutura da rede socioassistencial.

4.3.1. Breve caracterização do município de Belford Roxo

Belford Roxo é um município da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, localizado na Baixada Fluminense. A área territorial compreende aproximadamente 79 km² (IBGE; 2019) e faz fronteira com os municípios de Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti e Mesquita. A cidade era um distrito do município de Nova Iguaçu e foi elevado a *status* de município em 1990.

O município está dividido em cinco distritos e contém 28 favelas (assentamentos subnormais) (Figura 3). Ele apresenta índice de desenvolvimento humano (IDH) médio (0,684), mas abaixo do estado do Rio de Janeiro (0,761). A população estimada para 2019 é de 510.906 habitantes, sendo o sexto município mais populoso do estado (IBGE; 2019). Considerando os dois últimos censos (2000 e 2010), houve uma redução de 32,2% no percentual da população que vive com até um quarto do salário mínimo (pobreza extrema), mas ainda corresponde a 15,7% da população e 39,3% com menos de meio salário mínimo, correspondendo a sexta pior posição do estado (IBGE; 2019).

Figura 3 – Mapa de Belford Roxo/RJ com caracterização dos bairros, favelas e divisas municipais



Fonte: Prefeitura de Belford Roxo⁷.

4.3.2. Rede socioassistencial do município de Belford Roxo

A rede socioassistencial do município começou a ser implantada a partir da aprovação da PNAS/SUAS que ocorreu no ano de 2004. No ano posterior, o município contava com um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e seis CRAS (ANSELMO; 2008). Atualmente o município dispõe de treze CRAS, três CREAS e um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). Possui sete Unidades de Acolhimento, sendo uma destinada a mulheres que estejam em situação de violência doméstica. Além disso, a rede é composta por um Centro Especializado de Atendimento à Mulher de Belford Roxo (CEAMBEL), uma Delegacia de Mulheres (DEAM), uma Delegacia de Homicídios da Baixada Fluminense, a 54ª Delegacia de Polícia. Na área da saúde possui vinte e cinco Estratégia de Saúde da Família (ESF), onze Unidade Básica de Saúde (UBS), doze policlínicas, um hospital municipal de pequeno porte, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma Unidade

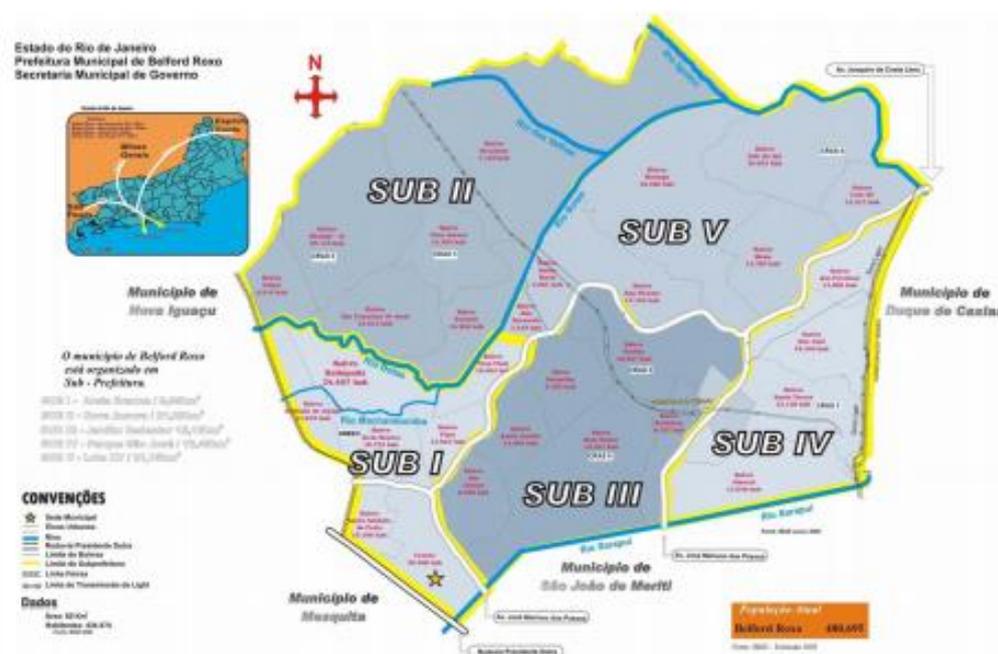
⁷ Disponível em <http://noticiasdebelfordroxo.blogspot.com/p/mapa-de-belford-roxo.html>. Acesso em 27/12/2019.

Mista e uma maternidade conveniada com o SUS e três Centros de Atenção Psicossocial (Adulto, infantil e Álcool e outras drogas).

O município de Belford Roxo é subdividido em cinco subprefeituras (BELFORD ROXO; 2013), que abrigam 141 bairros urbanos: 1) Subprefeitura Areia Branca; 2) Subprefeitura Nova Aurora; 3) Subprefeitura Jardim Redentor; 4) Subprefeitura Parque São José; 5) Subprefeitura Lote XV. A Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania (SEMASC) de Belford Roxo responde pela gestão local dos equipamentos e serviços socioassistenciais (Figura 4).

O CRAS II Santa Marta⁸, objeto de estudo, foi inaugurado em 2005. Ele está localizado no terceiro distrito, abrangendo quinze sub-bairros, e é responsável por cerca de oito mil famílias.

Figura 4 – Mapa das subprefeituras do município de Belford Roxo/RJ



Fonte: Plano de Mobilização Social para a Elaboração do Plano Municipal de Saneamento básico da cidade de Belford Roxo Rio de Janeiro. 2013.

⁸ Após reinauguração realizada pela Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SEMASC) em dezembro de 2018, foi renomeado como CRAS II Santa Marta José de Macedo Cazarotti, em homenagem ao líder comunitário do bairro falecido em 1999. Disponível em <https://www.noticiasdebelfordroxo.com/2018/12/belford-roxo-entrega-novo-cras-em-santa.html>. Acesso em 18/02/2020.

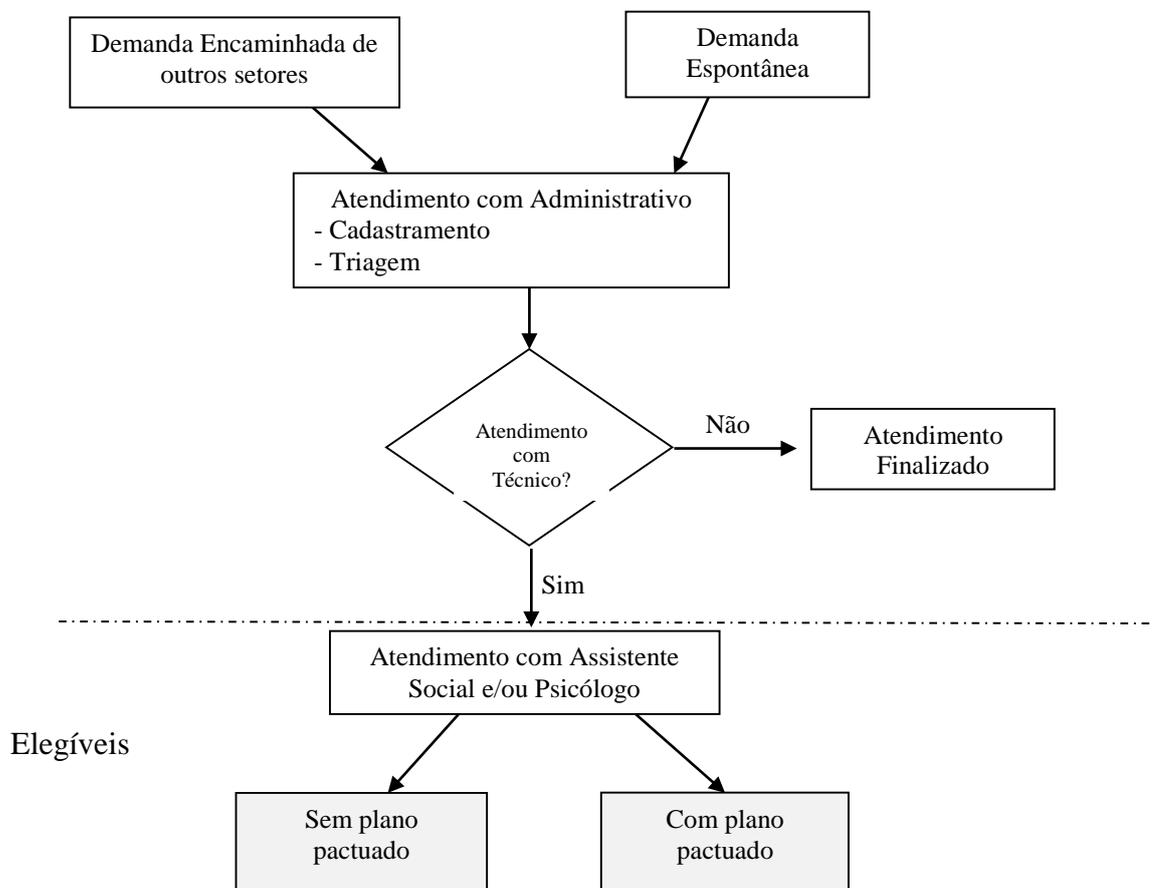
5. METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal exploratório para identificar os fatores associados a pactuação de plano de acompanhamento familiar no PAIF do CRAS II Santa Marta, do município de Belford Roxo – Rio de Janeiro, atendidas pelos técnicos (assistentes sociais e/ou psicólogos), no período de 2005 a 2019. No estudo transversal a unidade de análise é o indivíduo, oriundo de uma população e período bem definidos, visando dar um corte no fluxo histórico do evento de interesse (desfecho), de forma a descrever suas características e as relações entre variáveis explicativas investigadas e o desfecho (estudo exploratório). A coleta de dados é realizada num único momento, para todas as variáveis de interesse, previamente estabelecidas. (ALMEIDA FILHO e BARRETO; 2014).

5.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Neste estudo foram elegíveis as famílias que foram atendidas pelos técnicos, assistentes sociais e/ou psicólogo, no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS II Santa Marta, do município de Belford Roxo, no período de 2005 a 2019. A figura 5 apresenta o fluxograma de atendimento na instituição.

Figura 5. Fluxograma de atendimento Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) do CRAS Santa Marta – Belford Roxo/RJ



Fonte: Elaboração própria

5.2 FONTE DE DADOS

Os dados individuais foram extraídos das fichas de atendimento do PAIF do CRAS II Santa Marta, que são de acesso restrito aos funcionários do setor. As variáveis analisadas foram relacionadas às características socioeconômicas e demográficas do responsável familiar, demandas e atendimento no PAIF.

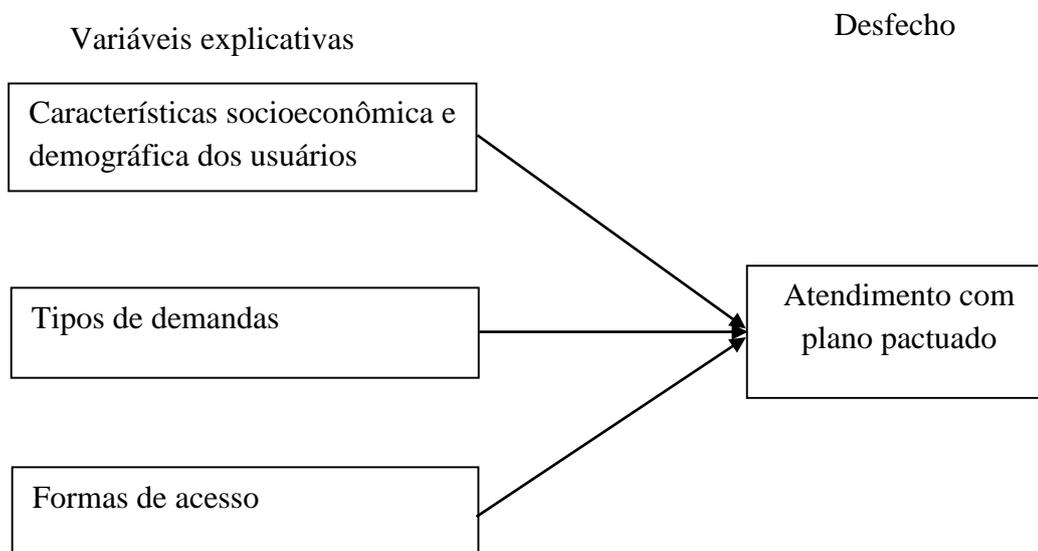
As características socioeconômicas e demográficas consideradas foram: sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, naturalidade, estar empregado e participação em programas de transferência de renda. As demandas a ser avaliadas foram: regularização do benefício em função de bloqueio ou advertência devido ao descumprimento de condicionalidade (criança ou adolescente com frequência irregular na escola, vacinação não está em dia e não da realização da pesagem, e etc.), violência doméstica intrafamiliar,

violência urbana, acolhimento institucional, assistência em saúde, etc. Quanto ao atendimento no PAIF foram contempladas forma de acesso (demanda espontânea, encaminhamento intrasetorial ou intersetorial) e existência de plano de acompanhamento familiar pactuado.

5.3 ANÁLISE DE DADOS

Foi calculado o percentual de cada categoria das variáveis estudadas. A investigação dos fatores (variáveis explicativas) que influenciam a pactuação do plano de acompanhamento (desfecho de interesse) (Figura 6) foi estimada pela razão de prevalência e respectivo intervalo de confiança de 95%.

Figura 6 - Modelo para investigação de fatores relacionados aos atendimentos com pactuação do plano de acompanhamento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) do CRAS Santa Marta – Belford Roxo



Fonte: Elaboração própria.

Os dados foram armazenados no programa Excel, versão 2013, e analisados no programa estatístico R versão 3.4.3.

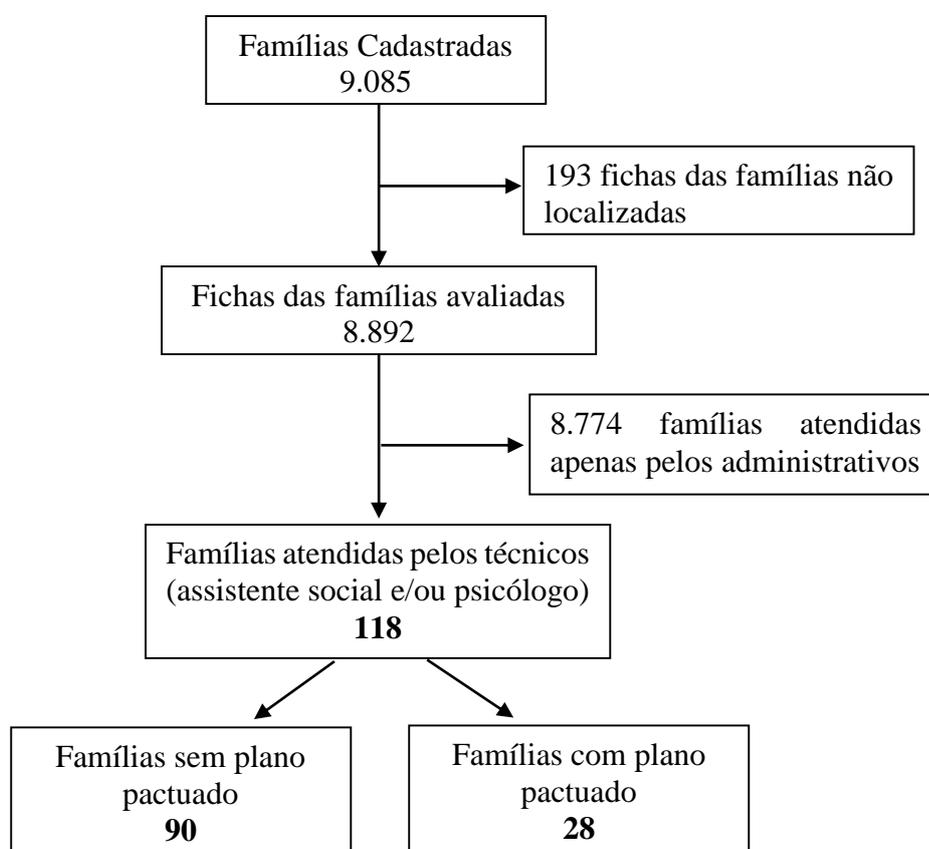
5.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), CAAE: 94184318.2.0000.5240, pareceres nº 2.795.511 de 1/08/2018 e nº 3.677.302 de 1/11/2019.

6. RESULTADOS

Foram identificadas 9.085 famílias cadastradas no CRAS, no período de 2006 a 2019, sendo que dessas 193 fichas não foram localizadas (2,1%). Das 8.892 fichas consultadas, 118 famílias (1,3%) foram atendidas pela equipe técnica composta por assistentes sociais e psicólogo (Figura 7). Dessas, apenas 28 famílias (23,7%) tinham o registro do plano de acompanhamento familiar pactuado.

Figura 7. Diagrama do processo de identificação da população elegível, CRAS Santa Marta, Belford Roxo, RJ – 2006-2019



A tabela 1 apresenta as características do responsável familiar. Na população estudada observou-se que a maioria é do sexo feminino (92,4%), solteiro (87,3%), baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto ou analfabeto (84,8%) e nascido no estado do Rio de Janeiro (94,9%). O acesso ao atendimento ocorreu principalmente através de demanda espontânea (92,4%).

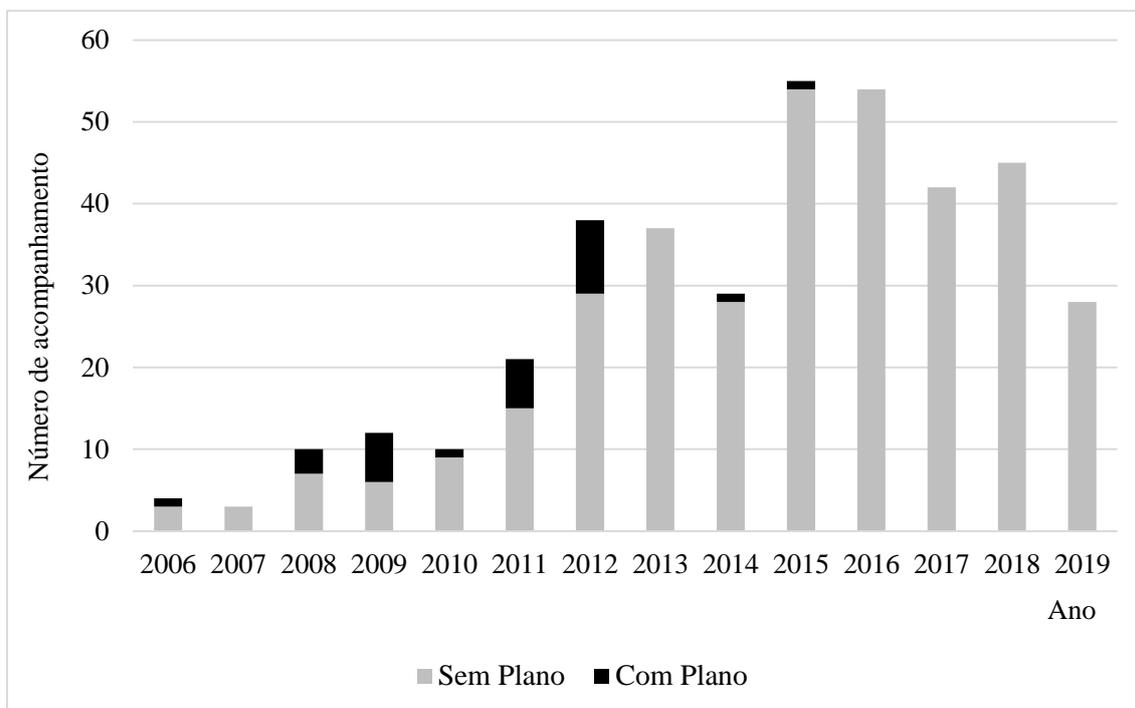
Tabela 1. Características do responsável familiar, segundo pactuação de plano, CRAS Santa Marta, Belford Roxo, RJ – 2006-2019

Características do responsável familiar	Total		Sem Plano		Com Plano	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	9	7,6	9	10,0	0	0,0
Feminino	109	92,4	81	90,0	28	100,0
Situação Conjugal						
Solteiro	103	87,3	75	83,3	28	100,0
Casado	5	4,2	5	5,6	0	0,0
Divorciado	3	2,5	3	3,3	0	0,0
Viúvo	1	0,8	1	1,1	0	0,0
Outro	3	2,5	3	3,3	0	0,0
Ignorado	3	2,5	3	3,3	0	0,0
Escolaridade						
Analfabeto	4	3,4	4	4,4	0	0,0
Fundamental Incompleto	96	81,4	69	76,7	27	96,4
Fundamental Completo	6	5,1	6	6,7	0	0,0
Ensino Médio Incompleto	6	5,1	5	5,6	1	3,6
Ensino Médio Completo	4	3,4	4	4,4	0	0,0
Ignorado	2	1,7	2	2,2	0	0,0
Naturalidade						
Rio de Janeiro	112	94,9	84	93,3	28	100,0
Outros estados	6	5,1	6	6,7	0	0,0
Acesso ao CRAS						
Demanda espontânea	109	92,4	81	90,0	28	100,0
Encaminhamento intrasetorial	3	2,5	3	3,3	0	0,0
Encaminhamento intersetorial	6	5,1	6	6,7	0	0,0

No período de 2006 a 2019 foram realizados 388 acompanhamentos pelos técnicos, sendo 7,2% relacionados as famílias com pactuação de plano de acompanhamento. A mediana foi de três atendimentos por família, variando de um a quinze. Houve um aumento expressivo do quantitativo de atendimentos até 2015 (Figura

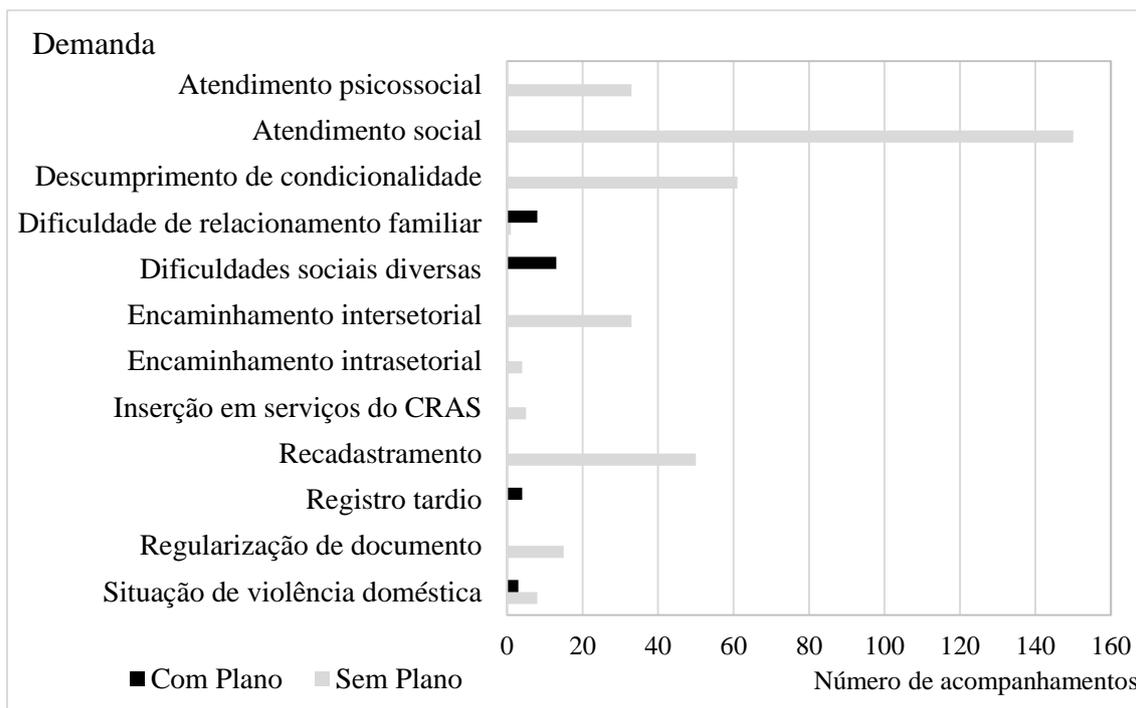
8). O ano de 2012 foi o que teve mais atendimentos as famílias com pactuação do plano de acompanhamento, mas desde 2016 nenhuma pactuação foi realizada.

Figura 8. Números de acompanhamentos familiar realizados segundo pactuação de plano e ano do início do atendimento, CRAS Santa Marta, Belford Roxo, RJ – 2006-2019



A principal demanda foi atendimento social (38,7%), seguida de descumprimento de condicionalidades (15,7%), seguido de assistência para recadastramento (12,9%) (Figura 9). Dentre os atendimentos relacionados ao registro de plano de acompanhamento familiar, destacaram-se a assistência para dificuldades sociais diversas (46,4%) e dificuldade de relacionamento familiar (28,6%). A violência doméstica foi a demanda de onze famílias, dessas apenas três pactuaram o plano de acompanhamento familiar e foram demandas espontâneas de mulheres com idade de 28 a 40 anos.

Figura 9. Números de acompanhamentos familiar realizados segundo demanda e pactuação de plano, CRAS Santa Marta, Belford Roxo, RJ – 2006-2019



Todas as famílias que pactuaram plano de acompanhamento, o responsável familiar era mulher, solteira, natural do Rio de Janeiro, e procurou o CRAS por demanda espontânea.

A tabela 2 apresenta a razão de prevalência para pactuação do plano de acompanhamento familiar para variáveis selecionadas, considerando as características dos responsáveis familiares nos 388 atendimentos realizados. Observou-se que a pactuação do plano foi associada aos responsáveis familiar mais jovem (RP = 2,42; IC95%: 1,08 – 5,41) do que na faixa etária de 30 a 49 anos; bem como nos idosos (60 anos ou mais), embora não estatisticamente significativo (RP = 1,75; IC95%: 0,43 – 7,06). Não participar de programa de transferência de renda (RP = 1,67; IC95%: 0,54 – 5,17) e estar empregado (RP = 3,24; IC95%: 0,90 – 11,62) também se relacionaram a pactuação do plano de acompanhamento familiar, mas não foram estatisticamente significativos.

Tabela 2. Razão de prevalência (RP) e respectivo intervalo de confiança (IC 95%) das características do responsável familiar quanto a pactuação de plano de acompanhamento familiar, CRAS Santa Marta, Belford Roxo, RJ – 2006-2019

Características do responsável familiar	Total		Sem Plano		Com Plano		RP	IC 95%
	N	%	N	%	N	%		
Idade								
18 a 29 anos	52	13,4	44	84,6	8	15,4	2,42	1,08 - 5,41
30 a 49 anos	236	60,8	221	93,6	15	6,4	1,00	-
50 a 59 anos	80	20,6	77	96,3	3	3,8	0,59	0,18 - 1,99
60 anos ou mais	20	5,2	18	90,0	2	10,0	1,75	0,43 - 7,06
Empregado								
Sim	9	2,3	7	77,8	2	22,2	3,24	0,90 - 11,62
Não	379	97,7	353	93,1	26	6,9	1,00	-
Participação em programa de transferência de renda								
Sim	362	93,3	337	93,1	25	6,9	1,00	-
Não	26	6,7	23	88,5	3	11,5	1,67	0,54 - 5,17

RP: Razão de Prevalência. IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

7. DISCUSSÃO

O CRAS Santa Marta embora tenha cadastrado 9.085 famílias, no período analisado, apenas 118 (1,3%) foram atendidas pela equipe técnica (assistente social e psicólogo). Essas famílias tiveram 388 acompanhamentos, com quantitativo de atendimentos variados ao longo do período. Desses acompanhamentos, somente 7,2% tiveram plano pactuado.

Uma das limitações do presente estudo foi não ter acesso a algumas fichas, que foram extraviadas após arquivamento em 2018 para realização de reforma no equipamento. Essas fichas, no entanto, provavelmente referem-se as famílias que não foram acompanhadas pela equipe técnica, pois essas ficaram no local do atendimento com os profissionais.

O Plano de Acompanhamento Familiar consiste em um planejamento conjunto entre a família e o profissional, sendo considerado imprescindível para o alcance dos objetivos previstos. Essa pactuação deve ser registrada e alterada conforme as demandas se modificam, e se os objetivos são alcançados ou não. Tudo deve ser sistematizado e anexado ao prontuário e complementado com outras informações relevantes para o processo (BRASIL; 2012b).

O estudo identificou que a pactuação do plano de acompanhamento esteve associada aos responsáveis familiares mais jovem entre 18 e 29 anos (RP=2,42; IC95%: 1,08-5,41). Todas as famílias que pactuaram plano de acompanhamento, entretanto, o responsável familiar era mulher, solteira, natural do Rio de Janeiro, e procurou o CRAS por demanda espontânea; inviabilizando a análise dessas variáveis. Também não havia registro de informações essenciais como raça/cor da pele e se foi recusada a negociação de um plano de acompanhamento.

Ademais, todas as demandas relacionadas a dificuldade de relacionamento familiar, dificuldades sociais diversas e registro tardio tiveram acompanhamento pactuado. Apenas a violência doméstica, que teve onze demandas, oito (72,7%) não pactuaram plano de acompanhamento. A violência de gênero é uma demanda que deve ser acolhida e acompanhada no âmbito do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (BRASIL; 2011a). O CRAS II Santa Marta, no entanto, também tem se colocado como ponto de apoio e acolhimento em relação à violência doméstica, mas geralmente com atuação mais preventiva. Silva (2012) e Machado (2014) ressaltam que na violência doméstica é importante considerar a família como um todo, incluindo o agressor, visando reconstruir vínculos familiares que foram intensamente afetados pela violência. Essa abordagem, contudo, é um desafio para o CREAS, que tende a ter ações fragmentadas contemplando apenas a vítima. Neste sentido, o CRAS pode ser um aliado no enfrentamento da violência por ser referência no território para as famílias. É

necessário pontuar, no entanto, que o atendimento que contemple o grupo familiar como um todo, deve partir de um entendimento da equipe que a violência doméstica é resultante de sociabilidade pautada em valores patriarcais (SILVA e CLEONE; 2019). Esses valores se reatualizam sistematicamente afetando também os profissionais no âmbito da proteção social básica e de média e alta complexidade. Assim, seu enfrentamento requer a desconstrução da visão moralista em relação a violência doméstica que ainda perdura com alguns profissionais a partir de um debate amplo das categorias gênero, patriarcado e autonomia.

Os demais atendimentos sem pactuação de plano referiam-se provavelmente a demandas pontuais e conseqüentemente um plano de acompanhamento não foi proposto. Infelizmente a falta de registro na ficha impossibilitou conhecer a situação. As fichas de atendimento dos técnicos não são padronizadas e nunca teve um treinamento sobre o que é essencial registrar deixando os técnicos livres. As demandas são inúmeras, reafirmando o CRAS como porta de entrada de serviços socioassistenciais, mas também como contraponto importante da rede, pois realiza acolhimento de serviços de saúde, violência doméstica, intrafamiliar, entre outros. Além disso, a diversidade de demandas evidencia, por outro lado, o quanto o CRAS é um serviço estratégico no território, por acolher tantas necessidades naquele espaço (BRASIL; 2014).

Cada grupo familiar possui um sujeito que é considerado a referência familiar, o provedor, o ponto de apoio e articulação entre o PAIF e as famílias assistidas. A matricialidade sociofamiliar é um dos eixos estruturantes da PNAS e organiza toda a rede socioassistencial para o apoio às famílias em que seja assegurado a população o direito à convivência familiar, levando em consideração que para a família prevenir, proteger e manter seus membros é necessária a ação efetiva do poder público (BRASIL; 2004). O enfoque na família, entretanto, não pode significar sua responsabilização/culpabilização, pois essas são as maiores prejudicadas pelo abandono estatal.

A maioria dos responsáveis familiar era do sexo feminino (92,4%) tendo em vista que a PAS é direcionada a esse segmento, o qual é percebido e caracterizado como vulnerável. As políticas sociais, entretanto, têm encontrado dificuldades para construir ações que realmente atendam esse segmento (NOVELLINO; 2004). A fragilidade dos serviços ofertados no âmbito do SUAS, reafirmam a condição de subalternidade das mulheres na ordem social (GASPAROTTO e GROSSI; 2017). Nesse sentido, a PAS e os serviços ofertados no âmbito do CRAS, como ocorre no CRAS II Santa Marta, deveriam se colocar como transformadores da situação das mulheres nos territórios assistidos. Além disso, deveriam ser percebidos como

mecanismos de enfrentamento da violência de gênero, mas não o fazem, pois, esses equipamentos estão atravessados por precarizações e disputas políticas (CARMONA et al; 2019).

Constatou-se que desde 2016 nenhum atendimento com plano de acompanhamento foi pactuado. A redução de profissionais no CRAS tem sido observada desde 2014, e os técnicos de nível superior correspondem a menos de 30% dos trabalhadores/as (BRASIL; 2018). Ademais, a maioria (57%) dos profissionais que atuam nos CRAS dos municípios do Rio de Janeiro tem vínculo não permanente (BRASIL; 2020), o que propicia uma alta rotatividade desses profissionais, prejudicando a continuidade das ações e o estabelecimento de vínculos entre esses profissionais e os usuários impactando diretamente o atendimento prestado.

A efetivação do trabalho social com famílias e indivíduos é perpassado por inúmeros desafios, em particular pela ausência de investimentos em recursos humanos na área (LIMA; 2011). Em relação a pactuação de plano de acompanhamento familiar, a situação ainda é agravada considerando o grande quantitativo de famílias assistidas, a rotatividade de profissionais, o desconhecimento do trabalho realizado no âmbito do SUAS, a descontinuidade do processo de sistematização e de acompanhamento familiar, bem como a ausência da informatização de todas as fichas sociais. Tudo isso, prejudica e compromete efetivamente o processo de acompanhamento social com as famílias previsto na PNAS.

É importante salientar que o atual contexto de ofensivas conservadoras aos direitos sociais reflete um processo histórico de desmonte dos equipamentos públicos e é acrescido a um inadequado financiamento tornando inviável a prestação de serviços com qualidade, o que pode desencadear o fim do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). No contexto de intensificação das ações neoliberais, visando à redução dos gastos públicos (BRASIL; 2016b), os programas e serviços relacionados à pasta da Assistência Social tendem a ser os mais afetados por não ter um percentual mínimo da arrecadação pactuado em cada esfera de governo (vinculação obrigatória), como ocorre com a saúde e a educação.

Adicionalmente, ocorrem outras formas de precarização do trabalho, tais como: a desvalorização dos trabalhadores do SUAS, a baixa remuneração, condições precárias de trabalho, a não preservação a saúde do trabalhador e os riscos e exposição a violência urbana nos territórios. Tal fato contribui para o abandono do Estado e o avanço de uma perspectiva neoliberal diante da proteção social brasileira. Ou seja, está evidente a redução de direitos a partir da precarização e sucateamento desses espaços em face das necessidades de uma sociedade de mercado (BOSCHETTI; 2003).

O SUAS tem enfrentado inúmeras dificuldades face o avanço ultraneoliberal da política econômica brasileira desde sua implementação no final da década de 1980 (SANTOS, BLOIS e ALMEIDA, 2019). A hipótese levantada é de que para além da política econômica restrita aos direitos, sua estruturação clientelista tem dificultado sua efetivação nos territórios (YAZBEK; 2016). E isso reafirma a lógica de atenção intersetorial como mecanismo de superação de desafios, se contraponto a práticas de assistencialização (MOTA; 2008)

Para a equipe do CRAS fica evidente a necessidade de ampliação desses equipamentos de base territorial e comunitária no município de Belford Roxo, mas também o fato de que o município ainda apresenta inúmeras carências que devem ser evidenciadas e trabalhadas pela gestão municipal, haja vista que são as famílias que permanecem em um *limbo* na rede socioassistencial que é falha (YAZBEK; 2016).

O leque variado de demandas aponta a necessidade da educação continuada, articulação intersetorial e a composição de equipe interdisciplinar para atuar sobre demandas tão complexas. Reforça-se ainda a ideia de co-responsabilidade na ação da PNAS e na importância da disposição e serviços separados: média e alta complexidade conforme consta na Tipificação socioassistencial (BRASIL, 2004; 2009a).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As demandas identificadas sinalizam o quanto são importantes e estratégicos o CRAS e o PAIF no atendimento social com famílias e indivíduos. Ambos se colocam como possibilidades reais de aproximação e garantia de acesso aos direitos das populações inseridas em territórios vulneráveis, como é o caso de Belford Roxo.

O CRAS está estrategicamente situado nesses territórios, acolhendo e encaminhando demandas para a rede intersetorial mais ampliada. O PAIF é espaço de possibilidades, de rompimento de barreiras rumo a autonomia individual, pois é nesse espaço em que a acolhida, a escuta, a articulação intersetorial estão dadas. De fato, é preciso ainda enfrentar alguns desafios, romper com algumas barreiras, as quais tem atravancado a oferta de serviços alinhada a valores e princípios como a qualidade, o compromisso, a ética, a atenção centrada na família, no território.

Nesse sentido é preciso salientar que a grande quantidade de indivíduos e famílias atendidas, em relação aos poucos profissionais lotados, se colocam como grande limitador da qualidade dessa assistência. A qualidade dos serviços prestados se vê comprometida, pois o alto número de demandas desenha um tipo de atendimento: modalidade básica, para resolver demandas emergenciais e com pouco impacto na vida dos sujeitos. Exemplo dessa limitação é o número reduzido de famílias que já possuíam plano de atenção familiar, ferramenta essencial para desenvolvimento do trabalho, em desenvolvimento no CRAS II Santa Marta, situado no município de Belford Roxo.

Nessa direção, é preciso considerar ainda a qualificação profissional /educação continuada como um fator importante para se atingir a efetividade das ações e a eficácia na construção de um instrumental técnico que servirá como contraponto na atenção com as famílias. Isso requer conhecimento dos profissionais de temas que atravessam o cotidiano da ação: racismo, sexismo, pauperismo, envelhecimento, juventude, infância e adolescência são alguns exemplos. Mas também depende da integração da PAS com as demais políticas públicas setorializadas, as quais são atravessadas pelo sucateamento, disputas políticas e o enfretamento de violência(s) em todo território nacional.

Diante do que foi abordado é crucial para o enfrentamento dessa(s) violência(s) no território a ampliação da rede socioassistencial de atenção básica, espaço onde o PAIF se concretiza. Tendo em vista que o PAIF pode ser uma ferramenta que constrói novas histórias a

partir da lógica de autonomização dos sujeitos, prevenção de violências e risco social. Ou seja, atende as necessidades sociais demandadas pelas famílias assistidas.

Nessa direção é preciso ainda ressaltar o plano de atendimento social das famílias como o instrumento de trabalho que deve conduzir essas ações, pois além de se configurar como uma direção, é documento que evidencia a pactuação com os indivíduos, a busca pela autonomia, o rompimento com ciclos de pauperismo extremo, violência intrafamiliar e de gênero. Na atual conjuntura pandêmica mundial o CRAS e o PAIF têm se colocado como contraponto importante de enfrentamento do pauperismo, desemprego e miséria, os quais aumentaram consideravelmente nesse momento. Tudo isso, ressalta cada vez mais a hipótese de que o CRAS e o PAIF são essenciais para a vida nos territórios vulneráveis.

É preciso ainda constituir estratégias que busquem o rompimento de uma cultura clientelista, do mando, favor e ajuda, a qual ainda é muito presente na realidade dos municípios que integram a Baixada Fluminense (SPOSATI; BONETTI; YASBEK 1998), mas também sobre a PNAS. Embora tenha atingido o *status* de política pública, dever do Estado e direito de cidadania, ainda é largamente utilizada com fins eleitoreiros, sobretudo, em espaços territoriais afastados dos grandes centros e onde as possibilidades de monitoramento da política é dificultado.

Romper com essa lógica não é algo fácil, não se dá no espaço da imediaticidade, mas sim, a partir de um trabalho de médio e longo prazo, que deve consubstanciar articulações intra e intersetoriais, investimento em formação dos profissionais que integram a rede e compromisso com o Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Assim, é tarefa urgente, necessária, mas que deve ser articulada de forma cuidadosa a fim de não esgarçarmos os direitos dos beneficiários do CRAS/ PAIF conquistados até hoje.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M, L. (Org.). **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ANSELMO, G.C.R. **A construção da rede socioassistencial do município de Belford Roxo na perspectiva do PNAS/SUAS: limites e possibilidades**. 2008. 120 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.J. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; et al. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ, 2006. p-375-418.

BELFORD ROXO (Cidade). **Plano de Mobilização Social para a Elaboração do Plano Municipal de Saneamento básico da cidade de Belford Roxo Rio de Janeiro**. 2013. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/saneamentobelford/1-plano-de-mobilizao>>. Acesso em: 14 dez. 2019.

BORDE, E.; HERNANDEZ-ALVAREZ, M.; PORTO, M. F. S. **Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais de Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, 2015.

BORGES, K. C. **Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): limites e possibilidades – experiência do município de Criciúma**. 2014. 153 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

BOSCARI, M.; SILVA, F. N. **A trajetória da assistência social até se efetivar como política social pública**. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. Uniarp, v. 4, n. 1(9), p. 108-127, 2015.

BOSCHETTI, I. **Assistência Social no Brasil: um direito entre a originalidade e conservadorismo**. Brasília. Editora UNB, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Capítulo II da Seguridade Social. 1988. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/legislacao/ConstituicoesBrasileiras/constituicao1988.html/arquivos/Constituioede1988.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 1993 dez.8; Seção 1, p.18769.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**. Brasília: MDS\SNAS, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília: MDSC, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos NOB/RH**. Brasília: MDSC, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 25 nov. 2009a. Seção 1, p. 82-90.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**. Brasília: MDSC, 2009b. 72 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília: MDS, 2011a. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez..pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

BRASIL. Lei 12.435 de 6 de julho de 2011. Altera a lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social. **Diário Oficial da União**, 7 de jul. de 2011b, P. 1. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12435-6-julho-2011-610898-norma-pl.html>>. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família**. v. I. Brasília: MDSC, 2012a. 84 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família**. v. II. Brasília: MDSC, 2012b. 111 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação nacional de serviços socioassistenciais**. Brasília: SNAS, 2014. 64 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Caderno de orientações - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos: Articulação necessária na proteção social básica**. Brasília: MDSC, 2016. 36 p.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 Dez 2016b. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 14 jun 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Concepção de convivência e fortalecimento de vínculos**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2017. 76 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Censo SUAS 2016: análise dos componentes sistêmicos da política nacional de assistência social**. Brasília, 2018. 128 p.

BRASIL. **Censo SUAS 2019: Resultados Nacionais**, Centro de Referência da Assistência Social - CRAS. Brasília, Coordenação-Geral de Planejamento e Vigilância Socioassistencial. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério da Cidadania. 2020. Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

CARMO, M E.; GUIZARDI, F. L. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018.

CARMONA, D. R. S.; SOUZA G. A. de.; SANTOS, F. de O. **Transversalidade de gênero e mulheres na política de assistência social: Uma Análise Documental**. Revista Sociais & Humanas, v. 32, n 2 – 2, 2019.

CASTEL, R. **A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”**. Caderno CRH, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

CERQUEIRA FILHO, G. **A “Questão Social” no Brasil: crítica do discurso político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

COUTO, B. R. **O Direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?**. São Paulo: Cortez, 2008.

COUTO, B. R. **Assistência Social: direito social ou bem-estar?**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 124, p. 665-677, out./dez. 2015

CRUZ, L. R.; HILLESHEIM, B. **Vulnerabilidade Social**. In: FERNANDES R.M.; HELLMANN A.(Org). **Dicionário crítico: política de assistência social no Brasil**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2016.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – (DATASUS). [internet]. Proporção de pessoas com baixa renda. 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/censo/cnv/pobrezarj.def>>. Acesso em: 03 fev. 2020.

GASPAROTTO, G. P.; GROSSI, P. K. **A perspectiva de gênero na política de assistência social: um debate necessário**. O Social em Questão, Ano XX, n 38, p. 207 – 226, Mai./Ago. 2017.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, M. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social – Ensaio Crítico**. 10ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE) [internet]. **Belford Roxo**. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/belford-roxo/panorama>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

JANCZURA, R. **Risco ou vulnerabilidade social?**. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301-308, ago./dez. 2012.

LIMA, G. C. de A. **Os desafios da atuação do profissional de Serviço Social: precarização do trabalho nos centros de referência da assistência social (CRAS) Campina Grande (PB)**. 113 fl. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Paraíba. 2011.

LONARDONI, E.; GIMENES, J. G.; SANTOS, M. L. et al. **O processo de afirmação da assistência social como política social**. Serviço Social em Revista, v. 8, n. 2, jan/jun. 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v8n2_sonia.htm/>. Acesso em: 18 mar.2020.

MALAGÓN-OVIEDO, R.A.; CZERESNIA, D. **O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial**. Interface, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-49, 2015.

MACHADO, M. F. **Prevenção, atenção e enfrentamento à violência doméstica contra a mulher – Grupo Reflexivo de Gênero, uma experiência exitosa**. Rio de Janeiro: Editora da UFF, p.89-96, 2014.

MOTA, A. E. (Org.) **O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. São Paulo: Cortez, 2008.

NETTO, P. J. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NOVELLINO, M. S. F. **Os estudos sobre feminização da pobreza e políticas públicas para mulheres**. 2004. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1304/1268>>. Acesso em: 02 mai. 2021.

PAGANINI, J.; VIEIRA, R. **O sistema único de assistência social e o direito fundamental à assistência social previsto na CRFB/88**. Revista Direitos Fundamentais & Democracia, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/895>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos. Subsecretaria de Assistência Social e Descentralização da Gestão. **Acompanhamento**

Familiar na Política de Assistência Social: uma proposta de metodologia para o Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SEASDH, 2013.

RODRIGUES, K. F.F.B. **Problematização acerca da Política Nacional de Assistência Social no Brasil a partir das falas dos usuários de um CRAS:** questões para o serviço social. 164 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2016.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça:** a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, D. M. dos.; BLOUS, V. L.; ALMEIDA, K. S. dos S. **O serviço social em tempo de agenda ultraliberal no Brasil:** desafios e limites para intervenção profissional no cras guanabara/anandindeua/pa. Disponível em: <<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/909>>. Acesso em 03 de jun. 2021.

SCHMIDT, J. A. C.; SILVA, M. M. **A assistência social na contemporaneidade:** uma análise a partir do orçamento público. R. Katál., Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 86-94, jan./jun. 2015.

SEVALHO, G. **O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire.** Interface, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-88, 2018.

SILVA, D. P. M. **O direito à assistência social, o viés de gênero e o papel das instituições não governamentais.** Revista Gênero, v.13, n. 1, p. 15-40, 2012.

SILVA, M. C. de S.; CLEONE, M. **O impacto do CREAS no combate a violência contra a mulher.** Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v 13. n. 44, p. 917-929. 2019.

SILVA, T.M.R.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. **Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na atenção básica.** Rev. Latino-Am., Enfermagem, v. 20, n. 5, set./out, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_16.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

SPOSATI, A. O.; BONETTI, D. A.; YASBEK, M. C.; et al. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras:** uma questão em análise. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.

SPOSATI, A. O. **Desafios para fazer avançar a política de assistência social no Brasil.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, ano XXII, n. 68, p. 54-82, 2001.

YAZBEK. M. C. **Classes subalternas e assistência social.** 9ª edição. São Paulo: Cortez, 2016.