

CRISTIANE BELO DE ARAÚJO

**CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL [CRAS], ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA [ESF] E EDUCAÇÃO BÁSICA: COMO VAI A
INTERSETORIALIDADE?**

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2014

CRISTIANE BELO DE ARAÚJO

**CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL [CRAS], ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA [ESF] E EDUCAÇÃO BÁSICA: COMO VAI A
INTERSETORIALIDADE?**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Sócio Educativos

Orientador(a): Prof. Dr. Walter Melo Júnior

Co-orientador(a): Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2014



PROGRAMA DE
MESTRADO EM
PSICOLOGIA

A Dissertação **Centro de Referência de Assistência Social [CRAS], Estratégia Saúde da Família [ESF] e Educação Básica: como vai a Intersectorialidade?**

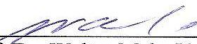
elaborada por **Cristiane Belo de Araújo**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de


MESTRE EM PSICOLOGIA

São João del-Rei, 26 de Março de 2014


BANCA EXAMINADORA:



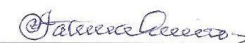
Prof. Dr. Walter Melo Júnior - (UFSJ)
Orientador



Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia - (UFSJ)
Co-orientador



Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva - (UERJ)



Prof. Dra. Maria de Fátima Aranha de Queiroz e Melo - (UFSJ)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por toda inspiração, bênçãos e oportunidades dedicadas a mim e a minha família.

Aos meus pais, **Rosa e Roberto**, que muito amo e que tantas vezes se anularam para investirem nos meus sonhos e nos do meu irmão, dedicando-nos sempre o apoio incondicional. A vocês dedico esta conquista.

Ao meu irmão, **Eduardo**, e a minha cunhada, **Cristiane**, por todo o incentivo, carinho e amizade.

Ao meu namorado, **Leo**, por seu amor e companheirismo, se fazendo sempre presente em meus projetos de vida.

Ao meu orientador, o professor Dr. **Walter Melo Júnior**, pela confiança e por todas as aprendizagens que me proporcionou nesta jornada. Muito obrigada por sua disponibilidade, comprometimento e dedicação. Ser sua orientanda foi algo de muita satisfação para mim.

Ao meu co-orientador, o professor Dr. **Marcelo Dalla Vecchia**, por sua seriedade e por todas as aprendizagens que também me proporcionou. Muito obrigada pela oportunidade de trabalharmos juntos.

Aos professores Dra. **Maria de Fátima Aranha de Queiroz e Melo** e Dr. **Martinho Braga Batista e Silva** que ao aceitarem, com prontidão, participar da minha Qualificação e do Exame de Defesa desta Dissertação trouxeram contribuições inestimáveis.

À professora Dra. **Larissa Medeiros Marinho dos Santos**, por sua amizade e que, de forma muito especial, me proporcionou grande crescimento profissional. Foi um prazer contar com o seu apoio e carinho em momentos tão importantes da minha graduação e do mestrado.

À professora e amiga doutoranda **Adriana Cláudia Drumond**, por ter participado de perto deste momento especial da minha vida e que muitas vezes me concedeu experiências inigualáveis para o meu crescimento enquanto psicóloga e pesquisadora.

À minha tia e doutoranda **Ana Belo**, com quem pude compartilhar muitas ansiedades próprias ao labor da pesquisa e que me ofereceu momentos prazerosos de trabalho em conjunto.

À amiga e psicóloga **Zagmar Soraggi**, que desde os tempos da minha graduação vivencia de perto os meus projetos e com quem, muitas vezes, também pude, de forma muito agradável, trabalhar junto.

À **Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG**, pelo apoio e financiamento dedicados à pesquisa, os quais foram essenciais para o seu progresso.

À **Universidade Federal de São João del-Rei** e, em especial, **aos professores e profissionais do Programa de Mestrado em Psicologia**.

À **Prefeitura Municipal de Barbacena, secretários, coordenadores e profissionais do CRAS, da ESF e da escola** que gentilmente se disponibilizaram e ‘abriram as portas’ destes serviços para a condução da pesquisa. Muito obrigada pela confiança e pelo respeito de todos vocês.

À **família** que participou do estudo, doando parte de seu tempo e cedendo o aconchego de seu lar para que a investigação pudesse ser desenvolvida. Como forma de retribuição, espero que a pesquisa contribua para a qualidade cada vez maior dos serviços dos quais desfruta.

Aos colegas da turma de mestrado de 2012.

Enfim, muito obrigada a todas as pessoas que me ajudaram a chegar até aqui.

O enfraquecimento de uma percepção global leva ao enfraquecimento do senso de responsabilidade – cada um tende a ser responsável apenas por sua tarefa especializada – bem como ao enfraquecimento da solidariedade [...].

(Edgar Morin)

RESUMO

Embora a intersetorialidade represente um poderoso recurso na garantia da cidadania, de modo que, por meio de ações integradas e articuladas possa-se oferecer aos indivíduos um acesso integral e igualitário aos serviços disponibilizados pela gestão pública, a sua concretização ainda se mostra como um desafio em muitos contextos. Sendo de natureza qualitativa, este estudo de caso teve o objetivo de investigar como estão sendo construídas as ações intersetoriais entre o Centro de Referência de Assistência Social [CRAS], a Estratégia Saúde da Família [ESF] e a educação básica da cidade de Barbacena-MG, dentro de seus respectivos territórios de abrangência. O referencial teórico adotado foi o da Teoria da Complexidade de Edgar Morin. Para a coleta de dados foram realizadas: observação participante, entrevistas semiestruturadas e aplicação de questionário sócio demográfico em uma amostra de quatro sujeitos. A amostra envolveu, ao todo, quatro sujeitos: três profissionais, um representante de cada instituição pesquisada, indicado por seu respectivo coordenador; e um membro, maior de dezoito anos, de uma família usuária dos serviços e beneficiária do Programa Bolsa Família [PBF]. Para tanto, a pesquisa se processou a partir das seguintes etapas: seleção do CRAS e da família (indicada por esta equipe); e, finalmente, a integração ao estudo da unidade da ESF e da escola que este núcleo familiar se encontra vinculado. Dessa forma, esta investigação fornece dados que contribuem para o conhecimento de como a ação intersetorial tem sido construída, com a identificação, por exemplo, de experiências exitosas que podem servir de referências para práticas futuras. Além disso, permite também refletir acerca da situação da psicologia no campo das políticas públicas.

Palavras-chave: políticas públicas, intersetorialidade, família e Teoria da Complexidade.

ABSTRACT

Although the intersectionality represents a powerful resource in ensuring citizenship, so that through integrated and coordinated actions individual can be offered a complete and equal access to the services provided by public management, its implementation is still a challenge in many contexts. This case study of qualitative nature investigates how the intersectorial actions are being built among the Reference Center of Social Assistance [RCSA], the Family Health Strategy [FHS] and the basic education in the city of Barbacena- MG, in their respective territories of coverage. The theoretical reference adopted was the Theory of Complexity by Edgar Morin. The data were collected by participant observation, semi-structured interviews and appliance of demographic questionnaires in a sample of four individuals. The sample included in all four subjects: three professionals, one representative of each of each of the three institutions surveyed who were indicated by their respective coordinators and one member of a family, who was over eighteen, which uses the services and which is beneficiary of the *Bolsa Família* program. Therefore, this research has carried out following these stages: selections of RCSA and of the family (indicated by those organizations) and finally integrating the study of the unity of FHS and the school which that family unit belonged. Thus, this research provides data that contribute to the knowledge of how intersectoral action has been being constructed, identifying, for example, successful experiences that can serve as references for future practices. In addition, it leads to a reflection on the situations of the psychology in the field of public policies.

Keywords: public policies, intersectionality, family and Theory of Complexity.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	14
2 – A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL E A IMPLEMENTAÇÃO DO CRAS..	18
2.1 – A assistência social: um breve panorama	18
2.2 – CRAS: a Casa das Famílias	25
3 – DA DEFESA DA SAÚDE COMO DIREITO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA [ESF] COMO UM CAMINHO POSSÍVEL.....	32
3.1 – O setor saúde e a proposta de um novo sistema.....	32
3.2 – A estratégia saúde da família	40
4 – A EDUCAÇÃO BÁSICA E SEUS CONTORNOS	44
4.1 – A educação como um direito social	44
5 – A CENTRALIDADE DO TERRITÓRIO E DAS FAMÍLIAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS	48
5.1 – O território: implicações na assistência social, saúde e educação	48
5.2 – As famílias: suas diversidades e seus novos papéis	56
6 – DAS PRÁTICAS FRAGMENTADAS PARA UM NOVO MODELO DE AÇÃO: A INTERSETORIALIDADE	60
6.1 – A Constituição de 1988 e suas implicações na gestão pública	60
6.2 – A intersectorialidade: uma nova forma de abordar o homem e suas demandas.....	63
6.3 – A construção da intersectorialidade: uma reflexão acerca dos seus limites e possibilidades.....	68
6.4 – Intersectorialidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: algumas aproximações	76
7 – A TEORIA DA COMPLEXIDADE	83
7.1 – O pensamento humano atrofiado e a perda da complexidade	83

8 - OBJETIVOS	92
8.1 – Objetivo geral.....	92
8.2 – Objetivos específicos.....	92
9 - MÉTODO.....	93
9.1 – Fase exploratória	93
9.1.1 – O método para coleta dos dados.....	97
9.2 – O trabalho de campo.....	99
9.2.1 – Os instrumentos de coleta de dados.....	99
9.3 – Análise e tratamentos do material empírico e documental	100
9.4 – Considerações éticas.....	101
10 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	102
10.1 – O que os profissionais percebem como sendo os objetivos dos serviços.....	102
10.2 – Um território com muitas necessidades.....	113
10.3 – Como as demandas do território têm sido enfrentadas e em que medida têm apontado para a intersetorialidade?.....	122
10.3.1 – A ESF.....	122
10.3.2 – O CRAS	130
10.3.3 – A escola.....	139
10.4 – Afinal, de onde partem as iniciativas de contato com os outros serviços?.....	145
10.5 – O que dificulta e o que favorece a ação intersetorial?.....	151
10.6 – O PBF na rotina dos serviços e na vida da família	160
10.7 – Psicologia e políticas públicas: algumas considerações.....	171
10.8 – As concepções de família identificadas nos serviços e a relação com a promoção da intersetorialidade.....	176
11 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	184
12 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191
APÊNDICES	203

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEPES – Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CIAME – Centro Integrado de Atenção ao Menor
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CVT – Centro Vocacional Tecnológico
DPSIC – Departamento de Psicologia
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA – Educação de Jovens e Adultos
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LAPIP – Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPIS – Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde
NOB/SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social
OMM – Operador Municipal Máster
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAIF – Programa de Atenção Integral à Família

PBF – Programa Bolsa Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNE – Plano Nacional de Educação

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PROJOVEM – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Adolescentes e Jovens

PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

SECOPS – Secretaria Municipal de Coordenação de Programas Sociais

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sócio demográficas dos profissionais..... 243

Tabela 2: Características sócio demográficas do informante da família 244

1 – INTRODUÇÃO

Esta dissertação se encontra vinculada ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Intervenção em Saúde (NEPIS)¹, dentro do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (LAPIP) do Departamento de Psicologia (DPSIC) da UFSJ.

Compreender os processos de construção da intersetorialidade na esfera das políticas públicas – tanto na perspectiva das equipes que ofertam os serviços quanto na perspectiva de quem os demanda – é algo que se mostra de grande interesse, na medida em que ela representa um poderoso recurso na garantia da cidadania, de modo que, por meio de ações integradas e articuladas, possa-se oferecer aos indivíduos um acesso integral e igualitário aos serviços disponibilizados pela gestão pública.

Nos capítulos posteriores, será visto que a defesa e a busca pela intersetorialidade se tornam recorrentes a partir da década de 1980, quando se vivenciou no Brasil o movimento de redemocratização e descentralização na oferta de serviços a partir da Constituição de 1988, através da qual se determinou que a assistência social, a educação e a saúde se constituem como direitos sociais básicos de um cidadão. Assim, este movimento trouxe a proposta de um novo modelo de gestão pública, responsável por trazer novas diretrizes e regulamentações para o funcionamento destes setores e que, portanto, acabou por demandar também novas práticas.

No campo da assistência social, de acordo com Quinhões e Fava (2010), a Constituição de 1988 assumiu como principal compromisso a erradicação da pobreza, com a redução das desigualdades sociais e regionais. A política social anterior à década de 1980 caracterizou-se por ser uma política de classe, ou seja, focalizadora, não universal, em que a oferta de serviços se dava de forma centralizada e padronizada. Desde então, muitos programas e políticas públicas têm sido estruturados com o objetivo de promover e efetivar uma maior descentralização e participação comunitária.

A literatura consultada, a qual trata do percurso da assistência social no Brasil, explicita que foram várias as etapas percorridas até que se chegasse aos seus moldes atuais. Dentro destes novos moldes, agora enquanto direito e pautada em princípios como aqueles citados acima – descentralização e participação social – a assistência passou a se

¹ O NEPIS é coordenado pelos Professores Doutores Walter Melo Júnior e Marcelo Dalla Vecchia e realiza estudos no âmbito das políticas públicas de saúde.

concentrar de modo especial no atendimento às famílias, o que ganha expressão na criação de entidades municipais como o Centro de Referência de Assistência Social [CRAS]. Com isso, desde 2003, a proteção social básica tem se concretizado dentro deste espaço que representa a referência nos atendimentos sociais às famílias e à comunidade (C. Souza, 2004; Ferreira, 1999; MDS, 2008; 2009; Oliveira, 1999; E. T. Rosa, 2006).

Como será discutida no decorrer deste trabalho, a Constituição de 1988 também trouxe repercussões relevantes para a esfera da saúde e da educação. No campo da saúde, estes impactos são abordados por muitos estudiosos como, por exemplo, Graef (2010) e Benatti (2008), frente à constatação de que, anterior à nova Constituição, o acesso à saúde era um privilégio de uma minoria da população, estando os serviços dispostos de forma centralizada, seletiva e focalizadora. Em contraposição a este modelo de assistência, foi implementada a lei 8080/90, que não só foi responsável por instituir outro modelo de assistência como também possibilitou uma nova concepção de saúde. É em meio a este cenário que o Programa Saúde da Família [PSF] foi criado em 1994, o que, dentro do Ministério da Saúde [MS] (2009), representa o caminho para se efetivar as mudanças propostas com a criação do Sistema Único de Saúde [SUS].

Quanto ao setor da educação, a nova Constituição representou a oportunidade para a criação de leis, como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional [LDB] de 1996, que vieram a reforçar o dever do Estado na garantia da obrigatoriedade, gratuidade e universalização da educação escolar. A educação básica (que compreende a educação infantil, o ensino fundamental e médio), de acordo com o que está definido na LDB (1996), visa o desenvolvimento do educando para o exercício da cidadania.

É possível constatar as inovações que se seguiram à promulgação da Constituição de 1988. Atuando na defesa dos direitos sociais, a nova Constituição dispõe sobre o acesso igualitário e gratuito aos serviços essenciais para que os indivíduos possam exercer sua cidadania e dispor de uma vida saudável, com vistas, por exemplo, à participação e ao atendimento integral de suas demandas. Nesse novo panorama que se construiu desde então, muitos desafios se colocaram à gestão pública frente à obrigatoriedade de se atender ao que está previsto na nova Constituição e, com isso, atender às demandas complexas da sociedade.

É nesse cenário que se justifica falar de ações intersetoriais que, conforme será discutido mais à frente, é tratada aqui, com base em alguns autores (por exemplo, Wimmer e Figueiredo, 2006), como algo que visa a articulação entre saberes e práticas. Sendo a integralidade um dos importantes princípios trazidos a partir da nova Constituição, pode-se

concluir que a intersetorialidade se encontra diretamente ligada a esta noção, além de estar correlacionada também com outros princípios, como: a descentralização, a equidade e a interdisciplinaridade. Assim, um dos principais desafios propostos à gestão pública é a de organizar-se de forma a propiciar o diálogo e complementaridade entre as diferentes esferas para que os cidadãos sejam atendidos em sua totalidade.

Com isso, sendo a assistência social, a saúde e a educação os direitos sociais básicos do cidadão, torna-se imprescindível que suas gestões se estabeleçam de forma complementar e integrada dentro de seus territórios de ação, de modo que atuem em rede na garantia da cidadania. É diante disso que a intersetorialidade entre o CRAS, a ESF e a educação básica, enquanto representantes destes três grandes setores mencionados acima, mostra-se como uma questão que é bastante complexa e relevante, merecendo ser tomada de forma a tentar compreender o máximo de suas facetas dentro do contexto das políticas públicas².

A intersetorialidade poderá assumir diferentes configurações conforme a especificidade do território. Por isso, apesar da existência de diretrizes e de todas as informações que serão apresentadas aqui a seu respeito, a ação intersetorial pode variar muito e assumir características singulares em função do seu contexto e, portanto, se concretizar de formas peculiares. Considerando isso, este trabalho teve como propósito compreender o modo como as ações intersetoriais têm sido construídas entre o CRAS, a ESF e a educação básica. Trata-se, então, de compreender como a intersetorialidade tem sido construída ao longo dos processos de trabalho dessas equipes, face à particularidade de seu território.

Além disso, buscou-se também investigar: quais são os principais fatores que atuam como facilitadores e dificultadores para a consolidação da intersetorialidade entre o CRAS, a ESF e a educação básica; e, qual o sentido atribuído, o conhecimento e as percepções acerca da ação intersetorial pelos profissionais, sendo contatado como informante um

² Nesse contexto, observa-se que a intersetorialidade se manifesta em dois níveis: 1) na prática e nos trabalhos em equipe; e 2) no processo de formulação e gestão propriamente dita das políticas públicas. No entanto, esses dois níveis de intersetorialidade estão inter-relacionados. De acordo com uma consideração feita por Marco Akerman, durante o VI Seminário de Saúde e Educação, realizado na UFSJ em 2012, pode-se dizer que quando os gestores não possuem a visão intersetorial, as ações intersetoriais por parte das equipes é dificultada ao extremo, além de sobrecarregar os profissionais que podem tentar empreender tais ações sem ter as condições necessárias. O foco dessa dissertação reside no primeiro nível, ou seja, na construção da intersetorialidade por parte da equipe das instituições pesquisadas. Quanto ao último plano, tem-se como exemplo duas pesquisas de Iniciação Científica realizadas por Talyta Resende de Oliveira, durante sua graduação em Psicologia na UFSJ, sob orientação do professor Walter Melo Júnior. No ano de 2011, sua primeira pesquisa tratou sobre “A promoção da saúde através de ações intersetoriais”, com o financiamento da FAPEMIG. E no ano de 2012 investigou a “Promoção da saúde através de ações intersetoriais entre os Ministérios da Saúde, da Educação e das Cidades”, pela mesma agência de fomento.

profissional de cada setor, e por uma família usuária dos serviços, beneficiária do Programa Bolsa Família [PBF] e indicada pelo CRAS para compor o estudo.

Deve-se destacar que o conhecimento construído nesta pesquisa derivou não apenas do foco nas falas dos profissionais, através das suas experiências na oferta dos serviços, como também dos discursos da família, por meio daquilo que vivencia nas respostas às suas demandas. Isso significa que para atingir os objetivos deste estudo foram consideradas tanto as experiências de quem oferta quanto de quem demanda.

Para isso, utilizou-se o referencial teórico de Edgar Morin, com a sua proposta da Teoria da Complexidade, e como método recorreu-se ao estudo de caso, tendo acontecido a coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas, questionários sócio demográficos e observação participante.

Diante da relevância do tema abordado, acredita-se que mais do que indicar as modificações propostas no âmbito das políticas públicas, deve-se indagar sobre o ‘como’ têm se efetivado. Isso justifica e ressalta a importância de se empreender um movimento reflexivo que busca contemplar a ação intersetorial na sua complexidade e nas diferentes formas em que pode ser feita, sem perder de vista as diferentes forças e os fatores que perpassam o cotidiano destes setores. E, embora esta pesquisa se concentre em torno de três serviços e de uma família, trata-se de um estudo de caso único, pois o fenômeno investigado é apenas um: a intersetorialidade. Portanto, o CRAS, a ESF, a educação e a família constituem-se como unidades de análise, integrando o mesmo caso ou o mesmo fenômeno.

2 – A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL E A IMPLEMENTAÇÃO DO CRAS

2.1 – A assistência social: um breve panorama

A história das instituições públicas passa por um grande momento de reestruturação a partir da década de 1980 com a promulgação de uma nova Constituição Federal, como bem ressaltado por C. Souza (2004). E, em meio a esse processo de transformações, a assistência social também não ficou isenta de sofrer alterações. Conforme contextualiza Ferreira (1999), a assistência só veio a ser definida, por um lado, como direito cabível ao cidadão e, por outro, como de responsabilidade do Estado em provê-la, a partir da Constituição de 1988. É também a partir da Constituição que a seguridade social passa a ser definida enquanto política pública de proteção social (MDS, 2008). A seguridade social, de acordo com Freitas (2007), é resultado da integração de três grandes campos: saúde, previdência e assistência social.

É dentro do prisma da seguridade ou da política de proteção social que a assistência vem a se estabelecer como um campo cujo provimento é de responsabilidade do Estado, devendo ser de caráter universal com vistas a garantir ao cidadão o acesso aos seus direitos como tal (MDS, 2008). Para Vaitsman, G. R. B. Andrade e Farias (2009) a expressão proteção social pode ser empregada tanto para designar ações e benefícios assegurados ao cidadão por direito quanto para se referir a programas e ações destinadas ao enfrentamento de situações específicas, como aquelas marcadas por privação, vulnerabilidade e risco, podendo ser desenvolvidas tanto por setores públicos como por setores privados.

Sobre as noções de vulnerabilidade e risco social, S. M. Teixeira (2010) esclarece que a primeira está relacionada às situações de precariedade e empobrecimento das mais diferentes naturezas e não apenas de ordem econômica, envolvendo, por exemplo, as relações sociais e familiares. A vulnerabilidade não comporta um significado apenas, porque é multidimensional, abrangendo vários aspectos das condições de vida. A PNAS/2004 não aborda claramente esse conceito, mas pontua que a vulnerabilidade pode ser produzida pela ausência de renda, pela falta ou pelo escasso acesso a serviços públicos, por situações de intempérie ou calamidade, entre outras. Portanto, a vulnerabilidade relaciona-se à restrição do indivíduo quanto ao acesso aos seus direitos, logo à desproteção, exigindo atenção especial do Estado. Seria então, uma situação que se não for superada pode levar ao risco social (MDS, 2012a).

O risco, segundo S. M. Teixeira (2010), remete a probabilidade de ocorrência de alguma situação ou evento que possa causar prejuízos como rupturas familiares e comunitárias, agravamento da pobreza e desigualdades (de acesso, de renda, de oportunidades etc.) e da própria vulnerabilidade se não superada. Percebe-se que ao mesmo tempo em que a vulnerabilidade pode ser agravada pelo risco, quando não resolvida, ela também pode ser produtora de situações de risco social. Tanto a vulnerabilidade quanto o risco têm em suas raízes a desigualdade e a não universalização dos direitos (MDS, 2012a).

Diante da possibilidade de ocorrência de situações como estas, a assistência social deve se fazer acessível a quem dela necessitar, não dependendo de contribuição prévia à seguridade social, conforme determina a Constituição de 1988. Assim, a Constituição fixa os seguintes objetivos para a assistência social:

a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (Constituição Federal, 1988, Art. 203).

O que se constata é que nesse redirecionamento da assistência social, possibilitado pela Constituição de 1988, tem-se a transição de um momento anterior (mais especificamente, em relação ao período da ditadura militar) marcado por ações pontuais, descontínuas, consideradas como práticas de caridade e de favor, para esse outro momento na qual ela se firma enquanto direito do cidadão e dever do Estado. No documento intitulado *CapacitaSuas volume I – SUAS: reconfigurando os eixos de mudança*, produzido em 2008 pelo MDS, isso é referido como algo que expressa uma mudança de paradigma. Dentro desse novo referencial, a Constituição Federal determina como diretrizes a participação comunitária – ao longo da construção e monitoramento das ações – e a descentralização política – com o compartilhamento de responsabilidades nos três níveis: federal, estadual e municipal.

Para E. T. S. Rosa (2006) a participação social³ representa um caminho importante na abertura de diálogos e debates acerca do desenvolvimento da assistência social. Quanto à descentralização, a autora entende que ela tem sua motivação na possibilidade de reduzir

³ A participação social representa a oportunidade de o cidadão atuar junto ao poder público através de propostas de mudanças, tendo, além disso, influência nas decisões a serem tomadas (MDS, 2010).

as distâncias entre as respostas do Estado e as demandas mais locais. Ou seja, trata-se de dar voz às especificidades de cada contexto para o qual se destinam as ações da assistência social. Ao defender a descentralização, a Constituição estabelece o que compete a cada instância governamental. Ao nível federal, atribui-se a responsabilidade de coordenar e estabelecer as normas gerais, ao nível estadual e municipal fica a de coordenar e executar os programas e ações assistenciais.

Os moldes atuais da assistência social se contrapõem aquele do passado em que se observava um [...] *mix de ações dispersas e descontínuas de órgãos governamentais e de entidades assistenciais* [...] (MDS, 2008, p. 14). Nesse contexto, pode-se compreender que a assistência social, antes de ter a descentralização como uma de suas diretrizes, se desenvolvia numa lógica verticalizada, de modo que o governo federal contava com órgãos assistenciais nos estados brasileiros que eram responsáveis por fazerem operar uma política social padronizada e independente da realidade de cada um destes estados e de seus municípios. Mas, a assistência não era desenvolvida apenas por órgãos governamentais, como também por agências filantrópicas e beneficentes que eram mantidas por meio de convênios com o governo federal (MDS, 2008).

Nesta estrutura da assistência social os cidadãos não eram favorecidos na sua condição de protagonistas, ao contrário, eram estimulados a assumirem uma posição passiva perante as ações e serviços oferecidos (MDS, 2008). Neste sentido, entende-se que *mais do que superar a fome e a miséria – um patamar mínimo obrigatório de dignidade humana – é necessário garantir a todos e a todas as oportunidades para desenvolver plenamente suas capacidades e, assim, viverem de forma digna e autônoma* (MDS, 2008, p. 5).

A superação do assistencialismo e o reconhecimento da assistência social enquanto direito foram viabilizados pela reabertura política. Esta tem o seu grande marco na Constituição Cidadã que, responsável pela criação do Estado Democrático de Direito no Brasil, reconhece o cidadão, perante as políticas públicas, como partícipe do processo de implementação e controle social das mesmas (Ciconello, 2008). No entanto, mesmo com essas redefinições, E. T. S. Rosa (2006) acredita na existência de dificuldades na distinção entre o assistencialismo e o que de fato deve ser a assistência social. O que essa autora permite compreender é que a superação desse problema depende da conscientização da assistência enquanto direito e que, sendo assim, as ações assistenciais não podem mais ser vistas como favor e benemerência.

Diante dessas constatações é preciso reconhecer o grande desafio que o Estado tem pela frente: o de construir uma assistência social que seja democrática e capaz de reconhecer as diversidades de contextos para os quais ela se dirige (MDS, 2008). Outro desafio que também pode ser somado a esses é o de operar de forma descentralizada. Para C. Souza (2004) essa é uma questão que ainda não se efetivou de modo amplo, pois entende que é como se a descentralização viesse ocorrendo de forma parcial, já que os recursos são destinados aos municípios, mas a possibilidade de decisão dos municípios sobre tais recursos permanece limitada.

Apesar dos desafios que se colocam à assistência social, o Estado, através do MDS, encontra-se atrelado ao compromisso de consolidar uma nova assistência fundamentada em novos conceitos e gestão. Para a consolidação dessa nova assistência, alguns aspectos são destacados, como: a organização do sistema de forma que ele se faça mais próximo do cidadão, localizando-se em áreas de vulnerabilidade e risco; trabalho centrado na família; sistema de informação como base para o planejamento, gestão, acompanhamento e avaliação das ações; entre outros (MDS, 2008).

Mas, nessa história de mudanças, é importante discutir também outros marcos legais como a criação da Lei Orgânica da Assistência Social [LOAS], da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social [NOB/SUAS] e da Política Nacional de Assistência Social [PNAS].

Neste novo cenário, S. M. Teixeira (2010) considera que a LOAS, a PNAS e a NOB/SUAS, constituem-se como marcos da assistência social no Brasil, pois reafirmam mudanças de paradigmas. A aprovação da PNAS em 2004 e da NOB/SUAS em 2005 foram responsáveis por garantir que a assistência social continuasse a seguir seu movimento de transformações. Da mesma forma que a LOAS, estabelecida em 1993, a PNAS e a NOB/SUAS foram responsáveis por firmarem definições legais para que a assistência pudesse funcionar no âmbito nacional. Sendo assim, constituem documentos que fornecem subsídios e diretrizes para que as mudanças propostas desde a Constituição possam ser efetivadas (MDS, 2008).

A LOAS/1993, junto com a nova Constituição, foi responsável por organizar a assistência social, dando-a um lugar de maior destaque ao lado das demais políticas públicas e reafirmando-a como direito de quem dela necessitar (MDS, 2008). Nela estão expressos os seguintes paradigmas da Política de Assistência Social: *garantia de cidadania, proteção social, caráter não contributivo, necessária integração entre o*

econômico e o social, primazia da responsabilidade do Estado na universalização de direitos e de acessos aos serviços (MDS, 2008, p. 39).

Quanto a PNAS/2004, busca-se através dela [...] *incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange à responsabilidade política* [...] (MDS, 2005, p. 13). Quando aprovada em 2004, a PNAS serviu de subsídio para a consolidação dessa nova gestão da assistência social e, assim, ela define quais são os objetivos, princípios e as ações da assistência social. Neste sentido, a PNAS serve de parâmetro para a definição posterior do SUAS (MDS, 2008).

A NOB/2005, de acordo com Gaspar (2010), traz a conceituação do sistema descentralizado e participativo, e institui a obrigatoriedade de conselho, fundo e plano municipal de assistência social para que o município possa receber os recursos federais. O plano municipal corresponde à necessidade de o gestor municipal não apenas planejar as ações do município bem como dispor de um processo sistemático de avaliação das mesmas. O fundo municipal envolve o orçamento que o município dispõe para que essas ações planejadas sejam executadas, ou seja, é a sua contrapartida para realizar as suas ações na assistência social. Já o conselho municipal é o espaço de debates e decisões sobre a assistência social do seu município, contando com participação de entidades, usuários e gestores. Enfim, esses três elementos – fundo, plano e conselho municipal – são, juntos, definidos como ferramentas estratégicas para a descentralização e democratização (MDS, 2008).

A responsabilidade da NOB/2005 é a de determinar como o SUAS deve funcionar, definindo [...] *com maior detalhamento as particularidades desse sistema de atenção hierarquizado a partir de níveis de proteção social e de complexidade diferenciados* [...] (MDS, 2008, p. 42).

Quanto ao SUAS, Gaspar (2010) esclarece que esse sistema se caracteriza por regular e organizar, em todo o território nacional, os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais. Mas, entre outras coisas, o papel do SUAS inclui definir [...] *competências dos diferentes entes governamentais; os serviços, benefícios e seus programas e projetos de caráter permanente ou eventual; o modo de financiamento de benefícios, programas e projetos; as terminologias e nomenclaturas utilizadas* [...] (MDS, 2008, p.44). Com base nas indicações de Cruz (2009), pode-se inferir que o SUAS representa a efetivação da PNAS, o que no seu entender seria correlato ao que o SUS representa para o campo da saúde pública.

Enquanto um sistema, o SUAS apresenta caráter permanente, como estratégia para não manter-se vulnerável a mudanças de governo, e se encontra disposto em dois planos: o da proteção social básica e o da proteção social especial⁴ (MDS, 2008). A primeira forma de proteção, conforme o que está disposto na PNAS/2004, se encontra comprometida com a prevenção das situações de risco, o que requer o desenvolvimento de potencialidades e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (MDS, 2005).

Para tanto, a proteção social básica 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* (MDS, 2005, p. 34). O CRAS corresponde a esse nível da proteção social (MDS, 2009).

A outra forma de proteção social, a especial, se destina aos indivíduos e às famílias [...] *em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras* (MDS, 2005, p. 37). É dentro deste âmbito que se encontra o Centro de Referência Especializado de Assistência Social [CREAS] (MDS, 2009).

Ademais, há uma subdivisão dentro do campo da proteção social especial: a média e a alta complexidade (MDS, 2008). A média complexidade estaria num grau acima da proteção social básica, em que indivíduos e famílias se encontram numa situação de direitos violados, porém os vínculos familiares ou comunitários não estão desfeitos, apesar de poderem estar enfraquecidos. Para este tipo de situação, através da PNAS/2004, são previstos: o oferecimento de atividades como plantão psicológico, cuidado domiciliar, abordagem de rua ou, por exemplo, serviços de orientação e apoio familiar. Já no nível de alta complexidade tem-se circunstâncias em que a pessoa ou a família se encontra em situação de ameaça ou até mesmo necessitando de ser retirada de certo núcleo comunitário ou familiar. Nesse caso, não apenas os direitos foram violados como os vínculos já podem estar rompidos e, para isso, estão previstos na PNAS/2004, por exemplo, serviços como o da Casa Lar ou albergue (MDS, 2005).

Em se tratando de inovações, além de todas essas que já foram discutidas, Vaitsman *et al.* (2009) mencionam o ano 2000 como sendo o momento em que se inaugura o novo

⁴ Os estudos da proteção básica e da proteção social especial ganharam relevantes contribuições com as dissertações de Bruno Ricardo Bérnago Florentino, denominada “Sistema Único de Assistência Social: perspectivas para o exercício profissional do psicólogo que trabalha no CRAS”, e de Debora Akerman, intitulada “O Itinerário de famílias no sistema de garantia de direitos: uma análise do cumprimento de medidas de proteção”. Ambas foram realizadas sob a orientação do professor Walter Melo Júnior e vinculadas ao Programa de Mestrado em Psicologia da UFSJ.

ciclo da assistência social em razão do lançamento dos primeiros programas de transferência de renda: Bolsa-Escola (Ministério da Educação), Bolsa-Alimentação (Ministério da Saúde) e Auxílio-Gás (Ministério de Minas e Energia). Quinhões e Fava (2010) esclarecem que, atualmente, os principais programas sociais no Brasil são o Benefício de Prestação Continuada [BPC] e o Programa Bolsa Família [PBF].

O BPC, de acordo com o que consta na LOAS/1993, é destinado a pessoas com 65 anos ou mais de idade e a pessoas com deficiência⁵ e que não têm condições de se manterem por conta própria ou de serem mantidas por suas famílias. O benefício é de um salário mínimo e, para que seja concedido à família, é necessário que a sua renda *per capita* mensal seja inferior a um quarto do salário mínimo. A concessão será reavaliada em intervalo de dois anos, a fim de verificar se ainda se mantêm as condições que justificaram a sua concessão. De acordo com o site do MDS⁶, o BPC foi instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pela LOAS/1993. No site ainda consta que ele contempla um total de 3,6 milhões de pessoas, sendo que deste total, 1,9 milhões são de pessoas com deficiência e 1,7 de idosos.

Quanto ao PBF, ele representa a junção dos programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio-Gás e Cartão Alimentação. A junção se deu como um mecanismo para evitar que houvesse algumas famílias recebendo vários benefícios e outras, nenhum. Assim, o PBF veio na tentativa de promover o alívio imediato da pobreza, desenvolver a família, o que se dá através da superação da vulnerabilidade, pobreza e melhoria das condições de vida, além de fortalecer direitos sociais, como o da saúde, assistência social e educação (MDS, 2010). No site do MDS⁷ consta que o PBF atende mais de 13 milhões de famílias e que o valor do benefício varia conforme as especificidades das mesmas (por exemplo = renda *per capita* mensal; número de crianças e adolescentes, gestantes e de componentes na família).

Não obstante, há algumas condicionalidades para que as famílias possam ser beneficiadas. As famílias [...] *assumem o compromisso de manter as crianças e jovens de 6 a 17 anos na escola e fazer o acompanhamento de saúde de crianças, mulheres grávidas e mães que estão amamentando* (MDS, 2010, p. 16). Detalhadamente, no que se refere à educação deve ser de 85% a frequência escolar entre 6 e 15 de idade e 75% entre 16 e 17 anos; na saúde deve ocorrer o acompanhamento de vacinação e crescimento de crianças até

⁵ Na LOAS esclarece-se que a pessoa com deficiência é aquela que apresenta impedimentos de longo prazo e que podem, por exemplo, ser de ordem física, intelectual ou sensorial.

⁶ www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc/, acessado em 20 de julho de 2012.

⁷ www.mds.gov.br/bolsafamilia, acessado em 21 de julho de 2012.

7 anos, de gestantes e lactantes; na assistência, implica a frequência de 85% de crianças e adolescentes até 16 anos em situação de trabalho infantil em atividades socioeducativas. O não atendimento a tais condições resulta na suspensão ou até mesmo no cancelamento do PBF. Porém, deve-se ponderar que, numa situação como esta, as famílias podem recorrer destas decisões (MDS, 2010).

A seleção das famílias para o PBF ocorre através da inscrição no Cadastro Único⁸ para Programas Sociais do Governo Federal. A renda familiar *per capita* mensal deve ser de até R\$ 70,00 reais, mas se houver crianças e adolescentes, a renda pode ser mais elevada, até R\$ 140,00. A sua gestão deve ser descentralizada, cabendo ao município designar uma pessoa responsável por isso e uma instância para o seu controle. Neste caso, são definidas como gestão as atividades que envolvem o pagamento do benefício, o seu bloqueio ou, ainda, suspensão e cancelamento. Cabe também ao município criar condições de integração entre diferentes áreas, como as da saúde, educação e assistência social, a fim de fortalecer as ações do PBF (MDS, 2010). Neste sentido, percebe-se que o PBF pressupõe uma articulação intersetorial da assistência com outros setores.

Pode-se resumir que, diante de tudo o que foi tratado aqui e em concordância com Oliveira (1999), a situação que se redesenhou na assistência ao se fazer reconhecida enquanto direito é um grande marco na história brasileira. Mesmo com as possíveis limitações que ainda possam existir para que esse direito seja realmente garantido, não se podem negar os avanços nesse campo. E dentro dessa nova perspectiva assistencial é importante dedicar atenção especial ao CRAS, que se constitui como um novo dispositivo e que surge com a possibilidade de assumir, na proteção básica, papel estratégico no estreitamento dos laços entre a assistência social e os seus usuários.

2.2 - CRAS: a Casa das Famílias

Segundo Cruz (2009), a criação do CRAS em 2003 visou viabilizar a proposta da assistência social: acolher as demandas sociais mediante as especificidades de cada território, propiciando, a autonomia dos seus usuários.

⁸ O Cadastro Único constitui uma fonte de informações, a nível nacional, sobre as famílias de baixa renda (renda *per capita* mensal de até meio salário mínimo ou um total de três salários mínimos). É através deste cadastro que o governo pode agir em prol dessas famílias, que serão selecionadas para programas como o PBF e inscritas pelo município (MDS, 2010).

O surgimento do CRAS está associado ao movimento de descentralização e hierarquização da assistência social, com a proposta de que sua área de cobertura possa abranger todos os territórios que num dado município sejam identificados como vulneráveis. A partir disso, a meta é de que no ano de 2015 a universalização da proteção social básica já seja uma realidade (MDS, 2009).

Ao tomar como referência a PNAS/2004, Cruz (2009) define o CRAS como sendo a porta de entrada dos usuários na rede de proteção social básica. De acordo com esse autor, o objetivo que se tem é de que o CRAS funcione como uma referência de atendimento social, mesmo que em alguns casos sejam necessários os encaminhamentos dos usuários para serviços e programas não prestados pelo CRAS. Outros autores, como Trzinski, Veiverberg, Cetolin e Pinheiro (2010), situam o CRAS como sendo uma unidade pública de atendimento às famílias e a outros indivíduos em seu contexto comunitário com a oferta de serviços que visam a atenção integral, sendo conhecido também como a Casa das Famílias.

O CRAS pode ser designado enquanto uma instituição pública que tem como meta o atendimento de um número de até mil famílias por ano. Ele se encontra situado em áreas marcadas por vulnerabilidade e, considerando isso, trabalha com os usuários dentro do seu território (PNAS/2004). No entanto, o número de famílias referenciadas em cada CRAS depende do porte do município⁹ (MDS, 2009). Assim, está determinado na NOB/SUAS/2005 que: nos municípios de pequeno porte I – 1 CRAS para 2.500 famílias referenciadas; pequeno porte II - 1 CRAS para 3.500 famílias; médio porte – 2 CRAS para 5.000 famílias; grande porte – 4 CRAS para 5.000 famílias e; metrópole – 8 CRAS para 5.000 famílias (MDS, 2005).

Passa ainda pela responsabilidade do CRAS, de acordo com o que está definido na PNAS/2004, ofertar informações e orientações para as famílias e indivíduos do seu território de ação. Estando atento às condições de vulnerabilidade, risco e exclusão social, o CRAS deve visar uma atuação integrada à sua rede de proteção social, de forma que possa contar com uma base de dados e indicadores do seu território como, por exemplo, o caráter das demandas acolhidas, intervenções desenvolvidas e resultados obtidos. Isso deve também se articular a outras informações relativas aos demais territórios que estão sob a ação de outros CRAS. Porém, as informações e os bancos de dados não devem perder de

⁹ A PNAS/2004, através de dados do IBGE (2000) e do Atlas de Desenvolvimento Humano (2002), se baseia na seguinte classificação dos municípios: municípios pequenos I = até 20.000 habitantes; pequenos II = de 20.001 a 50.000 habitantes; médios = de 50.001 a 100.000 habitantes; grandes = de 100.001 a 900.000 habitantes e metrópoles = mais de 900.000 habitantes (MDS, 2005).

vista o respeito às questões éticas, como a preservação da identidade de usuários e o sigilo de questões confiadas apenas a certo profissional, por exemplo. Não se trata, portanto, de revelar dados pessoais ou individuais que exponham/constranjam usuários e sim informações gerais que caracterizam o território de abrangência, com as respectivas ações e avaliações das mesmas (MDS, 2005).

Ao compor a proteção social básica, o CRAS assume não apenas a responsabilidade de prevenir as situações de risco e vulnerabilidade, tendo em vista o desenvolvimento de potencialidades e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, como também assume o compromisso de favorecer o acesso do cidadão aos direitos que lhe são previstos. Para a execução de suas ações, dois elementos são estruturantes para o CRAS: a matricialidade sociofamiliar e a territorialização (MDS, 2009).

A noção de matricialidade sociofamiliar refere-se à centralidade que a família assume no campo da assistência social. A família é definida aqui como o núcleo social fundamental para o qual as ações e as estratégias da assistência social se dirigem. A justificativa para essa centralidade se deve ao fato de que o Estado reconhece as suas responsabilidades no que tange a proteção social da família (MDS, 2009). A consequência que se espera é de que a família receba suporte da rede socioassistencial, [...] *a fim de assegurar a toda a população o direito à convivência familiar* [...] (MDS, 2009, p. 13). Mas, o trabalho do CRAS com famílias, de acordo com L. F. Andrade e Romagnoli (2010), também parte do reconhecimento das pluralidades de arranjos familiares e da valorização da singularidade de cada um deles.

Quanto à territorialização, essa noção se explica pela

[...] centralidade do território como fator determinante para a compreensão das situações de vulnerabilidade e risco sociais, bem como para seu enfrentamento. A adoção da perspectiva da territorialização se materializa a partir da descentralização da política de assistência social e consequente oferta dos serviços socioassistenciais em locais próximos aos seus usuários. Isso aumenta sua eficácia e efetividade, criando condições favoráveis à ação de prevenção ou enfrentamento das situações de vulnerabilidade e risco social, bem como de identificação e estímulo das potencialidades presentes no território (MDS, 2009, p. 13).

Neste sentido, todos os serviços ofertados pelo CRAS devem ser planejados e pautados no conhecimento tanto do território quanto das famílias que nele se encontram, conhecendo suas necessidades e mapeando a ocorrência das situações de risco e vulnerabilidade social, bem como os serviços que já são disponibilizados neste território (MDS, 2009). Para isso, segundo L. F. Andrade e Romagnoli (2010), o CRAS pode contar

com uma equipe composta por assistentes sociais, psicólogos, coordenador, auxiliar administrativo, educadores sociais, entre outros profissionais. Estes profissionais, de acordo com o caderno de *Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS*, do MDS (2009), deverão atuar de modo a permitir o acolhimento, inserção, encaminhamento e acompanhamento dos usuários do SUAS.

Entre os profissionais da equipe do CRAS, o coordenador tem função fundamental na articulação de serviços de proteção básica local. Quanto a isto, para que aconteçam as ações intersetoriais entre o CRAS e os outros setores, é importante a articulação política entre as diversas secretarias, de modo a priorizar e a criar condições para a articulação intersetorial local, através do envolvimento de escolas, postos de saúde, unidades de formação profissional, representantes da área de lazer, esporte e cultura, entre outros setores (MDS, 2009). Diante disso, ao se considerar a natureza do CRAS, Cruz (2009) ressalta a necessidade de que as suas intervenções se façam pautadas num referencial interdisciplinar.

Cruz (2009) também trata de um dos desafios que vem sendo enfrentado pelo CRAS: a limitação de recursos humanos que, segundo ele, é uma questão que já vem sendo reconhecida dentro da Secretaria Nacional de Assistência Social [SNAS]. O problema é colocado como mais grave em algumas regiões do país, como Norte e Nordeste, e está associado à falta de profissionais qualificados, sobretudo das áreas de psicologia e serviço social. Diante deste fato, o autor menciona a preocupação da Secretaria quanto à formação de profissionais que estejam preparados para lidarem com a realidade do trabalho do CRAS. Nas Conferências de Assistência Social a questão dos recursos humanos já tem sido abordada como algo relevante para o desenvolvimento das políticas públicas; questão esta que é reconhecida como desafio, em especial, para a assistência social em razão de ter sido historicamente um campo de improvisos e com restritos investimentos na formação e qualificação profissional (MDS, 2008).

No entanto, acredita-se que há outra questão que também precisa ser refletida: as condições de trabalho. Menciona-se o problema da carência de profissionais qualificados para atuarem na política socioassistencial, mas será que esta também está preparada para funcionar tal qual deve ser? E os salários e os planos de carreira, são atrativos? Com base na PNAS (2004), pode-se dizer que não, pois *assim como ocorre em outros setores, a incapacidade de gerar carreira de Estado tem gerado desestímulo nos trabalhadores que atuam na área. A criação de um plano de cargos e salários é uma questão prioritária a ser considerada* (p. 38). Nesse mesmo documento, há o reconhecimento da relação

diretamente proporcional entre a produtividade/qualidade dos serviços e a forma/condições de tratamento dos recursos humanos. Em função disso, não se pode atribuir responsabilidades exclusivas aos profissionais e negligenciar esses outros aspectos, os quais talvez possam ser uma decorrência desse passado de improvisos que marcaram o campo socioassistencial.

Apesar dos possíveis desafios, o CRAS apresenta as seguintes funções: o desenvolvimento do Programa de Atenção Integral à Família [PAIF] e a gestão da proteção social básica dentro do seu território. O PAIF teria como propósito promover o acesso dos usuários aos serviços tanto do CRAS como dos demais setores do seu território através de encaminhamentos, além de viabilizar o acesso desses usuários a informações que podem ser, por exemplo, relativas às suas demandas (MDS, 2009).

Através do PAIF – caracterizado como um trabalho social com famílias – algumas ações podem ser oferecidas, como apresentações musicais, teatrais, artesanatos, acolhida¹⁰ e oficinas com famílias, entre outras. Esse programa se mostra como uma estratégia que permite viabilizar a matricialidade sociofamiliar e, ao mesmo tempo, na medida em que favorece o acesso dos usuários do CRAS a outros serviços oferecidos por outras instituições, promove a articulação da rede socioassistencial do seu território. Assim, o PAIF visa o desenvolvimento não apenas no âmbito individual como também almeja o desenvolvimento de grupos e comunidades (MDS, 2012a; 2012b). Por tudo isso, o PAIF é definido como sendo a ação prioritária da proteção social básica, devendo os outros serviços estar articulados a ele para assegurar que o CRAS atue conforme o princípio da matricialidade sociofamiliar e que suas ações sejam mais efetivas (MDS, 2009).

Além disso, um aspecto importante deve ser ressaltado, que é o fato de que o PAIF não deve ser confundido com a ação terapêutica. Aliás, destaca-se que não é papel do CRAS realizar práticas psicodiagnósticas e psicoterapêuticas, pois esse tipo de intervenção não corresponde à proposta do PAIF e de outros programas executados pelo CRAS. Ao haver demandas neste âmbito, cabe à equipe do CRAS contatar a rede intersetorial de forma a fazer encaminhamentos e garantir ao usuário o acesso ao serviço na instituição competente. Entende-se que de modo algum devem ser realizadas atividades desta natureza no espaço do CRAS, mesmo que em seu território de referência elas não sejam disponíveis à população (MDS, 2012a).

¹⁰ A acolhida é o contato inicial da família com o PAIF, no qual há a oportunidade de conhecer a vida familiar, comunitária e o território. É fundamental para que a família construa relações de confiança com a equipe do CRAS, no momento em que a vê como capaz de responder às suas demandas (MDS, 2012b).

O Conselho Federal de Psicologia [CFP], através do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas [CREPOP], também tem contribuído para que outras práticas sejam pensadas. Um exemplo disso é o material intitulado *Referência técnica para a atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*, de 2007, que, entre outras considerações, propõe a esses profissionais:

Atuar de forma integrada com o contexto local, com a realidade municipal e territorial, fundamentada em seus aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais; atuar baseado na leitura e inserção no tecido comunitário, para melhor compreendê-lo, e intervir junto aos seus moradores; atuar para identificar e potencializar os recursos psicossociais, tanto individuais como coletivos, realizando intervenções nos âmbitos individual, familiar, grupal e comunitário; atuar a partir do diálogo entre o saber popular e o saber científico da Psicologia, valorizando as expectativas, experiências e conhecimentos na proposição de ações; atuar para favorecer processos e espaços de participação social, mobilização social e organização comunitária, contribuindo para o exercício da cidadania ativa, autonomia e controle social, evitando a cronificação da situação de vulnerabilidade [...] (p. 26).

E, em síntese, o PAIF se mostra como uma materialização da preocupação da assistência social no que tange o núcleo familiar e, para isso, o programa prevê ações que possam dedicar à família atenção integral. Ou seja, visa oferecer aos seus membros o acesso a serviços que, sendo provenientes do CRAS ou não, garantam e fortaleçam a convivência familiar e comunitária (MDS, 2009). O trabalho da equipe do CRAS deve romper com preconceitos e posturas que culpabilizam a família pela situação em que ela se encontra e que impedem que haja transformações na ordem social vigente. Por isso, entende-se que é primordial que os profissionais sejam qualificados o suficiente para interpretar, questionar e superar a ordem social que não oferece iguais oportunidades aos cidadãos (MDS, 2012b).

Na PNAS/2004 também são apresentadas outras ações que podem ser desenvolvidas no espaço do CRAS além do PAIF, como: centros de convivência para idosos; serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens entre 6 e 24 anos; centro de informação e educação para o trabalho para jovens e adultos; entre outras (MDS, 2005).

Sobre a gestão territorial, tem-se as seguintes ações: articulação da rede socioassistencial de proteção social básica referenciada ao CRAS, promoção da articulação intersetorial e busca ativa. Na articulação da rede socioassistencial, há proposta de que ocorra a integração entre diferentes instituições (MDS, 2009) e o [...] *estabelecimento de contatos, alianças, fluxos de informações e encaminhamentos entre o CRAS e as demais*

unidades de proteção social básica do território [...] (p. 21). Na esfera da intersectorialidade, busca-se a efetivação de diálogos para a construção de ações conjuntas e, assim, melhorias nas condições de vida daquelas famílias que se encontram em risco ou em vulnerabilidade. Trata-se de consolidar interlocuções entre diferentes setores, a fim de responder demandas que são complexas. É o poder executivo municipal que assume o papel de agir e propiciar condições favoráveis para essa articulação entre as diferentes secretarias, não sendo, portanto, uma responsabilidade isolada da assistência social. No entanto, o gestor da assistência social pode determinar quais são as articulações prioritárias no território do CRAS (MDS, 2009).

Já a busca ativa é definida como a identificação, intencional, pelos profissionais do CRAS de situações de vulnerabilidade e risco social, visando compreender essas realidades e, a partir disso, definir quais as ações a serem estabelecidas. Entende-se que a busca ativa é condição fundamental para o PAIF ao permitir levantar demandas, potencialidades e, através disso, traçar um plano de ação. Neste caso, deve ser dada atenção especial às famílias que estão em descumprimento com as condicionalidades do PBF, pois podem estar em situação de risco ou vulnerabilidade, e sujeitas à perda do benefício em função desse descumprimento. Para isso, a equipe pode percorrer o território do CRAS a fim de conhecê-lo e estabelecer contatos, por exemplo, com líderes comunitários, além de coletar informações através de outros setores.

Neste sentido, é possível compreender a afirmação contida no caderno de orientações técnicas do CRAS (2009) sobre o caráter complementar e interdependente das duas funções do CRAS, pois uma acaba por favorecer a outra. Na medida em que se tem como foco o desenvolvimento do PAIF, é indispensável que haja a gestão territorial, pois o atendimento integral das famílias implica no conhecimento do território, na articulação com a rede socioassistencial e no diálogo com outros setores. Em contrapartida, a gestão territorial é impulsionada pelo PAIF, na medida em que este leva o CRAS para além dos seus muros na busca de parcerias para o atendimento dos seus usuários. Então, essas duas funções se perpassam e se favorecem.

3 - DA DEFESA DA SAÚDE COMO DIREITO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA [ESF] COMO UM CAMINHO POSSÍVEL

3.1 – O setor saúde e a proposta de um novo sistema

Segundo Graef (2010), antes da promulgação da Constituição de 1988 a maioria da população não tinha acesso aos serviços de saúde gratuitos e esses eram restritos àqueles que contribuíam com a previdência social. Nesse arranjo, a maior parte dos hospitais e outras unidades de atendimentos era privada ou pertencente a instituições beneficentes. Com isso, a população que não tinha condições para pagar pelos serviços e que não contribuía com a previdência social só poderia contar com as entidades beneficentes ou com as ações prestadas, por exemplo, por igrejas.

Apesar da não universalização dos serviços de saúde no Brasil, até 1988, a saúde como direito já tinha sido reconhecida a nível internacional em 1948 na Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas [ONU]. Assim, chegando à década de 1980, a saúde brasileira ainda não tinha conseguido acompanhar essa diretriz, de forma que, paradoxalmente, as políticas e a prestação dos serviços de saúde não correspondiam ao que era anunciado na Declaração. Ao contrário, o direito à saúde era assegurado apenas aos trabalhadores do mercado formal, não sendo reconhecida propriamente como direito, pois era considerada mais como um benefício da previdência como, por exemplo, a aposentadoria (MS, 2007a).

Num cenário como este, em que as ações em saúde contemplavam prioritariamente os trabalhadores formais, as políticas deste setor, conseqüentemente, se dedicavam à manutenção dessa mão de obra e ao favorecimento da lógica da reprodução do capital. Outra característica marcante desse setor eram as práticas assistencialista e curativa. Dessa forma, semelhante ao que se passou na assistência social, tinha-se uma estrutura que não favorecia a autonomia do usuário, criando um ciclo de dependência dos serviços e não privilegiando as ações preventivas, mas apenas as intervenções emergenciais. Por isso, pode-se interpretar que esse modelo não vislumbrava a perspectiva da promoção da saúde (MS, 2007a).

A promoção da saúde pode ser entendida, com base no documento da Carta de Ottawa, referente à Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986,

como a capacitação popular com vistas à melhoria das condições de vida e de saúde¹¹. Assim, considerando que a promoção da saúde não é uma responsabilidade restrita do setor saúde, pode-se dizer que ela pressupõe um processo formativo/educativo/informativo em que a população participa ativamente na produção e no controle da saúde. De acordo com a Carta de Ottawa/1986, promover saúde implica em viabilizar condições de vida mais saudáveis, ou seja, envolve considerar/identificar os aspectos determinantes da saúde e torná-los mais favoráveis para a população. Esses determinantes podem ser, por exemplo, de natureza política, econômica, comportamental, biológica, entre outras.

Complementando este entendimento, na Política Nacional de Promoção da Saúde [PNPS]/2006 é apresentado que promover saúde implica em conhecer os seus condicionantes – tais como violência, desemprego, habitação inadequada ou ausente, falta de saneamento básico e obstáculos para o acesso à educação – e, a partir disso, intervir sobre eles evitando que a saúde da população fique em risco. Por isso, na PNPS/2006 está expresso que a promoção da saúde corresponde a uma política transversal, ou seja, integrada e articulada a outros setores de forma que se rompa com a visão fragmentada do processo saúde-adoecimento, já que este processo perpassa por diferentes setores da sociedade.

Percebe-se que, na medida em que os determinantes sociais da saúde reúnem diferentes campos da vida de uma pessoa, as ações que se destinam a pensar o processo saúde-adoecimento devem igualmente contemplar esses diversos âmbitos. Por isso, ao falar de saúde é preciso compreendê-la como algo que extrapola um setor apenas. Da mesma forma que as condicionalidades do PBF, apresentadas anteriormente, indicam a necessidade de articulação intersetorial, os condicionantes sociais da saúde também desempenham esse mesmo papel. Tanto as condicionalidades quanto os condicionantes sociais da saúde podem ser viabilizadores da intersetorialidade.

Mas, dando sequência ao debate acerca dos aspectos problemáticos que demarcaram o campo da saúde, é preciso mencionar algumas considerações feitas por Junqueira (1997). O autor se refere ao fato de que até a década de 1970 as organizações públicas de saúde se caracterizavam por serem centralizadas, ou seja, não havia a gestão compartilhada entre as três instâncias governamentais – federal, estadual e municipal. Com a nova Constituição, esse perfil da assistência se modifica, quando então o direito à saúde,

¹¹ Pedro Henrique Costa de Resende, graduando em psicologia pela UFSJ, realizou uma pesquisa de iniciação científica no decorrer de 2011 sob o título de “As diversas noções de promoção da saúde e suas articulações com as políticas públicas”, com a orientação do professor Walter Melo Júnior e financiamento da FAPEMIG.

segundo Benatti (2008), amplia-se universalmente e o SUS, regulamentado pela lei 8080/90, passa a se responsabilizar pelo atendimento da população sem que esta tenha que pagar diretamente pelos serviços recebidos, independentemente de se contribuir ou não com a previdência social.

Porém, até que fosse promulgada a Constituição em 1988, muitos eventos se sucederam e um desses, responsável por marcar a história da saúde, foi o Movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento teve sua motivação no descontentamento da sociedade quanto à forma como estava organizado o sistema de saúde. O seu momento inicial se deu na década de 1960, mas sofreu repressões com a ditadura militar, reafirmando-se na década seguinte. Representando a defesa da reformulação do setor da saúde, ganhou mais força em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde que inovou ao conceder espaço para que a sociedade civil pudesse participar na construção de uma nova saúde, trazendo para debate a questão da saúde como direito de todos e dever do Estado (MS, 2007a).

Envolvendo diferentes segmentos da sociedade como intelectuais, políticos e religiosos, a Reforma Sanitária já defendia, segundo H. Cordeiro (2004), a proposta da descentralização e da participação popular, o que mais tarde seria consolidado na Constituição e no SUS. Westphal (2000) também trata de outro processo que se sucedeu na década de 1970 e que traz implicações importantes para pensar o setor saúde; o Movimento Cidades Saudáveis.

O Movimento Cidades Saudáveis, como mencionado por Westphal (2000), representa a proposta de uma nova forma de pensar e fazer saúde em que, a partir de uma nova gestão municipal pautada tanto na participação social quanto na intersetorialidade, reconhece que a população convive em seu território com problemas concretos. Sobre isso, R. Mendes (2000) entende que, apesar de a cidade representar melhores oportunidades de vida, através do oferecimento de trabalho e bens de consumo, ela também pode estar associada a problemas de diferentes naturezas de forma que o processo de crescimento urbano pode deixar suas marcas sobre a saúde da sua população. Esta autora demonstra que o crescimento das cidades pode não se fazer associado ao atendimento das necessidades básicas dos seus habitantes e é a partir dessa lógica que os problemas concretos mencionados por Westphal (2000) podem se manifestar nas formas com que se desenvolvem a habitação, saneamento básico e poluição, por exemplo.

Assim, tendo surgido como uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde [OMS] e da Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], Westphal (2000) esclarece que o Movimento Cidades Saudáveis traz o objetivo de intervir em prol da melhoria da

qualidade de vida e da saúde da população urbana e, para isso, investe na realização de projetos intersetoriais que contam tanto com a participação do governo – nos seus diferentes setores – quanto da sociedade. A autora também apresenta que as inspirações desse movimento não são tão recentes.

Por volta de 1840, iniciou-se o processo de urbanização na Europa. Com a sua ampliação, ocorreu uma deterioração das condições de vida das populações carentes que foram se tornando vulneráveis a epidemias por doenças infectocontagiosas. Como os governos resistiam a introduzir reformas, a Associação pela Saúde das Cidades, criada na Inglaterra, reuniu pessoas que se organizaram para pressionar as autoridades. Propunham mudanças nas leis com o objetivo de melhorar as condições de saúde e estabeleceram o que chamaríamos hoje, utilizando a terminologia da OMS, uma coalizão intersetorial para a saúde. Sua bandeira de luta foi a melhoria da situação física das cidades representada por mudança nos padrões de habitação, regulações higiênicas, pavimentação das ruas, sistema de abastecimento de água e de eliminação de dejetos [...] (Westphal, 2000, pp. 40-41).

A citação acima mostra que a proposta das Cidades Saudáveis parte da tentativa de contornar os possíveis efeitos da urbanização sobre as condições de saúde, pois se a urbanização se dá sem considerar as necessidades básicas da população, esta pode sofrer com o adoecimento. Logo, esse movimento já indica que a saúde da população não é produzida alheamente às condições sociais. Portanto, é possível compreender que a cidade para ser saudável precisa atender as demandas da sua população e adotar uma gestão que, tendo em vista os determinantes da saúde, possa propiciar aos seus habitantes condições de vida saudáveis. Diante disso, pode-se supor que o grande desafio colocado às cidades é o de crescer com qualidade, ou seja, desenvolver-se sem perder de vista o processo saúde-adoecimento.

Neste sentido, Adriano, Werneck, M. A. Santos e R. C. Souza (2000) entendem que o Movimento Cidades Saudáveis equivale à promoção de saúde, uma vez que este movimento vem como possibilidade de promover saúde a nível local. Apesar de o movimento ter essa diretriz, esses autores mostram que ele pode assumir contornos específicos conforme o contexto em que se encontra. No caso dos países desenvolvidos, Adriano *et al.* (2000) mostram que seu foco está na mudança dos estilos de vida, ou seja, nos hábitos individuais que não são favoráveis à saúde. Um exemplo, com base no que é apontado por O. A. Teixeira (2004), seria intervir no combate ao tabagismo, no controle da AIDS, da hipertensão e diabetes. Nos demais países a ênfase seria sobre aspectos de ordem mais coletiva como as situações de saneamento básico, trabalho, moradia, renda etc. Portanto, percebe-se que o Movimento Cidades Saudáveis – ou, melhor, a promoção da

saúde – pode assumir duas ênfases distintas¹²: no indivíduo através das suas condutas que podem não ser favoráveis à saúde e no social por meio de sua infraestrutura que pode igualmente não favorecer a vida saudável.

Dentro dessa perspectiva das Cidades Saudáveis, Westphal e R. Mendes (2000) falam sobre a adesão dos municípios brasileiros na tentativa de enfrentar e manejar as consequências do desenvolvimento urbano no momento em que este influencia as condições de saúde da população. Mas, as autoras não deixam de destacar que uma proposta como esta das Cidades Saudáveis passa pela defesa da intersectorialidade e interdisciplinaridade. R. Mendes (2000) diz que no Brasil o Movimento das Cidades Saudáveis data da década de 1980, sendo na lei 8080/90 reconhecido o papel relevante das cidades nas estratégias de saúde.

É preciso contextualizar que esses movimentos vividos no Brasil como o da Reforma Sanitária e o das Cidades Saudáveis eclodiram em um momento em que, de acordo com R. Mendes (2000), o setor saúde enfrentava na década de 1970 dificuldades financeiras, o que não é difícil de entender já que estava centrado em um modelo curativo. Diante disso, surgiram propostas como as que foram aqui citadas e que na contramão das práticas vigentes defendiam a prevenção. Dentro dessa nova forma de pensar, a autora fala sobre o entendimento de estudiosos sobre o fato de que a melhora da saúde estaria articulada mais às condições de vida e de trabalho do que necessariamente à assistência médica.

No caso do Brasil, as mudanças mais expressivas no setor saúde foram concretizadas com a Constituição de 1988. É a partir da Constituição que a saúde passa a compor a seguridade social e que se propõe a criação de um sistema único pautado na universalidade e integralidade tanto no que se refere à promoção da saúde quanto às ações de recuperação. Dessa forma, foram estabelecidos os princípios e referenciais desse novo sistema de saúde, embora seja na lei 8080/90 que eles se encontram mais detalhados (MS, 2007a).

Na Constituição de 1988 está expresso que esse sistema único de saúde deverá ser regido pelas seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação popular. No texto *Caminhos do direito à saúde no Brasil*, MS (2007a), a descentralização é apresentada como algo que implica na determinação de atribuições a cada uma das três

¹² Maiores discussões a respeito dessas ênfases são tratadas no trabalho de iniciação científica, desenvolvido entre 2011 e 2013, intitulado “Promoção de saúde: entre os estilos de vida e as ações intersectoriais”. A pesquisa é de autoria de Danilo Rodrigues Matos e Michele Sena, sob a orientação do professor Walter Melo Júnior, com financiamento da FAPEMIG.

instâncias do governo. É o mesmo que dizer de um processo de distribuição de poder do centro para a periferia, concedendo responsabilidades para os governos do estado e do município. A participação social, como já discutido no capítulo anterior, envolve a responsabilidade da sociedade junto ao Estado no processo de formulação e acompanhamento das políticas, nesse caso no que diz respeito à saúde. A integralidade é definida enquanto um todo articulado de ações nas diferentes complexidades do sistema.

Sobre a integralidade, um exemplo breve seria pensar numa situação em que um indivíduo recebe dois tipos de serviços numa Unidade Básica de Saúde [UBS], médico e odontológico, de forma que a ação prestada por um profissional parta do conhecimento do que também tem sido feito pelo outro para que essas ações sejam sinérgicas e complementares, permitindo uma visão mais ampliada do usuário. Orientados por essa diretriz, os profissionais devem atuar de forma dialogada, ao invés de uma prática solitária dentro das fronteiras de seus campos disciplinares. O mesmo raciocínio poderia ser transposto para ações de diferentes níveis de complexidade.

Mas, além dessas diretrizes, o SUS também é pautado nos princípios da universalidade, equidade, intersetorialidade, transversalidade, regionalização e hierarquização. A universalidade significa assegurar o acesso à saúde para toda a população, ou seja, é a expressão do reconhecimento da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Como desdobramento deste princípio, tem-se a equidade. Esta diz da forma como será esse acesso, o qual deve fornecer oportunidades e condições justas de acesso entre os cidadãos, independente de quem seja. Justas no sentido de que todos têm o direito à saúde e isso deverá se efetivar sem que alguns sejam favorecidos em detrimento de outros. Significa dizer que o atendimento não deverá se pautar, por exemplo, no fato de uma pessoa ser mais ou menos influente socialmente do que outras, mas na própria especificidade de suas demandas. Portanto, ela *embasa a promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades que atingem grupos e indivíduos* (MS, 2007a, p. 9).

A transversalidade envolve as estratégias de complementaridade e reciprocidade entre órgãos, ações e programas (MS, 2007a). Nesse caso, se expressa a importância de que uma ação encontre apoio e suporte em outras ações e assim por diante, no intuito de que sejam mais efetivas no alcance de seus objetivos.

Já a intersetorialidade, como será discutida no sexto capítulo, se refere ao fato de que a saúde não é uma responsabilidade exclusiva deste setor, dependendo, portanto, de intercâmbios entre diferentes setores. A regionalização e a hierarquização tratam das formas como as ações e serviços em saúde deverão estar organizados, o que se efetiva

mediante níveis de complexidade (básica, média e alta complexidade) dispostos por regiões. As regiões se referem aos territórios e às populações de abrangência (MS, 2007a).

Sobre a atenção básica, se encontra disposto no portal da saúde¹³ que ela se constitui através das UBS e das equipes de Saúde da Família. Neste sentido, a atenção básica representa a porta de entrada do usuário no campo da saúde, contando com a Estratégia Saúde da Família [ESF] como principal recurso para sua reorientação (MS, 2007b). Em conformidade com isso, W. A. G. Rosa e Labate (2005) afirmam que a ESF, fundamentada no que se encontra preconizado no SUS, surge como possibilidade de reconfigurar as ações em saúde no âmbito da atenção básica. Na Política Nacional de Atenção Básica [PNAB]/2006 este nível de atenção se encontra vinculado à promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento, por meio de ações voltadas tanto para o coletivo quanto para o individual. Além disso, na PNAB/2006 a atenção básica é definida por seu caráter democrático e participativo, que leva em conta o seu território de abrangência.

Dalla Vecchia (2012), em seu livro *Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos*, traz importantes contribuições para se aprofundar no entendimento da atenção básica. O autor, apoiado nos estudos realizados por Baptista, Fausto e Cunho (2009), apresenta duas possibilidades de conceituação: conservadoras e renovadoras.

Dentre as definições “conservadoras”, pode-se destacar: (a) nível inicial de assistência na qual se realizam cuidados de saúde ditos básicos, quase sempre requerendo encaminhamento para outros serviços, dada uma presumida incapacidade de realizar ações mais complexas; (b) ações de saúde vistas como as mínimas necessárias para a manutenção de determinados níveis de saúde individual e coletiva, selecionadas ou focalizadas para grupos específicos da população (Dalla Vecchia, 2012, p. 92).

Dentre as definições “renovadoras” estão: (a) ações que caracterizam a primeira abordagem, frequentemente resolutiva, inseridas no conjunto de atividades componentes de um sistema de saúde integrado e interdependente; (b) estratégia de organização dos serviços que forma a base e qualifica a demanda por serviços especializados, de diagnóstico, de reabilitação etc. do sistema de saúde, coordenando longitudinalmente o processo de atenção à saúde; (c) princípio que norteia as ações do sistema de saúde de modo a organizar e racionalizar o uso dos recursos básicos e especializados para promoção, prevenção, manutenção e recuperação do estado de saúde (Dalla Vecchia, 2012, pp. 92-93).

Na Carta de Alma-Ata, que trata da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978, a atenção primária é considerada a primeira forma

¹³ portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm, acessado em 30 de julho de 2012.

de relação com o usuário do sistema de saúde, entrando em seus territórios. Ao ter como meta a Saúde Para Todos no Ano 2000¹⁴, a Conferência atribuiu aos governantes a responsabilidade na construção de políticas e ações nos cuidados primários à saúde que se façam pautados na articulação com outros setores, destacando-se ainda a importância da participação comunitária e, especificamente, da educação nos cuidados à saúde.

Quanto à média complexidade, ela envolve ações como: cirurgias ambulatoriais especializadas, ações em odontologia, próteses e órteses, fisioterapia e anestesia, entre outras. A alta complexidade se caracteriza por envolver tecnologias e custos mais elevados, como é o caso de procedimentos de diálise, quimioterapia e radioterapia. Portanto, neste nível de complexidade, podem, por exemplo, ser observadas as seguintes ações especializadas: atendimento a pessoas com doença renal crônica, pacientes oncológicos, cirurgia cardiovascular, atendimento em traumatologia-ortopedia, queimaduras, obesidade e transtornos respiratórios do sono, entre outros (MS, 2009). A alta complexidade é desenvolvida, como expõe o portal da saúde, nos hospitais, assim como a média complexidade. Porém, esta também pode ser concretizada em serviços ambulatoriais especializados como, por exemplo, nos Centros de Atenção Psicossocial [CAPS].

Continuando nas considerações acerca do SUS, na PNPS/2006 ele é apresentado como expressão do entendimento ampliado da saúde e isso pode ser constatado na lei 8080/90 ao elencar os seus determinantes e condicionantes. Assim, a saúde é entendida não apenas enquanto condição biológica, mas enquanto resultante da alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Como se pode ver, a proposição da lei 8080/90 está em conformidade com o que já tinha sido expresso pela Carta de Ottawa em 1986. Logo, com base na PNPS/2006, pensar em saúde implica em ter em vista as condições de vida da população e da forma como a sociedade se encontra organizada. Isso significa dizer que a saúde é produzida socialmente.

Marques e A. Mendes (2003) entendem que o SUS representa uma guinada em relação ao que se tinha até então na saúde. Mas, deve-se ponderar que só isso não é suficiente para que o direito à saúde seja de fato efetivado. Para isso, é preciso defender a ação articulada entre os diferentes setores a fim de atuarem sobre os determinantes da

¹⁴ *Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social* (Carta de Alma-Ata, 1978, p. 1).

saúde e considerar que o SUS se encontra num processo constante de construção e reformulação (MS, 2007a). Por isso, de acordo com Machado, Monteiro, D. T. Queiroz, Vieira e Barroso (2007), desde a implantação do SUS várias estratégias já foram esboçadas como forma de se efetivar as conquistas que este sistema representa e é neste intuito que se deu, em 1994, a proposta do Programa Saúde da Família [PSF].

Embora tenha surgido como Programa Saúde da Família, Camargo-Borges e Cardoso (2005) esclarecem a razão da mudança na sua nomenclatura para Estratégia Saúde da Família [ESF], o que é observado, principalmente, a partir de 1997 (Ribeiro, 2004). É importante destacar que não se trata apenas de uma mudança de nomenclatura, é mais do que isso. A mudança para o termo Estratégia¹⁵ representa a tentativa de se fazer jus ao que de fato representa a proposta da Saúde da Família. Segundo os autores, o termo Estratégia é mais amplo do que Programa, permitindo expressar melhor o propósito de [...] *reorganizar o modelo de atenção que visa a integralidade* (Camargo-Borges & Cardoso, 2005, p. 26). Portanto, pensar a Saúde da Família pela perspectiva da Estratégia é mais condizente com a magnitude da sua meta.

3.2 – A Estratégia Saúde da Família

A ESF tem por objetivo o redirecionamento do modelo assistencial (ou seja, da forma de oferta dos serviços em saúde), segundo os preceitos definidos no SUS. Para tanto, atua na manutenção e promoção da saúde e prevenção de doenças, superando um modelo centrado em hospitais e tendo como foco a família e a sua comunidade (MS, 2009). No entendimento de Resta e Motta (2005) a ESF vê na família o caminho para o redirecionamento das práticas em saúde, mas sem perder de vista o contexto em que elas vivem e as suas demandas.

Uma visão de saúde ampliada, fundada na dinâmica da diversidade cultural e social, assim como a introjeção da família como entidade que possa participar dos planejamentos das ações em saúde, é fundamental para a conquista de um novo modelo assistencial. Na medida em que se conhecem os diversos núcleos familiares pode-se, também, destacar, diante do vivido por elas, os fatores que

¹⁵ Apesar dessa defesa, ainda é possível observar trabalhos em que se utilizam tanto a sigla PSF quanto ESF. Como se observou que nas publicações do MS vem se adotando a nomenclatura ESF e por concordar com Camargo-Borges e Cardoso (2005) quanto à sua pertinência, decidiu-se utilizar aqui apenas esta sigla. Portanto, nos trabalhos aqui citados que utilizam PSF será feita a transposição para ESF, desde que a noção expressa pelos autores seja equivalente a esta última.

cada uma está exposta e que caracterizam as proporções de risco inerentes ao contexto de vida (Resta & Motta, 2005, p. 110).

Para Vanderlei e Almeida (2007), a grande inovação trazida pela ESF é o deslocamento da ênfase que se tinha até então no individual e na doença para a ênfase na dimensão do coletivo, momento em que a família se mostra como principal alvo de intervenção. Representando uma nova forma de operar na saúde, a ESF não apenas se dirige à família como também assume o compromisso de lhe prestar assistência em domicílio, o que para Giacomozzi e Lacerda (2006) representa a oportunidade de conhecer o contexto de vida dos seus usuários, a infraestrutura do local em que vivem e as diferentes demandas em saúde. Porém, não é uma tarefa fácil penetrar no contexto de vida dos usuários, na medida em que se deve ir além dos muros das UBS (MS, 1997).

De acordo com o portal eletrônico da atenção básica à saúde¹⁶, a ESF se caracteriza por funcionar como porta de entrada dos usuários no SUS, dentro de um território e com uma população delimitados, atuando sobre fatores de risco¹⁷ presentes em uma dada comunidade, com a prestação de assistência integral e de caráter permanente. De forma geral, a equipe de saúde da família tem as seguintes responsabilidades: conhecimento das famílias da sua área de abrangência (principalmente no que diz respeito às questões epidemiológicas e demográficas); identificação de doenças prevalentes e dos fatores de risco; construção com a comunidade de um plano para enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; assistência integral com ênfase na promoção da saúde; resolução dos problemas detectados na comunidade ou nas famílias; desenvolvimento da intersetorialidade e de ações educativas para que os indivíduos construam práticas de autocuidado mais favoráveis à saúde (MS, 1997).

Neste sentido, a ESF assume compromisso com a vigilância em saúde (MS, 1997), que pode ser entendida como um conjunto de ações de pesquisa, fiscalização, detecção e controle acerca de doenças transmissíveis e não-transmissíveis; dos fatores de risco; da situação de saúde da população, a fim de identificar, por exemplo, mortes e desigualdades em saúde; de mudanças nos determinantes e condicionantes do meio ambiente, que possam comprometer a saúde (MS, 2009).

Diante do papel assumido pela ESF, P. R. Santana, Sousa, A. A. A. Costa, Osório e P. M. A. Santana (2008) entendem que ela se torna, dentro da atenção básica, o eixo

¹⁶ <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>, acessado em 10 de julho de 2012.

¹⁷ Fatores de risco em saúde são aqueles fatores/variáveis que quando a população se encontra exposta a eles fica sujeita a desenvolver uma doença, ou seja, os fatores de risco estão associados ao comprometimento da saúde e já existem antes da doença propriamente (MS, 2009).

estruturante do SUS, na medida em que, orientada pelos princípios de equidade, universalidade e integralidade, busca consolidar uma nova prática em saúde. Ou seja, a ESF faz valer na atenção básica aquilo que se encontra preconizado no SUS, visando operacionalizá-lo.

Alves (2005) explica que a ESF surge com o propósito de colaborar para a construção e consolidação do SUS e, para isso, há a implantação de equipes multidisciplinares nas unidades básicas de saúde que devem contar com, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, quando ampliadas, também podem contar com cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário. Além das equipes multidisciplinares atuarem na promoção, prevenção e recuperação da saúde, a proposta é de que elas também se dediquem na reabilitação de doenças frequentes em uma comunidade (MS, 2009). Tendo em vista esses compromissos, a equipe da saúde da família deve realizar o acompanhamento de no máximo 4.000 habitantes em uma carga horária de trabalho de 40 horas semanais (PNAB/2006).

O agente comunitário de saúde [ACS], particularmente, assume papel relevante para que a ESF funcione, sendo o responsável por fazer articular a equipe da ESF com a sua população de abrangência, já que ele mora na comunidade abrangida pela ESF. Entre as suas atribuições, constam: as atividades de prevenção das doenças e de vigilância à saúde; visitas domiciliares e ações educativas tanto individuais como coletivas, seja nos domicílios ou na comunidade; cadastramento das pessoas de sua microárea; registro, por exemplo, de nascimentos e óbitos. Com o conhecimento que os ACS constroem sobre a sua microárea e a sua população, eles podem ser capazes de orientar os usuários sobre os serviços prestados nas UBS e, em contrapartida, levar esse conhecimento que dispõem até os demais profissionais da equipe de saúde da família. Além disso, destaca-se o seu papel estratégico na identificação de elementos que a comunidade possui e que podem favorecer as ações da ESF, bem como seus limites e possíveis parceiros. Um exemplo seria a identificação de outros setores com os quais podem ser estabelecidos diálogos (MS, 2009).

Pode-se dizer que são questões fundamentais para o funcionamento da ESF o estabelecimento de diálogos e a busca por parcerias. Ao entender o processo de saúde-adoecimento como algo que resulta de diferentes fatores, o que em função disso extrapola o campo da saúde propriamente para envolver diferentes setores, a ESF deve consolidar suas ações de forma que se façam integradas às diferentes áreas, como a educação, habitação, segurança, transporte, entre outras (MS, 1997). Considerando isso, a ESF não

deve estar isolada das demais estratégias e ações existentes no seu território e, assim, P. R. Santana *et al.* (2008) se referem à sua pretensão de se articular com outras esferas do SUS e programas da assistência social.

Além da necessidade de articulação, a ESF também demanda um processo constante de capacitação e informação, o que deve iniciar no momento de inserção dos profissionais nas equipes e se manter no cotidiano de suas práticas. Esse processo educativo é entendido como pré-requisito para que a equipe da saúde da família responda às demandas que lhes são dirigidas, de modo que possam lidar com a complexidade e a dinâmica trazida por tais demandas. Para tanto, é primordial um processo educativo que parta da leitura e do diagnóstico da especificidade do território de abrangência da ESF, em que a capacitação dos recursos humanos da saúde da família conte com parcerias feitas com universidades e demais instituições de ensino (MS, 1997).

É possível concluir que o objetivo assumido pela ESF quanto à reestruturação da assistência à saúde, no nível da atenção básica, constitui-se como algo desafiador em vista da grandiosidade de tal meta. Concentrando-se nos princípios do SUS, essa estratégia representa um grande momento na história da saúde brasileira pela defesa de ampliação do seu acesso pela população. Mas, a grandiosidade que demarca a meta da ESF só faz ressaltar a relevância da integração das diferentes instituições e organizações sociais, sobretudo dentro de sua área de abrangência, de forma que pelo desenvolvimento de parcerias seja possível alcançar aquilo que se pretende – construir uma nova saúde. E, conseqüentemente, como indicado no manual *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (MS, 2009), consolidar um espaço de construção de cidadania.

4 – A EDUCAÇÃO BÁSICA E SEUS CONTORNOS

4.1 – A educação como um direito social

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional [LDB], decretada em 1996, a educação abrange todos os processos formativos que se desenvolvem nos diferentes contextos: na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, instituições de ensino, movimentos sociais, manifestações culturais e nas organizações da sociedade. Quanto à educação escolar, um dever da família e do Estado, a lei disciplina que esta deve se vincular ao mundo do trabalho e à prática social.

No ano de 1932 surgiu a primeira proposta de elaboração de um plano para a educação, de forma a se promover uma reconstrução do modelo educacional da época. O primeiro plano surgiu em 1962, porém ele não foi proposto na forma de um projeto de lei, apenas foi uma iniciativa do Ministério da Educação e Cultura. Foi somente com a Constituição de 1988 que ressurgiu a proposta de um plano para longo prazo, nos moldes de uma lei (Lei 10.172, 2001).

O Plano Nacional de Educação [PNE], aprovado em 2001, se encontra organizado em torno de algumas preocupações, como: elevação do grau de escolaridade da população; elevação da qualidade do ensino; redução de desigualdades no acesso e permanência na educação pública; democratização da gestão nas instituições públicas de ensino, de forma que se tenha a participação tanto da comunidade interna quanto externa. Para tanto, são definidas as diretrizes para a gestão e financiamento da educação, bem como as diretrizes e metas para cada modalidade de ensino e para a formação e valorização dos seus profissionais. Mas, no PNE/2001 também se destaca que, apesar do estabelecimento de tais metas e diretrizes no território nacional, podem ser necessários ajustamentos conforme a realidade local das instituições públicas de ensino, com a adequação do plano nacional segundo as necessidades impostas nos níveis estadual e municipal.

A educação no Brasil compõe-se de duas categorias: a básica e a superior. Esta, semelhantemente à primeira, pode ser desempenhada tanto em instituições públicas como privadas, abrangendo cursos e programas sequenciais, de graduação, de pós-graduação e de extensão, com a composição pluridisciplinar do seu quadro de profissionais (LDB/1996). Quanto à educação básica, ela se faz integrada por educação infantil, ensino fundamental e médio. Cury (2002) traz esclarecimentos acerca da etimologia do termo “base”, o que de

acordo com ele significa “suporte”, “pedestal” ou “fundação”. Considerando estes significados, o autor afirma que a educação infantil seria o primeiro estágio da educação básica, o ensino fundamental o tronco e o ensino médio o acabamento.

A educação infantil vem ganhando relevância social e no PNE/2001 são apresentadas algumas justificativas, que podem ser: a necessidade de ter um lugar onde deixar os filhos enquanto os pais trabalham e o reconhecimento da importância da educação, já nos anos iniciais de vida, como elemento potencializador do desenvolvimento humano. Diante disso, reconhece-se que a forma como se dá a organização social na qual os pais se encontram, o comprometimento destes com as suas vidas profissionais e o atual estágio de desenvolvimento da ciência – o qual aponta para a importância da inserção da criança em ambientes que sejam favorecedores do seu desenvolvimento – fazem com que a educação infantil ganhe um relevo especial. Embora a criança não tenha a obrigatoriedade de frequentar a educação infantil, no PNE/2001 encontra-se o entendimento de que o seu acesso deve ser garantido àquela família que desejar ou necessitar.

Em se tratando de desenvolvimento humano, o papel da educação infantil seria o de propiciar o desenvolvimento da criança de caráter integral, o qual envolveria as dimensões física, psicológica, intelectual e social. Além disso, este papel é de caráter complementar ao da família e da comunidade. Para tanto, a estruturação da educação infantil se encontra disposta em dois níveis: as creches, responsáveis por crianças até três anos de idade e as pré-escolas, responsáveis, a princípio, pela faixa etária de quatro a seis anos (LDB/1996).

Sobre a faixa etária compreendida pelas pré-escolas, alguns debates foram se desenrolando no decorrer dos anos. No PNE/2001 já se trazia entre as metas do ensino fundamental a ampliação de sua duração para nove anos, ou seja, compreendendo alunos desde os seis anos ao invés de se iniciar aos sete anos de idade. Mas, essa proposta de ampliação da duração do ensino fundamental é colocada de forma paralela à preocupação de universalizá-lo entre as idades de sete e quatorze anos. Essa determinação da obrigatoriedade do ensino fundamental de nove anos fica estabelecida, a nível nacional, no ano de 2006 (Lei 11.274, 2006).

Dentro deste percurso de ampliação do ensino fundamental para nove anos, segundo L. L. C. P. Santos e Vieira (2006), Minas Gerais deu início, em 2003, ao cadastramento de crianças de seis anos para cursarem o ensino fundamental no ano de 2004. Em suas argumentações, as autoras demonstram que este fato não representa simplesmente uma antecipação, mas antes de tudo uma ampliação da obrigatoriedade junto a uma necessidade de reforma pedagógica. Entre as razões da escola de nove anos

apresentadas pelas autoras, estão: questões de ordem demográfica (queda na taxa de fecundidade que leva a uma menor quantidade de alunos no ensino fundamental) e política (a medida resultaria em uma boa aceitação pelas famílias, principalmente pelas famílias pobres com crianças pequenas). No PNE/2001 se encontra o pressuposto de que essa medida leva a maiores oportunidades de aprendizagem e, provavelmente, a maiores níveis de escolaridade com a inserção mais precoce no ensino obrigatório, ou seja, entrando mais cedo na escola há maiores chances de que as crianças prossigam nos estudos (MEC, 2004).

Quanto ao ensino fundamental, de caráter obrigatório, na LDB/1996 constam os seus quatro objetivos, entre eles: *a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamenta a sociedade; e, o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social* (p. 12).

Finalmente, o ensino médio que tem duração de três anos e que deve compreender a faixa etária de 15 a 17 anos, também envolve quatro objetivos que estão elencados na LDB/1996, quais sejam:

consolidação e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental, possibilitando o prosseguimento de estudos; e a preparação básica para o trabalho e a cidadania do educando, para continuar aprendendo, de modo a ser capaz de se adaptar com flexibilidade a novas condições de ocupação ou aperfeiçoamento posteriores (p. 13).

De forma geral, pode-se sintetizar que a finalidade da educação básica, diante do que está disposto na LDB/1996, seria a de desenvolver o educando, assegurando-lhe tanto a formação que se faz necessária para o seu exercício da cidadania quanto os meios para a sua progressão no trabalho e nos estudos futuros. Cury (2002) acredita que a educação básica se mostra como um novo conceito no Brasil, pois permitiu materializar na legislação educacional o esforço de educadores frente ao reconhecimento da importância da educação escolar, em contraposição à prática elitista e focalizadora no que tange ao acesso da população ao conhecimento e que imperou no Brasil por um longo período.

Ao tratar especificamente sobre o ensino fundamental, Mello (2000) fala sobre os investimentos feitos no país nas décadas de 1980 e 1990 para a elevação da sua qualidade, mas também não deixa de citar a preocupação dos anos mais recentes quanto à ampliação do ensino médio. Apesar destes aspectos levantados por Mello (2000), Cury (2005) entende que a educação brasileira ainda é excludente e considera que,

dada a importância crescente que a educação infantil ocupa nesse ciclo da vida para a vida da criança e para outras etapas da educação escolar, é inconcebível que apenas perto de 30% do contingente total de crianças dessa faixa etária esteja na escola. E essa ausência atinge mais profundamente as crianças das classes populares, especialmente as de ascendência negra. Se a educação infantil é a etapa “básica” da educação básica, se ela é direito, então o Estado ainda não chegou até onde deveria para corresponder ao “dever do Estado” (p. 20).

Constatações como estas que apontam para os limites que ainda pairam no oferecimento da educação, precisam ser objeto de reflexão, mesmo porque, como Santo e Bastos (2007) apontam, a escola deve ser entendida como parte fundamental na vivência da cidadania. De acordo com estes autores, ser cidadão é dispor de acesso à saúde, alimentação, moradia, educação, entre outros direitos sociais, civis e políticos. No projeto de lei que aprova o plano nacional de educação para o decênio 2011-2020 consta, por exemplo, entre as metas, a universalização do ensino fundamental de nove anos e algumas estratégias estabelecidas para isto, como o acompanhamento e monitoramento de alunos beneficiários de programas de transferência de renda. Neste caso, pode-se citar aqueles provenientes do PBF e a parceria com os setores da assistência social e saúde para a realização de busca ativa de crianças que ainda estejam fora da escola.

Em se tratando de fazer valer os direitos sociais, entre eles o acesso à educação, Morgado (2008) entende que o professor da educação básica se torna um dos principais atores na defesa destes direitos, pois dispõe de um contato privilegiado com crianças e adolescentes, o que permite que ele conheça suas demandas, detecte situações de violação de direitos e acione a rede de serviços que deverá tomar as devidas iniciativas. Este é um exemplo do que a autora se refere quanto à articulação da escola com entidades municipais, sendo esta instituição um equipamento fundamental na rede de proteção social.

Portanto, pensar em direito à educação é algo muito mais amplo do que o acesso por si só, pois se entende que o acesso [...] *sem a garantia de permanência e de apropriação e produção do conhecimento pelo aluno, não significa, necessariamente, o usufruto do direito à educação e à inclusão* (MEC, 2004, p. 11). Pode-se deduzir que as questões relativas à permanência e a construção/apropriação do conhecimento pelo aluno dependem também de elementos para além dos muros das escolas, o que reforça a necessidade de diálogos entre as diferentes instituições para que, de fato, este direito à educação possa se fazer valer, tendo em vista o aluno e as suas condições de vida (por exemplo: moradia, alimentação e saúde).

5 - A CENTRALIDADE DO TERRITÓRIO E DAS FAMÍLIAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

5.1 – O território: implicações na assistência social, saúde e educação

Para a compreensão da noção de território, é preciso considerar a interrelação que ele guarda com o homem, por isso pensar em uma dessas noções remete diretamente à outra, já que estão intimamente articuladas. Neste sentido, Haesbaert e Limonad (2007) trazem considerações acerca dessa relação entre o homem e o território, esclarecendo que um nasce com o outro, de modo que na interação entre eles há um afetamento de ambas as partes; é tanto o homem que constrói o território quanto o território que o constrói. Além do próprio indivíduo, Haesbaert (2011) também vincula a comunidade e o grupo à dimensão do território.

Para M. Santos (1999), dizer de território não é falar de algo em si, levando em consideração apenas seu aspecto físico, mas do ‘território usado’. Esse ‘território usado’ é explicado pelo autor como sendo aquele onde se tem a mescla do chão com a identidade, que aqui é mencionada como um sentimento de pertença ao território apropriado pelo indivíduo, ou seja, a identidade remete a um processo de pertença e apropriação ao mesmo tempo. O território é designado como ‘usado’ na medida em que serve de cenário para as práticas sociais como, por exemplo, o trabalho, a morada e as experiências espirituais. De uma forma geral, é palco para a vida acontecer.

Albagli (2004) traz uma referência quanto a origem do termo território, o qual está associado ao latim e expressa justamente a noção de *pedaço de terra apropriado* (p. 26). Em conformidade com o que foi dito anteriormente sobre as proposições de M. Santos (1999), a autora também aponta para o fato de que o território não se esgota naquilo que é físico ou concreto e, além disso, aponta para sua determinação histórica. Ela permite compreender que, além do território ser constituído por múltiplas dimensões, ele também se consolida a partir de diferentes contextos, como: casa, trabalho, escola, bairro, cidade, entre outros. É a partir dessa diversidade que os territórios ganham a possibilidade de serem lidos por diferentes campos disciplinares, sendo que os dispositivos que organizam esses contextos e circunscrevem as práticas humanas são igualmente diferenciados.

Apesar dessa flexibilidade que o conceito de território apresenta, no sentido de poder ser trabalhado a partir de diferentes perspectivas, Haesbaert (2011) apresenta que

não é muito comum encontrar trabalhos neste campo que partam de uma concepção territorial integrada, de tal forma que ainda se podem ver considerações unidimensionais a seu respeito. Proposições que dão conta da diversidade beneficiam os estudos que tentam dar conta da pluralidade da noção de território ou dessas múltiplas dimensões referidas no parágrafo anterior. Portanto, há uma contramão entre a natureza do termo e a dos seus estudos, observando-se a *precariedade do diálogo interdisciplinar* (p. 37).

Além dessa particularidade do termo território, no que tange a sua pluralidade, Albagli (2004) traz mais uma discussão interessante: a de territorialidade. No percurso de se pensar a territorialidade, a autora faz um resgate da etologia, a qual, segundo Haesbaert, foi pioneira em proposições a respeito da territorialidade. Para Albagli (2004), a etologia, enquanto campo que se dedica ao estudo do comportamento animal, conduziu à ampliação das possibilidades de pensar a territorialidade ao fazer sua transposição para o estudo de animais em situações naturais, em contraposição aos estudos com humanos em situações de isolamento laboratorial. Com isso, foi possível chegar à constatação de um território que para esses animais compreende um sentido de local de sobrevivência e reprodução, configurado por aspectos físicos (exemplo: vegetação) e interacionais, já que se tem num mesmo território um conjunto de animais.

Nesses estudos conduzidos pela etologia, Albagli (2004) se refere à constatação de uma territorialidade que pode ser expressa em termos de condutas que visam a dominação e o controle de um dado território. Assim, a etologia se refere a uma territorialidade enquanto dominação de um território por um animal em detrimento de outros que podem ser até da mesma espécie.

Contudo, Albagli (2004) traz algumas ressalvas quanto a possibilidade de transpor o entendimento de territorialidade trabalhado pela etologia para o campo do humano, indicando assim a existência de um movimento que evita fazer *transposições diretas entre animalidade e humanidade* (p. 28). Em síntese, a autora permite verificar que, quando se fala da territorialidade humana, está se falando também de pertencimento, mas, além disso, de relações entre os homens e seu território, normas, valores, identidade e processos de socialização. A noção de territorialidade é definida por ela como dinâmica, já que não está presa a um pedaço de chão e, no momento em que o homem se desloca para outros territórios, novas apropriações e produções podem ser construídas.

Mesmo com todos esses esclarecimentos, a proposta de tentar definir território não deixa de ser algo desafiador, mesmo porque, como bem afirma Haesbaert (2011), esta noção, assim como a de territorialidade, implica em considerar a sua polissemia e a sua

possibilidade de abordagem por diferentes campos disciplinares. Desta forma, cada uma dessas vertentes pode pensar o conceito de território a partir de diferentes ênfases, como ilustrado pelo autor:

enquanto o geógrafo tende a enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões [...]; a Ciência Política enfatiza sua construção a partir de relações de poder [...]; a Economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases da produção [...]; e a Psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal [...] (p. 37).

No entanto, a compreensão do que vem a ser o território implica também em considerar outro desafio: a sua distinção da noção de espaço. O território, segundo Haesbaert e Limonad (2007), envolve um mecanismo de domínio desse espaço. É preciso destacar que o conceito de espaço, conforme afirmam os autores, ainda remete a uma noção mais ampla do que a de território. Essa confusão é esclarecida por Eduardo (2006), que afirma que a distorção da compreensão dos dois termos está no entendimento de que o território se constitui mediante a apropriação do espaço. Embora esse entendimento seja verdadeiro, eles não são sinônimos. Ele reafirma que espaço é anterior ao território. O espaço é o ponto de partida para a determinação do território, ou seja, *o território é uma produção a partir do espaço. Cristaliza-se através da apropriação social do espaço (econômica, política e culturalmente) por atores que realizam determinadas atividades sociais [...]* (Eduardo, 2006, p.178).

O espaço, segundo Fernandes (2005), é multidimensional e, em função disso, quaisquer considerações a seu respeito requerem uma análise que compreenda essas várias dimensões. O espaço agrega tanto aspectos da ordem da natureza quanto de ordem social, envolvendo dessa forma as relações sociais. É a partir dessas interações entre as pessoas e daquelas que se constroem com a natureza que mudanças são engendradas no espaço e, com isso, tem-se a origem do território. O autor explicita que, associado ao território, está o poder, de modo que o território nada mais é do que esse espaço que se faz apropriado a partir das relações sociais. Isso significa que o território é uma porção ou fragmento do espaço que se consolida com as relações sociais e com o poder presente nelas.

Conforme Fernandes (2005), o território é espaço (embora o contrário nem sempre seja verdadeiro, pois para um espaço ser território pressupõe-se a existência de um processo de apropriação) e se fixa sobre este, sendo possível existir vários territórios dentro de um mesmo espaço. Então, a partir de uma mesma porção espacial, recortes são

estabelecidos e se originam os diferentes territórios. Significa que num mesmo espaço pode haver a coexistência de diferentes formas de apropriação, de relações de poder, de práticas sociais, de normas e de valores etc. Portanto, os territórios podem viver lado a lado, cada um com seu estilo ou forma própria, partindo de um mesmo substrato espacial. Como consequência, o espaço pode integrar um misto de territórios, uma pluralidade de contextos sociais – o que também é apontado por Haesbaert (2011) ao se referir à multiterritorialidade, ou seja, a coexistência de territórios lado a lado.

A distinção entre espaço e território pode, em alguns momentos, parecer complicada, porque, embora distintas, são, ao mesmo tempo, noções muito articuladas entre si. Neste sentido, as proposições de Fernandes (2005) e de E. I. Silva (1991) surgem como importantes possibilidades de esclarecimento. O primeiro autor propõe que o espaço é um *a priori* e o território um *a posteriori*. Para a segunda, o espaço geográfico, que também pode ser tratado como espaço social ou humano, deriva da relação que o homem constrói tanto com a natureza quanto com seus semelhantes a partir de seu trabalho, com vistas à sobrevivência. Através desse trabalho é que o homem intervém sobre a natureza de modo a modificá-la e, com isso, suprir suas necessidades, mas nesse processo ela esclarece que não é apenas o espaço que se modifica como também o próprio homem. Então, aqui se tem o processo já referido anteriormente por Fernandes (2005) que servirá de ponto de partida para a construção dos territórios.

Para Fernandes (2005), o espaço envolve um momento inicial que é a sua criação pela natureza, seguido do momento em que se dão as transformações empreendidas pela ação humana através das relações sociais. Assim, pela ação humana ou pelo trabalho, a natureza que inicialmente compunha exclusivamente o espaço passa a ganhar cada vez mais acréscimos que, conforme M. Santos (2006), podem ser hidrelétricas, portos, fábricas ou estradas, entre outros. Então, neste estudo, pode-se pensar no CRAS, na escola e na ESF como outros exemplos de acréscimos.

M. Santos (2006) permite vislumbrar que, ao mesmo tempo em que os objetos artificiais mudam a configuração inicial do espaço, também servem como determinantes das ações humanas e estas, por sua vez, trazem implicações sobre os objetos. Ou seja, os objetos que o homem produz repercutem sobre sua própria vida e a sua vida, de certa forma, também traz seus determinantes sobre aquilo que se produz. Por isso, essas reflexões não apenas contemplam uma natureza perpassada pela intervenção humana como também e, principalmente, permitem destacar as repercussões que essa intervenção impõe

sobre os arranjos espaciais em que a natureza tende a se retrair e o humano ou o artificial a se ampliar.

O que se percebe é que o homem, por meio de seu trabalho e de suas práticas sociais, age continuamente sobre o espaço e sobre a sua composição natural de modo que se possa responder às suas demandas que, conforme colocado por E. I. Silva (1991), são demandas ou necessidades que também dizem da sobrevivência. Com essas ações e com os produtos que derivam delas, a natureza e o espaço são modificados e o homem avança em sua capacidade de controle e de dominação sobre tudo isso. Nessa combinação de relações sociais, mudanças do espaço pelo trabalho humano (tornando-o assim menos hostil) e, conseqüentemente, a dominação desse espaço, tem-se o contexto para o surgimento do território como derivado do espaço, que não apenas pode ser chamado de geográfico, mas também de humano e social, como mostrado pela autora.

Para P. C. C. Gomes (1997), o território diz de um arranjo espacial, o qual serve de referência para a leitura e compreensão das práticas sociais. É essa delimitação espacial que o autor entende como condição para que as práticas possam existir e serem interpretadas. Por isso, pode-se entender que o território se caracteriza como solo - não no sentido meramente físico e geográfico - para que as pessoas construam suas vivências e suas relações. Quanto a isso, ele discute a importância do território na vivência humana, pois falar do homem é falar de pertencimento a um dado território.

Coerentemente com essa afirmação, como já mencionado no início deste capítulo, Haesbaert (2011) pensa o território a partir do seu *status* de algo que é inerente à condição humana, afirmando que a ideia de seu fim trata-se de um mito. Isso porque, o homem, e a sociedade como um todo, não vive sem o território, ao contrário, este passa por um processo de transformação e não de extinção. Aliás, em seu livro *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*, o autor argumenta que *cada de um nós necessita, como um “recurso básico”, territorializar-se* (p. 17).

E diante dessa relevância que o território representa na vida humana, não se pode deixar considerá-lo dentro do âmbito das políticas públicas. Para Haesbaert (2005), ao se desejar construir uma nova sociedade, de modo que se contemple a igualdade sem desconsiderar as diferenças humanas, é crucial a consciência da existência de múltiplos territórios. Isso quer dizer que para que as ações políticas sejam capazes de produzir transformações sociais com o propósito de se garantir melhores condições de vida, o território tem que ser tomado dentro das múltiplas formas de existência. O que se espera é que territórios diferentes demandem ações estratégicas igualmente diferentes e, por isso,

pode-se inferir que uma política que desconsidera as especificidades dos arranjos e das práticas de cada território dificilmente será capaz de concretizar seus propósitos. Mesmo porque uma intervenção que é válida para um dado território pode não ser para os demais que coexistem em uma sociedade.

No caso do Brasil, as políticas públicas de saúde são organizadas a partir do reconhecimento da existência de diferentes territórios dentro de um mesmo município. Um exemplo disso seria pensar em cada bairro ou setor da cidade como um território diferente. Ou, então, pode-se envolver mais de um município para definir um mesmo território, de modo que estes compartilhem entre si de uma identidade e estejam integrados socialmente. Diante das delimitações territoriais é que no campo da saúde consegue-se determinar as estratégias de atenção com a identificação, por exemplo, das áreas de abrangências das unidades básicas de saúde e de suas equipes de ESF. Por isso, a abrangência não se dá apenas por bairros, mas por territórios que envolvem vários bairros ou setores (MS, 2009). Ao tomar o território como base para a efetivação das ações de saúde, esse é conceituado como algo que é [...] *vivo, geograficamente delimitado e ocupado por uma população específica, contextualizada em razão de identidades comuns, sejam elas culturais, sociais ou outras* (MS, 2009, p. 372).

Por meio da publicação *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS*, de 2009, também é expressa a visão acerca do território no âmbito do MDS. Em conformidade com as discussões anteriores, aqui se afirma que o território extrapola a delimitação espacial, dizendo de algo que é humano e habitado. Assim, entende-se o território como uma localidade que diz das pessoas que vivem nela, das suas relações, da solidariedade, cumplicidade, pertença e identidade.

Por outro lado, o território pode ser marcado por desigualdades sociais e é dentro dele que se têm as possibilidades de superar tais desigualdades, além daquelas situações de vulnerabilidade e de riscos sociais. Em função disso, a centralidade no território permite construir uma gestão voltada para a superação das iniquidades, o que implica em favorecer o acesso universal e adequado aos serviços públicos. É preciso perceber que, mesmo que o território esteja relacionado à solidariedade e à afetividade entre aqueles que o habitam, ele também pode ser cenário para disputas e contradições.

De forma correlata é o que se identifica na família, cuja centralidade no campo das políticas públicas será abordada na seção seguinte. Assim como no território há uma mescla entre conflitos e possibilidades, no grupo familiar, de acordo com as proposições de Vasconcelos (1999), com base em Chauí (1986), tem-se não só conflitos como o prazer e,

ao mesmo tempo em que ele pode ser conservador, é fonte de projetos para o futuro. Embora se encontre em situações de vulnerabilidade e de fragilidade, é na família que se pode encontrar o caminho para a superação de tais problemas. Trata-se, portanto, de percebê-la não apenas segundo as suas limitações, mas de vislumbrar as suas potencialidades, aliando-se a isso a perspectiva da territorialização.

Quando se diz do território como chão para as práticas sociais e para o modo como a vida se desenrola, está por detrás disso uma questão importante, que serve de ponto de partida para a efetivação das ações do CRAS. A questão é que as características do território, os tipos de práticas e relacionamentos vividos pela sua população estão relacionados entre si (MDS, 2009), pois *as práticas sociais são moldadas na relação com seu meio de referência, adquirindo contornos particulares em áreas geográficas específicas* [...] (Albagli, 2004, p. 29).

Com isso, pode-se entender o motivo das intervenções políticas terem a necessidade de se focarem nos seus territórios de ação, pois cada território – dentro de sua especificidade – irá demandar ações específicas, tendo em vista a particularidade das suas produções sociais. A partir dessa centralidade que o território assume no atendimento das demandas sociais é que surge a noção de territorialização.

Pereira e Barcellos (2006) ao considerarem a territorialização na ESF, demonstram que isso não implica apenas na determinação das suas áreas de atuação e concentração de seus serviços, como também no reconhecimento do ambiente, da sua população-alvo e da dinâmica social da sua área de atuação. A centralidade no território é coerente com o esforço de construir relações com os demais setores presentes na área de abrangência da ESF. Pode-se dizer que o êxito das ações em saúde, de acordo com esses autores, depende da capacidade de perceber quais as demais forças que são atuantes em um dado território. Com isso, conhecer o território implica em conhecer, além de seus habitantes, quais são as demais instituições que o compõe além do campo da saúde propriamente. Nesse processo pode-se recorrer às demais esferas em prol da consolidação de parcerias que contribuam para a transformação daquela realidade local.

A identificação de forças potenciais presentes no território de abrangência da ESF, é crucial para a construção da intersetorialidade e da integralidade. Por isso, pode-se dizer que o conhecimento do território deve se fazer orientado para o levantamento das demais instituições e serviços que possam se articular com as ações do campo da saúde. A preocupação é de realizar uma cartografia dos diferentes âmbitos ou contextos que compõem o território. A partir daí, a ESF, por exemplo, poderá planejar suas ações tendo

em vista os serviços já existentes, com os quais deverá trabalhar sinergicamente, como também aqueles inexistentes e que são relevantes para a atenção em saúde.

Mas, como fica o debate sobre o território e suas implicações dentro do campo da educação? Pode-se dizer que as argumentações de Paulo Freire permitiam algumas reflexões acerca da importância de se pensar e olhar para o território que permeia a prática pedagógica. Ao se indagar sobre o que o educador deve transmitir ao educando, ou seja, sobre o que deve ser o conteúdo programático, Freire (1982) aponta para algumas questões importantes que devem ser refletidas. De acordo com ele, há uma imposição de cima para baixo sobre o que cabe ao professor trabalhar com seu aluno, não se atentando para uma questão que, no seu entender, é crucial e que deve ser feita constantemente: *conhecer o quê?* (Freire, 1982, p. 95).

Para Paulo Freire (1982), a definição do conteúdo programático se dá [...] *como se alguém dissesse: o que é válido para São Paulo, para Belo Horizonte, pro Rio, pro Centro-Sul, enfim, é válido para o Piauí, para Pernambuco, para Alagoas. E nem sempre é válido* (Freire, 1982, p. 95). O que o autor se esforça em defender é uma prática que, pautada no questionamento sobre o que conhecer, possa romper com essa lógica que impõe um mesmo conteúdo para qualquer parte do país, independente da realidade local e das vivências onde o processo educativo se estabelece. Logo, pode-se afirmar que o sucesso da educação implica no diagnóstico e investigação do território e de sua população.

Há outra passagem no trabalho de Paulo Freire (1982) que também permite fazer articulações com a noção de território: [...] *quando vou à noite me encontrar com as chamadas populações periféricas, eu as trato de cima pra baixo, com um discurso que eu repito e que não tem nada a ver com a dura existência e com a maneira como a população favelada inclusive vive* (p. 98).

Com base no que propõe Paulo Freire (1982), a escola deve proceder a uma leitura do território que ela abrange para saber o que é relevante para aquela realidade e para seus habitantes. Esse entendimento se encontra materializado e pode ser devidamente explorado a partir das contribuições deixadas pelo teórico na metodologia do Círculo de Cultura¹⁸.

Portanto, o trabalho de Paulo Freire (1982; 2005) demonstra que é preciso questionar: o que aquele território espera da escola, quais conhecimentos devem ser

¹⁸ Nesta metodologia [...] *trabalha-se com relações humanas de colaboração, co-responsabilidade e solidariedade. Uma estrutura de trabalho fundada nessas regras de relações opõe-se a uma estrutura cujas relações são regidas pelas regras de exploração, dominação e opressão. Superam-se e evitam-se as relações de 'ensinamento', que fazem com que no grupo um fale e os outros ouçam submissamente. No Círculo de Cultura todos aprendem e ensinam. Esta metodologia exige respeito e re-conhecimento da contribuição do outro e dialogicidade* (MEC, 2006, p. 39).

passados? Sem essas ressalvas, a educação se faz desconectada de seu território e, provavelmente, pouco poderá ser útil para a sua população ao funcionar pautada naquela lógica da imposição de cima para baixo. Por isso, o que o autor suscita é que a prática deve ser coerente com a realidade em que ela existe, ou seja, com o território. Por isso, *tratar de uma escola primária que se ajuste ao Brasil, implica pensar antes nos brasis vários em que nos dividimos* (Freire, 2005, p. 103).

No décimo capítulo, referente aos resultados, essa discussão poderá ganhar mais clareza, quando se apresentará o que trabalho de campo indicou sobre o modo com que a dinâmica territorial perpassa as práticas e os cotidianos dos três serviços estudados: a ESF, o CRAS e a escola.

5.2 – As Famílias: suas diversidades e seus novos papéis

De acordo com M. A. Gomes e Pereira (2005), a família também sofre mudanças em sua estrutura ao passo que a sociedade se modifica, sobretudo, em seu arranjo econômico. Diante desta constatação, as autoras se referem ao fato de não se poder mais falar em um modelo de família, mas de famílias. Assim, na medida em que a sociedade vai se reestruturando, os arranjos familiares também vão redesenhando seus contornos com a possibilidade de coexistência de diferentes arranjos¹⁹.

Sobre essas mudanças na sociedade e seus impactos na família, Goldani (2002) também traz importantes considerações. Para a autora, o trabalho e a família correspondem a dois elementos norteadores da vida humana. Neste sentido, se antes o trabalho poderia ser tratado como algo independente da família, hoje já não pode mais. O fato é que a família se vê diante de mudanças inevitáveis frente ao remanejamento de papéis de seus próprios membros. A autora pontua a saída da mulher para trabalhar fora de casa e, conseqüentemente, as mudanças de responsabilidades e de papéis que derivam disso. Ou seja, junto com a nova lógica de mercado em que a mulher também representa uma importante força de trabalho e das necessidades de reforçar o sustento da família, de forma

¹⁹ Dentro desse debate, pode-se citar as pesquisas de iniciação científica realizadas por Jonathan Marques Oliveira e Rafaela Ferreira Marques, graduandos em Psicologia da UFSJ. A primeira denomina-se “As definições de família nas produções acadêmicas de profissionais da atenção primária de saúde no Brasil” e, a segunda, “As definições de família nas políticas públicas de saúde no Brasil”. Ambas tiveram início em 2013, com o financiamento da FAPEMIG e a orientação do professor Walter Melo Júnior.

que o orçamento do homem não é mais a única fonte de renda, vê-se o surgimento de novas configurações familiares em que o lugar de cada membro não é mais o mesmo.

Logo, Goldani (2002) demonstra que não se sustenta a hipótese de um modelo ideal de família, o qual

[...] seria o de uma família formada por um casal heterossexual, legalmente casado, com dois filhos (um de cada sexo) e todos vivendo em casa própria, onde o marido seria o principal provedor e a mulher a dona de casa, ou que trabalha tempo parcial. Neste modelo, o trabalho infantil não existe ou não deve existir, ainda que se saiba que este segue sendo essencial, economicamente, para muitas famílias (Goldani, 2002, p. 34).

Neste sentido, embora M. A. Gomes e Pereira (2005) apresentem uma maneira tradicional de se pensar a família, elas também consideram a diversidade de sentidos que este termo pode comportar. Tradicionalmente, como colocam as autoras, pensar em família remete a um grupo de pessoas ligadas pelo parentesco sanguíneo e que convivem numa mesma casa ou, ainda, como bem colocam, pode-se também pensar a família sob o prisma da emoção ou do afeto, de forma que se pode dizer de um grupo de pessoas que convivem em seu cotidiano e que se encontram entrelaçadas por questões emocionais. Fundindo essas duas argumentações, pode-se definir a família enquanto um grupo em que as duas dimensões podem estar presentes: a consanguinidade e a afetividade (amor, carinho, solidariedade, cumplicidade etc.). Mas, apesar desta forma de representar a família ser tradicional em algumas sociedades, as autoras ressaltam que isso não necessariamente é universal, variando conforme o contexto em questão.

A família diz de laços sanguíneos, afetivos e de solidariedade. Mas, além disso, pressupõe-se que este grupo envolve certas obrigações entre seus membros e o compartilhamento/dependência financeira. As ações no campo do MDS têm como subsídio o entendimento da família enquanto núcleo social básico de acolhida e de convívio. Mas, embora a noção de família possa estar vinculada à dimensão afetiva, ela também pode ser pensada como um espaço de contradições e conflitos. Afinal, a família também pode corresponder a um grupo em que tensões, disputas e até mesmo a violência se fazem presentes. Também se considera a necessidade de romper com a ideia da existência de um modelo padrão ou hegemônico de família, pois se encontra num processo constante de redefinição, construção e transformação, dando origem a diferentes modelos (MDS, 2009).

E junto com a diversificação dos modelos familiares, vieram também os novos papéis assumidos por estas famílias perante o Estado. Num processo em que este se vê em

dificuldade para garantir sozinho o acesso aos direitos sociais é que a família entra em cena com sua cota de responsabilidade. Ou seja, nas lacunas deixadas pelo Estado, ela vai assumindo uma posição de maior destaque ao se fazer responsabilizada, tornando-se foco das políticas e programas sociais (Goldani, 2002).

Entre as razões das políticas e programas sociais se concentrarem sobre as famílias, de acordo com Goldani (2002), está o peso social que a família representa, pois ela é vista como uma instituição que atua no processo de formação de condutas e atitudes dos indivíduos. Neste sentido, sendo a família uma instituição de referência é interessante que ela se torne o centro das atenções e parceira do Estado. No caso do Brasil, Ribeiro (2004) cita a década de 1980 como um marco neste movimento de ênfase na família. Essa centralidade, como ela exemplifica, pode ser percebida de diferentes formas, como no caso da institucionalização das Associações de Pais e Mestres no contexto da educação básica. Nos campos da saúde e da assistência social essa centralidade tem máxima expressão na criação da ESF e do CRAS, sendo este denominado a Casa das Famílias.

A centralidade da família na assistência social é designada pelo termo ‘matricialidade sociofamiliar’, o que representa o entendimento de que, sendo a família o núcleo social básico, é necessário que as ações e serviços da assistência social tomem a família como referência, como centro de atenção para que possam ser efetivos. Outra justificativa apresentada é o reconhecimento de que o Estado possui responsabilidades no oferecimento da proteção às famílias. Então, centralizar-se nas famílias é uma tentativa de cumprir com essas responsabilidades (MDS, 2009). Mas, há que se considerar ainda que

outro elemento determinante para o desenvolvimento de serviços destinados às famílias é o reconhecimento que elas têm de suas características, identidades culturais, interesses, necessidades e potencialidades distintas e que sua composição pode apontar demandas específicas: famílias com crianças pequenas demandam atenções diferenciadas daquelas destinadas às famílias com pessoas com deficiência etc. (MDS, 2009, p. 12) .

Campos e Garcia (2007) fazem uma leitura desta situação da centralidade familiar, destacando que, nesta conjuntura que se delineou desde a Constituição de 1988, reforçada pela criação de leis como a LOAS e lei 8080/90, a família estabelece-se enquanto um ator político. Isso significa que a família é requerida para participar da gestão pública, sendo partícipe das ações construídas em campos como o da assistência social, saúde e educação. Com isso, a família é reconhecida tanto como portadora de direitos como de deveres. Assim, percebe-se que o reconhecimento da família como núcleo social importante na

gestão pública implica, simultaneamente, em lhe atribuir certas obrigações em prol do zelo de condições de vida que favoreçam, por exemplo, a saúde de seus membros²⁰.

Por isso as obrigações de um cidadão não mais se restringem à esfera pública (tais como, votar, pagar seus impostos ou respeitar as leis de trânsito). Passa a haver obrigações postas pela nova ordem pública, que devem ser cumpridas na esfera privada. Por exemplo, os pais ou os responsáveis por uma criança não podem decidir que ela não será matriculada na escola, porque matricular as crianças na escola e zelar por sua frequência e aprendizagem é uma obrigação de todo cidadão a ser cumprida na esfera privada (Moreira, Bedran & Carellos, 2011, p. 165).

Moreira *et al.* (2011) constatam é que a família se depara com uma dupla missão: lutar por seus direitos e responsabilizar-se pelas suas condições. Portanto, se a família vive em condições de precariedade, cabe aos seus responsáveis reivindicar por melhores condições de vida. Mas, se não o fazem poderão ser considerados como negligentes.

Além dessas considerações, Moreira *et al.* (2011) também chamam a atenção para a figura da mulher nas famílias. Para as autoras, a centralidade na família corresponde à centralidade na figura feminina, que muitas das vezes corresponde à mãe. Isso porque ainda prevalece a noção de que o cuidado para com os membros que requerem atenção é uma atribuição da mulher. Portanto, pode-se dizer que a figura feminina é a principal referência nas instituições de saúde, assistência social e educação.

O que se pode vislumbrar é que as famílias, conforme afirmam Moreira *et al.* (2011), se encontram num processo de constante reinvenção e isso coloca uma questão para os profissionais dos setores aqui tratados: *como vai e para onde vai a família?* (p. 164). Ou seja, não dá para pensar em ações e programas que tenham a família como foco sem que se reflita sobre o que é essa família, ou melhor, essas famílias. Entende-se, com base nas discussões, que não dá para atender às demandas familiares sem que se compreenda primeiro seus contextos específicos. E, como se pode perceber, ela se encontra numa via de mão dupla: entre direitos e deveres.

²⁰ Este é o caso das condicionalidades do PBF, as quais devem ser cumpridas pelas famílias para que haja o recebimento do benefício. Através disso, visa-se garantir o acesso delas aos direitos relativos à saúde, educação e assistência social.

6 - DAS PRÁTICAS FRAGMENTADAS PARA UM NOVO MODELO DE AÇÃO: A INTERSETORIALIDADE

6.1 – A Constituição de 1988 e suas implicações na gestão pública

Considerando a problemática da desigualdade social no Brasil e seu enfrentamento, Theodoro e Delgado (2003) abordam a inovação trazida com a Constituição de 1988, que no resgate da cidadania, permite tratar da política social enquanto instrumento de promoção da inclusão social. Segundo os autores, a Constituição traz consigo o marco de uma política de cunho universalista, com ampliação dos direitos sociais para outros grupos – as camadas pobres da população – até então não priorizados.

Ciconello (2008) esclarece que, apesar de a ditadura militar ter representado um período de restrição tanto no que tange a liberdade de expressão quanto a vinculação de grupos políticos ou sociais que questionassem esse modelo político, ainda permaneceram existentes alguns espaços de debates. Segundo ele, esses grupos envolveram, por exemplo, religiosos, militantes e intelectuais, e tinham como propósito promover a transformação social e a emancipação. Dagnino (2004) aponta para o fato de que a Constituição se consolidou através de forças como essas que defendiam uma proposta de democratização e participação social que, segundo ele, tiveram como pano de fundo o enfrentamento do regime militar a partir de importantes movimentos sociais. Entre estes movimentos, pode-se citar o da Reforma Sanitária. Mas, o autor anterior também situa dentro desse período outros movimentos importantes, como o surgimento das primeiras organizações não-governamentais que giravam em torno da defesa de direitos humanos.

Draibe (2000) faz alguns apontamentos relativos ao campo da assistência social mencionando suas características nos períodos anteriores à década de 1980. A autora se refere a um

conjunto descoordenado de programas, marcados pela forte centralização no governo federal, pelo caráter fragmentado e descontínuo das ações; pela grande ineficácia, em termos dos seus resultados e impactos junto aos grupos necessitados e, mais que tudo, pelo acentuado grau de clientelismo com que eram operados (Draibe, 2000, p. 37).

É diante da constatação de tais problemas e na busca por novos modelos de gestão, que se pode começar a delinear as alterações que Abrucio (2007) se refere quanto à

estrutura estatal, viabilizadas, sobretudo, ao final da década de 1980 com a Nova Constituição. Ele afirma que o processo de reforma política no Brasil sucedeu-se à crise do regime militar, em um momento em que os esforços eram para superar erros históricos cometidos pelos governos e que, a seu ver, chegaram ao ápice com o governo militar.

De acordo com Tenório (1999), a noção de cidadania foi central durante os trabalhos da assembleia constituinte. Com isso, conforme o autor ainda acrescenta, o lugar e o papel do cidadão junto aos poderes públicos passam a ganhar destaque desde então. Ciconello (2008) se refere à Constituição de 1988 como responsável pela criação do Estado Democrático de Direito no Brasil, com a definição de novos parâmetros e diretrizes que ao redefinirem o papel do cidadão perante as políticas públicas, permite pensá-lo como partícipe do processo de implementação e controle social das mesmas.

Nesse processo de busca por uma nova forma de gestão e de redefinição da estrutura estatal é que a intersetorialidade surge como uma ferramenta interessante. Esta, segundo Tumelero (2011), vem como possibilidade de promover a superação de problemas antigos relativos, por exemplo, à fragmentação e à sobreposição de ações estatais. Ou seja, a intersetorialidade veio como oportunidade para superar aqueles velhos problemas políticos que foram citados acima por Draibe (2000). Diante dos direitos sociais firmados pela Nova Constituição, Tumelero (2011) indica que a intersetorialidade passou a se mostrar como uma grande norteadora das políticas públicas destinadas à promoção de tais direitos.

Comerlatto, Colliselli, Kleba, Matiello e Renk (2007) apontam para a necessidade, desde a Nova Constituição, da adoção de modelos de gestão social que sejam flexíveis e que permitam a negociação e participação dos cidadãos e dos demais interlocutores nas decisões e ações. Em conformidade com isso, Junqueira (2004) se refere a uma busca pelo Estado de uma nova gestão que favoreça o controle social²¹. Comerlatto *et al.* (2007), ao situarem a Constituição de 1988 dentro de um movimento de democratização, chamam também a atenção para o fenômeno que se sucedeu à descentralização: a transferência de poder do centro para a periferia.

De fato, a Constituição de 1988 pode ser afirmada como um momento crucial da história brasileira, uma vez que não apenas representou uma grande virada em vista do

²¹ O controle social equivale à [...] *participação da população na gestão pública que garante aos cidadãos espaços para influir nas políticas públicas, além de possibilitar o acompanhamento, a avaliação e a fiscalização das instituições governamentais, visando assegurar os interesses da sociedade* (MDS, 2010, p. 10).

arranjo político que se tinha até então, como também, conforme indica Vaz, Musse e R. F. Santos (2008), um instrumento de construção da cidadania. Isso porque,

a Lei Maior estabeleceu direitos individuais, coletivos, sociais, políticos, e deu nova roupagem ao Estado brasileiro para cumprir funções variadas com o objetivo de assegurar direitos, prestar serviços públicos universais, garantir o desenvolvimento nacional, combater desigualdades regionais e sociais (Vaz, Musse & R. F. Santos, 2008, p. 11).

Na Constituição são assegurados os seguintes direitos sociais: saúde, alimentação, educação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados.

No que tange o direito à saúde, a Constituição de 1988 explicita a construção de ações que contemplam os riscos de doença e agravos à saúde, concedendo à população um acesso que se caracterize por ser igualitário e universal às ações. Quando a Constituição prevê o oferecimento de atendimento integral já está se falando, conseqüentemente, de políticas e ações que contemplam a intersetorialidade²². Isso significa que *a intersetorialidade deve ser entendida como um modelo de gestão que tem como valor fundamental a totalidade do cidadão e da família, quanto à oferta a serviços públicos e acesso a direitos sociais* (N. N. Santos, 2011, p. 27).

Na leitura que Tumelero (2011) traz da Constituição, são ressaltados trechos em que o texto constitucional dispõe sobre a educação de forma a contemplar a ação integrada, identificando no texto artigos que apontam para a necessidade de diálogos com políticas de diferentes setores e intercâmbio nas três instâncias da gestão pública: municipal, estadual e federal. Ao afirmar as responsabilidades da família e do Estado perante à educação, a Constituição chama a atenção para a articulação que deve também abarcar a sociedade. Assim, as responsabilidades sobre a educação são divididas entre o Estado, a família e a sociedade como um todo. Além disso, ela destaca a possibilidade de a educação ser assumida pela iniciativa privada, o que ao seu entender é o que permite que os serviços públicos sejam colocados no patamar de mercadorias.

Ao contrário, quando Tumelero (2011) discute a perspectiva da assistência social à luz da Constituição, a autora entende que a assistência não se encontra – como ocorre na saúde e na educação – sujeita a interesses mercantis. Aqui já entrariam em cena as ações da

²² Isso será discutido mais detalhadamente na seção seguinte.

sociedade civil de cunho voluntarista, além do que compete às três instâncias da gestão pública: municipal, estadual e federal.

Ao passo que as políticas públicas caminham para a construção de ações que privilegiam o acesso universal aos direitos sociais, o que se encontra devidamente documentado na Constituição de 1988, deve-se também estar atento aos possíveis desafios que estão postos para que isso se efetive. Sobre isso, Ciconello (2008) faz algumas reflexões muito importantes. O autor aponta para o fato de que, no Brasil, permanecem a existência de certas elites (e, portanto, de relações de poder desiguais) que gozam de privilégios e que o acesso aos direitos ainda se dá de forma diferenciada, de modo que os mais pobres continuam sujeitos à exclusão. Assim, esses apontamentos confirmam os possíveis desafios que podem se manifestar na efetivação das propostas trazidas pela Constituição, como o que diz respeito à participação social e ao acesso aos direitos sociais.

6.2 - A intersetorialidade: uma nova forma de abordar o homem e as suas demandas

Segundo Monnerat e R. G. Souza (2009) há, na literatura, uma conformidade quanto aos significados do termo intersetorialidade, sendo que, neste tema, grande parte dos trabalhos é referente aos campos da administração pública e da saúde coletiva. Infelizmente, segundo as autoras, ainda são escassos os trabalhos nos outros dois campos aqui investigados – educação e assistência social. Diante da necessidade de redirecionamento das políticas sociais, as autoras entendem que a intersetorialidade se mostra como um novo caminho para a gestão pública.

Ckagnazaroff e Mota (2003) percebem a intersetorialidade enquanto uma prática social que deriva de insatisfações que são provenientes, sobretudo, das limitações das organizações sociais na resposta às demandas e aos problemas vividos pelos cidadãos. Além disso, a intersetorialidade se concretiza enquanto uma estratégia política complexa e que seu resultado se manifesta na superação da fragmentação das políticas dentro das áreas em que são geridas (MS, 2009).

Para Nascimento (2010), a intersetorialidade é necessária uma vez que as políticas setoriais não se mostraram satisfatórias no enfrentamento das demandas da sociedade. Assim, ela esclarece que as ações intersetoriais são importantes para as articulações entre as instâncias do governo e a sociedade. Nesse novo modelo de gestão das políticas

públicas, a autora atenta para a integração de saberes, no momento em que esses diferentes saberes se encontram em torno de objetivos comuns.

Discussões e pesquisas sobre a intersectorialidade têm se tornado cada vez mais comuns desde a Nova Constituição. Porém, percebe-se que ainda há certas lacunas quanto a esta temática. Esta é uma constatação que pode ser evidenciada no trabalho realizado por L. G. S. Souza e Menandro (2011) que teve como objetivo fazer um levantamento bibliográfico com a identificação de temas vinculados à atenção básica em saúde. Neste estudo, os autores relatam que questões relativas à construção de serviços em rede não ganharam espaço na literatura investigada e que a participação popular também não foi contemplada, evidenciando, segundo os autores, a figura de profissionais que decidem pelo outro. Apesar de alguns dos artigos analisados fazerem menção aos serviços complementares, não se constatou discussões que privilegiassem o trabalho em rede e a relevância da intersectorialidade.

N. N. Santos (2011), ao citar Junqueira (2005), ressalta que o modelo de gestão centrado na setorialização das demandas sociais não é capaz de privilegiar o cidadão em sua completude. Quanto a isso, Junqueira (2004) demonstra que a intersectorialidade nada mais é do que uma maneira de superar esse problema e, ao mesmo tempo, uma nova possibilidade de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, de tal forma que o acesso a eles seja igualitário. Dentro do MDS (2009), a intersectorialidade é entendida enquanto articulação entre saberes e setores, visando responder de forma integrada a um objetivo comum. Trata-se de uma nova possibilidade de atuação e gestão que almeja superar a fragmentação de conhecimentos e de estruturas sociais, o que viabilizará resultados mais efetivos à demanda da população.

Assim, também, Wimmer e Figueiredo (2006) entendem a intersectorialidade enquanto prática integradora de ações que provêm de diferentes setores, de forma que possam interagir e se complementar. Frente às situações cotidianas, eles exemplificam a relevância destas interações ao identificarem a complexidade que caracteriza o setor da saúde, não sendo possível pensar em uma atuação pautada em ações fragmentadas com relação aos demais setores da sociedade.

No que remete ao campo da saúde, Moretti, F. F. Teixeira, Suss, Lawder, Lima, Bueno, S. J. Moysés e S. T. Moysés (2010), refletem sobre a intersectorialidade tendo por referência a PNPS/2006, dentro da qual este conceito é definido como uma articulação que compreende diferentes setores para que se possa pensar acerca da saúde como uma questão complexa e enquanto algo que implica na corresponsabilização pela garantia da saúde.

Sobre esses diferentes segmentos que podem estar articulados pelas ações intersetoriais, K. L. Silva e Rodrigues (2010) apontam: educação, saúde, lazer, instituições religiosas, organizações não governamentais e comunitárias, por exemplo.

As ações intersetoriais têm como um de seus pressupostos, segundo Junqueira (2004), a consideração dos problemas sociais mediante o contexto em que eles se apresentam. Essa nova abordagem toma o homem e suas necessidades de forma a contextualizá-los, ou seja, eles são considerados tendo em vista o território que os circunscreve. Dentro dessa nova maneira de pensar e planejar as ações, o autor indica a importância de que tais ações sejam avaliadas e monitoradas para que se possam ter claros os impactos que elas produzem sobre a qualidade de vida da sua população-alvo.

Portanto, agir intersetorialmente também implica em construir um sistema de acompanhamento destas ações, pois os frutos que elas têm produzido devem estar claros para a gestão, profissionais e a cidade como um todo. Conforme Junqueira (2004) aponta, a intersetorialidade também implica em descentralização, mesmo porque, como já vem sendo discutido, todos os setores de uma sociedade devem partir de uma gestão compartilhada. Afinal, as responsabilidades na resposta às demandas sociais atravessam diferentes campos das políticas públicas.

Junqueira (2004) reafirma que os problemas sociais são complexos e que demandam novas formas de intervenções. Então, é preciso otimizar recursos em busca de soluções integradas, pois se a realidade é complexa, o seu entendimento exige um olhar que vá além de uma única política social. Para ele, a intersetorialidade corresponde a uma nova forma de olhar e de agir sobre os problemas sociais, contemplando além da noção de integração, a noção de equidade, tendo-se em vista os direitos sociais. A noção de integração embutida na ação intersetorial fica muito clara quando o autor se refere ao fato de que cada política social traz uma proposta específica de intervenção. Assim, concentrando-se em uma dessas políticas de forma isolada, sem considerar outras políticas, o que se pode esperar é uma abordagem que não contempla o homem em sua totalidade.

Sobre a setorialização política, Inojosa (2001) traz uma passagem bastante interessante que reflete a sua limitação.

A Saúde se ocupa da questão da Aids, da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST). A Educação cuida do ensino fundamental, do ensino médio. A Assistência fica dando bolsa, cesta básica, e coisas desse tipo. E esses itens acabam atingindo as pessoas e as famílias de uma forma meio desconjuntada. Não é necessariamente a mesma família que recebe essas coisas de maneira integrada e/ou continuada. Portanto, essa atuação não permite superar

a exclusão social nem promove efetivamente o desenvolvimento social (Inojosa, 2001, p. 104).

Em contrapartida, Paula, Palha e Protti (2004) consideram que a intersetorialidade é uma estratégia que possibilitará romper com essa lógica, a partir de profissionais capazes de prestar uma assistência mais integral ao usuário. Portanto, com base neste raciocínio e no que já foi discutido anteriormente, pode-se concluir que a noção de intersetorialidade encontra-se diretamente articulada à de integralidade, o que é melhor compreendido quando esta, com base na lei nº 8080/90, é tratada como um conjunto articulado de ações e serviços, sejam esses preventivos, curativos ou de promoção da saúde, no âmbito individual e coletivo.

A integralidade aparece no trabalho de Mattos (2001) vinculada à noção de imagem objetivo. De acordo com ele, esse termo permite designar uma organização ou funcionamento que se espera ter no campo das políticas públicas ao julgá-lo como adequado. Nesse caso, a integralidade se mostra como o caminho desejado por acreditar que essa é a melhor forma de operar. Portanto, a integralidade é aquilo que se busca efetivar, ou melhor, é aonde se pretende chegar. Na imagem objetivo e, conseqüentemente, nas discussões sobre a integralidade, há a confrontação entre as condições existentes e aquelas almeçadas. Porém, o autor também deixa claro que isso é diferente de utopia, pois aqui se está falando de algo que é desejável e ao mesmo tempo realizável.

Com base na leitura de Mattos (2001) é preciso compreender que a imagem objetivo é algo dinâmico, que não se esgota ao alcançar aquilo que se pretendia, dando origem a uma possível estagnação. Uma vez que ocorre a concretização do que se desejava, outras expectativas podem ser projetadas. Há um deslocamento contínuo rumo a um novo patamar, pois quanto mais se aproxima do *status* desejado inicialmente, mais metas vão se delineando e, assim, sucessivamente.

Quando Mattos (2001) articula a concepção de imagem objetivo à proposta de integralidade, ele ressalta a impossibilidade de tomar esta última apenas por uma única definição. Ele entende que a integralidade é um termo polissêmico e que por isso diferentes sentidos podem lhe ser vinculados, não pretendendo esgotar os seus significados. Basicamente, o autor trata de três sentidos: a integralidade em relação à prática profissional, à organização dos serviços e às políticas.

No primeiro sentido, Mattos (2001) discorre sobre uma atuação que deve superar a visão reducionista e fragmentada do usuário, seja ele do SUS ou dos outros setores aqui tratados. A integralidade aparece como um esforço de superação dos tradicionais recortes

analíticos, em que cada parte do sujeito é destinada a um campo disciplinar específico, com o abandono de uma prática que consiga articular essas partes às demais que compõem o homem como um todo. Sobre isso, o autor exemplifica aquelas atuações que se limitam ao orgânico e perdem de vista o social e o psicológico. Em contrapartida a esse modelo, a integralidade se constitui como uma abordagem ampla do homem, reconhecendo a importância da inserção profissional no seu contexto de vida.

No segundo sentido, a organização dos serviços é pensada de forma que se possa contemplar não apenas as demandas visíveis do usuário, mas também acolher questões que possam estar além daquilo que é aparente. Isso significa atuar na prevenção e ao mesmo tempo na assistência às demandas já manifestas. Sobre isso, Mattos (2001) fala que agir de forma integral envolve não só as respostas às doenças, como também àquelas relativas a uma simples carência por conversa ou por informações. Ou seja, é o que ele se refere a responder ao conjunto de necessidades. O autor cita o exemplo da importância de se oferecer informações para um acompanhante que ficou do lado de fora esperando o atendimento. Nesse caso, tanto quem está sendo atendido quanto quem está aguardando devem ser acolhidos pela equipe do serviço, cada um com as suas urgências específicas. Consequentemente, essa forma de integralidade remete ao modo como está disposto o serviço, implicando, por exemplo, na disponibilidade de recursos humanos para que se concretize essa visão abrangente.

No último sentido, discute-se a forma como as políticas se encontram dispostas para que se tenha também aquela visão abrangente. Anterior às próprias práticas e à organização dos serviços, as políticas devem fomentar ações em que a totalidade do usuário seja destacada. Mattos (2001) exemplifica esse plano com as políticas voltadas ao enfrentamento da Aids, as quais devem cotejar os diferentes grupos e contextos. Da mesma forma acontece com as ações que se destinam à saúde da mulher, devendo acolhê-la em sua completude e não apenas no que tange as questões reprodutivas ou maternas. Então, a integralidade, uma vez presente nas formulações políticas, abre vias para se considerar o contexto de vida dos usuários e, a partir disso, as suas especificidades, em prol da construção de mecanismos diversificados de prevenção e de assistência.

Para Mattos (2001), independente do referencial adotado para pensar a integralidade – seja enquanto princípio orientador de práticas, da organização do trabalho ou das políticas – ela sempre implicará na superação de reducionismos, ou seja, representará [...] *uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura do diálogo* (p. 61). E é neste sentido que a intersetorialidade assume a sua relação

com o princípio de integralidade. Afinal, como esse diálogo que é proposto será alcançado senão pelas ações intersetoriais?

Ou seja, sendo a integralidade o que permitirá abranger o indivíduo em sua totalidade e, segundo Mattos (2001), o que fornecerá respostas abrangentes e adequadas às suas demandas, é possível concluir que ela não se efetivará de fato sem uma integração das práticas e das políticas em suas diferentes dimensões. Aqui, especialmente, no que se refere ao domínio da assistência social, da saúde e da educação.

Apesar dos desafios, é preciso compreender que

não adianta prover escola para uma criança se ela não estiver bem alimentada e saudável. Sem um conjunto de necessidades atendidas, ela não conseguirá realizar seu aprendizado e desenvolver-se. A violência não se resolve com a repressão à criminalidade, mas, principalmente, com educação, distribuição de renda e outras ações sociais. O atendimento médico de boa qualidade no parto pode até diminuir a mortalidade materna, mas não consegue evitar outros riscos, como o baixo peso do bebê ao nascer, após uma gestação em condições inadequadas. Sabemos, portanto, que coisas separadas ou itens isolados não dão conta de promover qualidade de vida, de fomentar o desenvolvimento, de superar a exclusão social (Inojosa, 2001, p. 103).

Em oposição a essas limitações da setorialização, R. Mendes, Bógus e Akerman (2004) entendem que a intersetorialidade corresponde a uma nova forma de cultura política que tem importantes implicações, como: a redefinição das relações entre os diferentes níveis de governo e das formas de cooperação; e, conseqüentemente, a demanda de construção de novas mentalidades, habilidades, competências e estratégias para que se possa almejar uma atuação conjunta. No entanto, Magalhães e Bodstein (2009) afirmam que é desafiadora a proposta de lidar com problemas complexos por meio de ações que integrem diferentes atores e instâncias da sociedade.

6.3 – A construção da intersetorialidade: uma reflexão acerca dos seus limites e possibilidades

Embora já tenha se falado detalhadamente sobre as ações intersetoriais e seu lugar de destaque dentro da gestão das políticas públicas, permanece a necessidade de se refletir acerca dos fatores que condicionam a sua implementação. Por isso, neste momento, será empreendida uma discussão acerca dos desafios e das possibilidades para que a

intersetorialidade transponha o campo da idealização e se concretize nas diversas dimensões do Estado.

Na investigação realizada por K. L. Silva e Rodrigues (2010), que tinha como pretensão verificar a intersetorialidade na ESF, pôde-se constatar que essa é uma ação que ainda se encontra num processo de consolidação naquela realidade estudada, embora tenha ficado clara a capacidade dos profissionais em entender que os problemas vividos pela população com quem trabalhavam eram complexos e que, portanto, demandavam ações integradas. As pesquisadoras acreditam que a compreensão sobre a limitação das práticas setorializadas é fundamental para a efetivação da articulação intersetorial. E, sobre isso, N. N. Santos (2011) menciona um aspecto importante: a intersetorialidade ainda não é uma noção devidamente clara e bem coordenada no âmbito das políticas públicas.

Pouco clara, pois a normatização associada aos programas somente recentemente forneceu orientações aos municípios sobre quais as ações e estratégias configuram uma ação intersetorial. Descoordenada, no sentido que os setores envolvidos interagem pouco para produzir os resultados previstos pelo programa, ou seja, o elo entre os setores ainda é fraco, com baixa troca de informações, experiências e trabalho em equipe (p.25).

Com isso, essa autora permite demonstrar que ainda faltam aos profissionais subsídios e orientações que lhes permitam por em prática essa nova forma de operar. Assim, corre-se o risco de que ainda existam profissionais e setores sem o conhecimento do que vem a ser a ação intersetorial e como alcançá-la. Isso quer dizer que a intersetorialidade ainda pode se mostrar como uma realidade distante em muitos locais, pois faltam, como esclarece N. N. Santos (2011), as informações básicas para a sua concretização. Ou então, pode ocorrer algo diferente: há o conhecimento pelos profissionais, mas esse não é suficiente, isoladamente, para a operacionalização da intersetorialidade frente às distâncias que insistem em permanecer entre os setores.

Assim, pode-se perceber os primeiros desafios que se colocam à intersetorialidade: a falta de conhecimento sobre a intersetorialidade, carência de orientações de como fazê-la e a fragilidade da articulação entre os setores. Não basta ter clara a importância da ação intersetorial para que os serviços públicos atendam de forma mais integral as demandas da população, porque é preciso que se tenha também os recursos para a sua realização. Entre o saber e o fazer pode, portanto, haver distâncias cruciais e isso precisa ser pensado. Contudo, dizer de orientações não significa que essas serão válidas para todo e qualquer contexto, pois há que se considerar também as especificidades de cada território. Por isso,

as orientações são relevantes como ponto de partida para se pensar a operacionalização da intersetorialidade, devendo estar sempre sujeitas às devidas adaptações para cada realidade.

Os desafios que se mostram na tentativa de vivenciar a intersetorialidade devem ser compreendidos mediante a constatação de que,

essa forma de atuar é nova, por isso deve acarretar mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas sociais. É um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses. A ousadia de mudar vai precisar das alianças de todos os que desejam incrementar a qualidade de vida do cidadão, dentro e fora da administração pública estatal (Junqueira, 2004, p. 27-28).

Neste trecho, o autor demonstra que agir intersetorialmente é uma proposta que envolve ousadia, mesmo porque ela implica diretamente num processo de rearranjo não apenas das práticas em si, mas também da estrutura organizacional do Estado e, porque não, de toda uma tradição. E, como ele mesmo afirma, propor mudanças não é algo fácil, ainda mais quando diz respeito ao âmbito das políticas públicas. Essa ousadia e as dificuldades se devem ao fato de que há interesses em jogo e, conseqüentemente, pode-se supor que nem sempre a proposta de mudar pode ser algo que diga de um interesse comum. Porém, a mudança requer mais do que isso: ela demanda uma disponibilidade e boa vontade de todos os atores envolvidos.

A intersetorialidade, então, demanda uma reorganização em diferentes aspectos, pois não adianta pensar numa reformulação da prática se a estrutura estatal, que serve de pano de fundo para a construção das políticas que regulamentam essas ações, continua inalterada. Talvez, não seja inadequado dizer que a própria reestruturação do Estado antecede àquela que deve ocorrer no campo da prática, ou seja, essa prática se apoia num planejamento e agenda que lhe é anterior. Portanto, ela se manifestará como um reflexo da forma como o Estado está organizado, de tal modo que ele poderá ser fomentador ou não de um novo modelo de ação. De fato, há uma conexão entre o arranjo estatal como um todo e as possibilidades de fazer a intersetorialidade dentro de cada território em particular. Por isso, os limites que se percebe para a ação intersetorial podem ser apenas a ponta de um problema maior, sendo preciso uma reflexão que é anterior a ela mesma.

Para pensar os desafios que se colocam à intersetorialidade também é válido trazer algumas contribuições de Holanda (1995), as quais apontam para as especificidades da estrutura estatal e das relações que se constroem em torno dessa estrutura. Embora esse autor entenda que o Estado não é uma continuidade da família, ele indica com suas

argumentações o quanto o Estado, no Brasil, é perpassado pelo círculo familiar. Quer dizer que os referenciais da vida familiar são transpostos para outros contextos como o do próprio Estado, sem que se considerem as suas particularidades. Isso explica o que Junqueira (2004) diz sobre a inexistência de interesses comuns, pois o Estado acaba sendo tratado como algo privado sujeito aos interesses particulares.

Assim, Holanda (1995) percebe que no Brasil os interesses particulares, que são próprios dos domínios privados, têm sua marca histórica na administração pública. O brasileiro transpõe para o Estado uma relação tipicamente familiar, de intimidade, gerindo-o conforme seus desejos pessoais. Por isso, ele indica que há uma contradição no comportamento do brasileiro que age no Estado da mesma forma como age na família, embora o Estado deva se pautar em princípios distintos aos da família.

É interessante observar que essa característica do brasileiro em transpor para o social o que é próprio do círculo familiar, se ligando ao Estado por uma relação de maior familiaridade, tem duas facetas: por um lado, pode favorecer a ação intersetorial; e, por outro, pode se mostrar como entrave²³. Para Holanda (1995), o comportamento do povo brasileiro é marcado pela gentileza, cordialidade²⁴, informalidade no trato das coisas e das pessoas. Isso poderia ser considerado algo vantajoso por colocarem as pessoas e suas instituições mais próximas entre si, o que favoreceria o diálogo e as trocas. Porém, o problema está na permissividade e nos interesses pessoais que suprimem qualquer parceria em prol de um bem comum, havendo o risco de que cada um faça do Estado aquilo que bem quer.

Sobre a estrutura do Estado e suas possíveis implicações para a efetivação da intersetorialidade, G. T. Silva (2008) faz outras reflexões interessantes. O autor traz em seu artigo, um gráfico que apresenta diferentes setores que compõem um Estado e um aspecto problemático, que é a desarticulação entre eles. Ele se refere a uma estrutura na qual cada setor trabalha de forma isolada e independente dos demais, sem que haja diálogos e agendas em comum para tratar de questões que são transversais, ou seja, que perpassam esses diferentes setores. Assim, ele traz um exemplo de gestão onde não apenas há um descompasso entre as várias instâncias das políticas públicas como, até mesmo, relações

²³ Esses argumentos podem ser encontrados no âmbito da pesquisa “Promoção da saúde: entre os estilos de vida e as ações intersetoriais”, coordenada pelo professor Walter Melo Júnior.

²⁴ No trabalho de Holanda (1995), o termo cordialidade serve para designar um modo de ser típico do povo brasileiro pautado na informalidade e no híbrido entre o que é de ordem pública e privada (o que demarca a relação familiar mantida com o Estado). Essa noção pode ser correlata àquela corriqueiramente conhecida como ‘jeitinho brasileiro’, em que os interesses pessoais, o afeto e as amizades se sobrepõem às normas ou ao bem coletivo.

marcadas pela competitividade. Sem dúvidas, um Estado que funciona sobre essa lógica terá sérias dificuldades para fazer a ação intersetorial funcionar e, para G. T. Silva (2008), o Brasil ainda passa por problemas como esse. O autor vê o Brasil com uma estrutura que se assenta sobre uma dinâmica setorial em que as ações coexistem paralelamente ou superpostas, com dificuldades de ser operada, na medida em que os setores nem mesmo sabem ao certo o que lhe é de responsabilidade.

Diante dessas constatações, é preciso considerar o que G. T. Silva (2008) aponta e que pode ser pensado como um possível caminho para a intersetorialidade. Pensando de forma semelhante ao que já foi apresentado por Junqueira (2004), o autor indica a necessidade de uma reestruturação do Estado, em que este reveja seu papel e sua gestão. No seu entender, há um descompasso entre os movimentos que se processam na sociedade e aqueles que ocorrem no Estado. O Estado não caminha no mesmo ritmo das transformações que se processam na sociedade e, por isso, destaca a necessidade de que ele também se transforme. Esse descompasso entre sociedade e Estado é importante de ser pensado, pois a intersetorialidade depende, de forma especial, dessa recomposição da gestão, pois como operar de outra maneira se as estruturas permanecem as mesmas? O que o autor afirma é que a sociedade tende a se organizar de forma mais articulada e centrada na participação social, porém o Estado ainda continua centrado num funcionamento vertical e setorializado.

O fato é que, a efetivação da intersetorialidade, conforme esclarece Inojosa (2001), solicita a mudança de paradigma, ou seja, é preciso que se mudem os referenciais e a forma de pensar. É fundamental um esforço constante de repensar e remodelar as práticas e a estrutura estatal, a formação profissional, o olhar sobre o homem e suas demandas, os quais muitas vezes ainda são setorializados.

A intersetorialidade, segundo Nascimento (2010), se mostra como um recurso viável se certos quesitos são levados em consideração, como a existência de objetivos comuns entre políticas de diferentes ordens com a comunicação entre elas e, como acrescentam Monnerat e R. G. Souza (2009), trocas de saberes e fluxos de informação.

Para ilustrar algumas das dificuldades que são experimentadas na prática ao se buscar construir a intersetorialidade, é pertinente citar alguns dos discursos coletados por Paula *et al.* (2004) junto a enfermeiros de Saúde da Família em uma cidade de São Paulo. O primeiro discurso é o seguinte:

Trabalhar com intersectorialidade é uma coisa difícil, pois os setores ainda trabalham isoladamente; não há uma cultura de cooperação e de complementaridade. Também os sujeitos trabalham de forma fragmentada e o trabalho em equipe ainda é compartimentalizado, assim como a organização dos serviços de saúde. As pessoas não enxergam a saúde com uma visão mais ampla e as que pertencem a outros setores ainda acham que não fazem parte da saúde [...] (p. 338).

Esse discurso expressa uma questão interessante: o modo como os próprios profissionais entendem a demanda que lhe é dirigida está diretamente ligada à capacidade de promover intersectorialidade. Se essa demanda é entendida como algo complexo e que, por isso, está condicionada a variáveis de diferentes ordens, conseqüentemente ocorrerá mais facilmente uma mobilização com diferentes setores por entender que uma ação isolada não será capaz de fornecer uma resposta efetiva. Daí a importância de se pensar no que Morin (2007a) afirma quanto ao fato de que, na perda de uma visão do todo, se tem a perda do senso de responsabilidade. Ou seja, se uma dada questão, como a saúde, por exemplo, não é tomada como algo que resulta de uma série de determinantes, dificilmente outros setores além da saúde propriamente se envolverão nessa causa por não se verem também como responsáveis.

Outro discurso coletado por Paula *et. al* (2004) e que vale discutir é esse:

A intersectorialidade é uma inovação para a assistência à saúde. Não é possível que a Saúde da Família dê conta de tudo, mas é possível potencializar o trabalho com outros setores. Conforme vão surgindo as necessidades a gente vai fazendo os contatos e as portas vão se abrindo. Se a gente conhece as pessoas e o trabalho, na hora de discutir um caso, o canal já está aberto; pois é no micro espaço, que você sente a necessidade de costurar as ações com os outros saberes. A forma de construir (a articulação intersectorial) começa na informalidade e na demanda de cada profissional. Ainda é uma coisa meio doméstica, e a cada momento a gente está tentando construir isso (p. 341).

Esse trecho aponta para uma dinâmica que está presente no próprio caráter das demandas sociais e que é favorável à intersectorialidade, como no caso das demandas de saúde que transcendem ao seu próprio campo. Nesse discurso percebe-se que a demanda se mostra como algo que clama pela articulação, pelo diálogo. Assim, evidencia-se que esses intercâmbios se alimentam de demandas individuais de profissionais e que no território, através da coexistência de instituições, há grande potencialidade para a integração.

Finalmente, tem-se o terceiro discurso retirado em Paula *et. al* (2004):

É um dos pressupostos do trabalho em Saúde da Família, e é algo que a gente a todo o momento está construindo; porque existem dificuldades na formação, capacitação e articulação dos sujeitos, além da pouca articulação nas políticas

sociais em prol de um objetivo único; a gente não tem também um pleno conhecimento do trabalho que os outros setores desenvolvem, e muitas vezes fazemos atividades paralelas. Precisamos aprender o que o outro está querendo dizer e muitas vezes é por falta de disponibilidade mesmo, pois sentar, ouvir e discutir os diversos olhares em cima de um objeto e a partir daí tomar uma decisão conjunta, é algo que nunca fizemos antes, é difícil aprender assim. É só fazendo para ver o que vai dar (p. 343).

Aqui, a intersetorialidade esbarra em dois grandes problemas: a forma como as políticas são construídas e a formação profissional. O modo como as políticas são construídas é um aspecto que deve ser analisado, pois, se no momento em que é concebida ela não contempla a articulação, a prática se fará provavelmente engessada ou, então, pautada em improvisos como mostrou o relato anterior. Portanto, essas falas indicam que a intersetorialidade se manifesta em dois momentos: no plano da gestão/planejamento propriamente dito – de modo que as leis, as portarias, os programas etc., sejam concebidos priorizando a sinergia de esforços – e no plano da prática – momento de responder às demandas sociais com o respaldo desses marcos legais.

Por isso, muitas vezes, o problema vivido na operacionalização da intersetorialidade é anterior à própria prática, é um problema que já vem de cima para baixo. Isso ainda ganha um agravante pelas falhas na comunicação entre os setores, o que favorece o desconhecimento entre eles e, em certas situações, até mesmo a duplicidade de serviços. Não se sabe o que o outro faz e por isso não se sabe como interagir com ele. Logo, perde-se tempo em ações que já são feitas num outro setor e outras não são potencializadas pela falta de cooperação. Mas, a questão da formação também é crucial. Cabe saber como a formação tem sido processada diante da demanda por uma prática engajada e articulada a outros saberes e campos. Será que o profissional que se forma hoje está preparado para responder a essa nova forma de operar?

Seguindo nessas discussões, S. J. Moysés, S. T. Moysés e Krempel (2004) apontam para uma realidade divergente daquilo que seria o ideal. Eles percebem que as ações e as decisões ainda são verticalizadas, prevalecendo interesses de um setor sobre o outro. Outro ponto importante é a questão do orçamento, pois como agir intersetorialmente se as próprias verbas que serviriam de subsídio para isso já são orientadas para um destino previamente determinado e que é setorializado? Logo, cada setor fica fechado em seu próprio objeto porque a rubrica do orçamento não é flexível o suficiente para que se possa ir além.

A partir disso, tem-se o que é ressaltado por Moroni e Ciconello (2007) quanto às duas barreiras que se colocam às ações compartilhadas: política e técnica. A primeira é

definida pelos autores como aquilo que se refere ao fato de cada setor se preocupar em potencializar seus resultados e ações. Trata-se de cada ministério ou setor se preocupar em defender e fortalecer seus próprios interesses, investindo naquilo que é sua causa própria. A segunda barreira diz respeito aos problemas de hierarquia entre setores e questões orçamentárias, o que foi expresso no parágrafo anterior.

Mas, em contrapartida às dificuldades, é importante destacar possíveis caminhos para que a intersetorialidade possa ser uma experiência exitosa. Neste sentido, S. J. Moysés *et al.* (2004) destacam a experiência de Curitiba na construção de alianças estratégicas, as quais podem ser definidas como [...] *relações e acordos estabelecidos entre os diferentes interlocutores, representados por setores e organizações, com o objetivo de alcançar as metas almejadas* (p. 630). No caso de Curitiba, além destas negociações travadas com diferentes instâncias (escola, saúde, cultura, esportes etc.) a gestão tem se preocupado em estimular a participação social, envolvendo a população nas decisões e no desenvolvimento de projetos no intuito de que haja a corresponsabilização na administração da cidade.

Outro aspecto favorável à intersetorialidade é citado por Ananias (2007), que identifica a avaliação dos programas do governo como uma ferramenta necessária para a condução das políticas públicas. Para ele, a avaliação, de forma contínua, é um poderoso recurso para verificar os desdobramentos das ações governamentais e, a partir disso, poder orientar os investimentos, apontar impactos e a cobertura de um dado programa, de tal forma que se saiba se ele se destina a quem deve se destinar. A estratégia da avaliação é identificada como o que permitirá [...] *saber se os programas estão mudando a realidade e de que forma* (Ananias, 2007, p. 64). Neste sentido, a avaliação pode se mostrar como um importante diagnóstico das ações e dos instrumentos de intervenção sobre um dado território, podendo, através disso, indicar dificuldades e melhores caminhos para a integração entre os diferentes setores.

Apesar das barreiras ainda serem muitas para que a ação intersetorial possa ser promovida, é importante perceber que as possibilidades também existem. Em suma, pode-se concluir que são pontos facilitadores: a descentralização, que favorece a implicação de diferentes atores com o compartilhamento de responsabilidades; a participação social, fazendo a sociedade parceira da gestão política; a comunicação e o compartilhamento de informações, possibilitando o conhecimento e a troca entre os vários setores; revisão das relações de poder em prol da horizontalidade, de modo que todos os envolvidos tenham iguais oportunidades de decisão e participação; construção de agendas que privilegiam objetos e objetivos comuns para diferentes setores, reforçando a ideia de

corresponsabilização; avaliação contínua de programas e ações como uma espécie de realimentação que permite pensar seus efeitos, seus impactos e realçar a necessidade de integração; capacitação e formação profissional voltadas para a intersectorialidade; diagnóstico do território de ação com vistas a identificar parceiros potenciais; e gestão flexível que valorize diálogos e intercessões de saberes e experiências.

Em meio a desafios e possibilidades, é importante se indagar: como a intersectorialidade está sendo construída? A palavra 'sendo' serve aqui para realçar que essa noção está longe de ser algo pronto e que, portanto, é dinâmica e que a todo o tempo está por se fazer e refazer, e que não pode ser refletida sem que se considere seu contexto e as circunstâncias que a circunscrevem, o que lhe dá contornos singulares.

6.4 – Intersectorialidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: algumas aproximações

Tumelero (2011) traz, em seu trabalho, algumas aproximações entre as noções de intersectorialidade e interdisciplinaridade. Posteriormente, também faz a aproximação do primeiro termo com a noção de transdisciplinaridade.

Ao considerar que a interdisciplinaridade traz a exigência de olhares diversificados sobre a realidade e uma prática fundamentada na reciprocidade e cooperação, conforme Westphal e R. Mendes (2000) explicitam, vão se tornando mais palpáveis as suas aproximações com a concepção de intersectorialidade. Afinal, como se sabe, ela também se encontra amparada por esses mesmos referenciais, tendo a preocupação de contemplar a realidade de forma mais integral. Esses autores indicam, por exemplo, ações no campo da saúde em que se pautar na interdisciplinaridade, seria uma forma de substituir um trabalho individual por um coletivo, na medida em que a prática interdisciplinar pressupõe um intercâmbio, uma articulação entre o campo empírico e teórico de várias disciplinas.

Meirelles e Erdmann (2005) trazem uma passagem que elucida melhor essa articulação entre os dois conceitos: *Ao superar esta noção de saúde como atribuição exclusiva do setor saúde, partimos para uma ação intersectorial [...] (p. 417)*. O que os autores permitem vislumbrar ao mencionarem a amplitude da noção de saúde, que extrapola o seu próprio setor, é a necessidade da interdisciplinaridade para abordar os diferentes problemas sociais, face às suas magnitudes que não se limitam a um único âmbito das políticas públicas e que, com isso, justifica a demanda pela intersectorialidade.

Essa forma de considerar a interdisciplinaridade encontra-se confirmada pelas argumentações de Frigotto (2008), ao destacar a necessidade da mesma. Para ele,

delimitar um objeto para a investigação não é fragmentá-lo, ou limitá-lo arbitrariamente. Ou seja, se o processo de conhecimento nos impõe a delimitação de determinado problema isto não significa que tenhamos que abandonar as múltiplas determinações que o constituem. É neste sentido que mesmo delimitado um fato teima em não perder o tecido da totalidade de que faz parte indissociável (Frigotto, 2008, p. 44).

Prosseguindo nesse debate, têm-se também as contribuições de Vasconcelos (1997) que permitem mostrar, com seu trabalho, que a defesa pela interdisciplinaridade se justifica a partir da constatação da complexidade dos fenômenos, os quais, segundo o autor, não podem ser elucidados apenas através de um enfoque disciplinar. De acordo com ele, há na interdisciplinaridade uma dialética: reconhece-se [...] *a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto, e assim, não pode prescindir da especialização* (p. 27). Significa, então, que, ao mesmo tempo em que a interdisciplinaridade reconhece a necessidade de um olhar multifacetado sobre a realidade, o que vai de encontro a um saber fragmentado, ela também não desconhece o lugar da especialização no conhecimento de tal realidade, permitindo, assim, esses diferentes olhares sobre a mesma.

Isso quer dizer que,

acreditamos que não se tem por objetivo na prática interdisciplinar uma “unificação” em que se romperiam definitivamente as fronteiras disciplinares. A interdisciplinaridade não nega as especialidades, procura sim, reconhecer e respeitar as especificidades de cada profissional, superando “o conhecimento fragmentado” e trabalhando o mesmo através de interdependências e relações (More, Crepaldi, A. H. Queiroz, Wendt & Cardoso, 2004, p. 66).

Assim, o que definirá a interdisciplinaridade, segundo R. P. Costa (2007), será a própria forma como se dá essa interação entre os campos disciplinares e seus profissionais. Portanto, ela remeterá a certo grau de proximidade que permitirá a integração e as trocas entre as especialidades e seus especialistas. Por isso, a autora esclarece que esse conceito não se concretiza simplesmente quando uma disciplina toma emprestado algo de outra disciplina. No seu entender, a interdisciplinaridade envolve muito mais do que isso, indicando uma perspectiva em que, pelo processo de enriquecimento mútuo, as disciplinas se modificam.

Ao fazer a transposição da noção de interdisciplinaridade para o campo da prática, R. P. Costa (2007) permite uma reflexão acerca de algumas questões que devem ser

consideradas quando se tem um trabalho de equipe. Entre as questões levantadas pela autora, aqui serão destacadas duas: as relações de poder e os papéis assumidos. Uma das causas que impediria a efetividade na prestação de serviços públicos, para a autora, seriam as divisões verticais. Com base nessas proposições, pode-se perceber que o grande problema para que o trabalho em equipe possa funcionar diz respeito às formas como um campo disciplinar se coloca frente aos demais. Ou seja, as divisões verticalizadas em que hierarquias são construídas e disseminadas poderão ser obstáculos para a efetivação das trocas e do enriquecimento mútuo entre os diferentes setores do conhecimento.

O fato é que a noção de interdisciplinaridade contempla outra perspectiva: a da horizontalidade, sendo que um campo pode perpassar os demais e se exercerem influências recíprocas. Com isso, pode-se verificar o porquê dessa autora se referir à necessidade de se repensar os papéis instituídos. Não é difícil compreender que uma vez que se considera as relações de poder, logo se deve pensar acerca dos papéis que são assumidos. Não é ousadia dizer que não se poderá reconfigurar as relações de poder sem que os papéis sejam redefinidos, remanejados.

Frigotto (2008) reflete as circunstâncias que perpassam o processo de produção do conhecimento e de sua disseminação, o que se mostra relevante para entender a operacionalização da própria interdisciplinaridade. Ele situa o homem numa busca constante para suprir suas necessidades que são de diferentes ordens, como, por exemplo, intelectual, afetiva e biológica. Mas, nessa busca por saciar suas demandas, o homem acaba por estabelecer relações sociais. Semelhantemente, o autor esclarece que, na produção do conhecimento e na sua socialização – e até mesmo na sua não disponibilização para certos segmentos sociais –, as relações também estão em jogo. Isso significa dizer que a construção do conhecimento e sua lógica de difusão se passam em meio a um conjunto de práticas e interações, circunscritas num dado tempo e espaço. Por isso, Frigotto (2008) afirma que todo mecanismo que envolve o conhecimento na sua produção e disseminação/restrição possui materialidade histórica.

Quanto ao estágio em que a sociedade atual se encontra em relação a essas questões aqui colocadas, Artmann (2001) faz algumas considerações e aponta duas direções: uma que se refere ao fenômeno corrente da especialização e outra que se refere à busca por diálogo. No que remete ao primeiro fenômeno, a autora menciona o que já foi aqui relatado, ou seja, o processo decorrente da crescente especialização que culmina com a fragmentação e desarticulação de saberes e que, conseqüentemente, acarreta uma visão parcial da realidade. Mas, em contrapartida é que, diante de tais efeitos danosos, tem-se

uma busca por superar essa desintegração com o reconhecimento da [...] *necessidade de atravessar as estreitas fronteiras disciplinares e construir um diálogo interdisciplinar* [...] (p.184).

Raynaut (2002), com seus argumentos e indagações, permite vislumbrar um aspecto fundamental: as diferentes visões e pressupostos que trazem cada campo disciplinar. Esse aspecto será fundamental na construção da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, já que irão determinar a forma como se interpretará a realidade e como se dará a construção das respostas às demandas identificadas. No entanto, não se pode negar que os diálogos entre as especialidades exigirão o reconhecimento e aceitação de pressupostos que são estruturantes para os diferentes campos envolvidos. Isso significa que cada abordagem terá que ampliar seu campo de visão, aceitando e legitimando o que é trazido por outras abordagens. Considerando os desafios que se colocam pelas diversidades de enfoques da realidade social e humana, Raynaut (2002) faz as seguintes indagações:

Como fazer com que as disciplinas clínicas que lidam com pessoas doentes, pretendendo achar soluções para as causas de seu sofrimento físico, integrem o fato de a essência da pessoa humana ir muito além do seu corpo biológico - sendo ela um ser que pensa, imagina, simboliza, vive tanto de afetos e fantasmas quanto de alimentos materiais? Como fazer com que aqueles especialistas cuja atuação se dirige aos indivíduos - seja para curá-los ou para educá-los - admitam o fato de cada pessoa ser inserida em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que até certo ponto marcam e orientam seu comportamento? (p. 43)

Sobre esses distanciamentos e fronteiras que, muitas vezes imperam entre as disciplinas, Morin (2007a) faz importantes considerações. Para ele, o que demanda atenção não são apenas esses distanciamentos e as fronteiras em si, mas a questão é, sobretudo, o que tem gerado essas fronteiras, as formas como se tem organizado o conhecimento. Com base nas leituras desse autor, é possível inferir que a reorganização no campo do conhecimento ainda é limitada, pois não atingiu todas as disciplinas e setores como, por exemplo, aquelas que abordam o homem e que ainda se caracterizam por um olhar parcial, que ora o toma em sua dimensão biológica ora o toma em sua dimensão social.

O que se pode constatar é que, conforme mostram os debates aqui construídos a partir de diferentes autores, a interdisciplinaridade é uma proposta antiga e, ao mesmo tempo, audaciosa, em vista dos desafios que devem ser enfrentados para sua concretização. Para Thiesen (2008), a interdisciplinaridade é um conceito em construção e, por isso, não há como obter uma definição fechada e definitiva.

Passando para a discussão da transdisciplinaridade, Vasconcelos (1997) entende que ela envolve uma radicalização da interdisciplinaridade. Paul (2005) ressalta que a transdisciplinaridade é marcada pelo seu caráter inovador. Segundo ele, a sua novidade está em trazer uma metodologia compatível com a sociedade contemporânea. Em geral, o autor afirma que a transdisciplinaridade compreende alguns referenciais e, entre eles, estão: a abertura de fronteiras entre as disciplinas, porém sem negá-las; e integração do conhecimento fragmentado e abordagem da vida mediante a sua complexidade. Por isso, essa vida complexa que envolve intercessões, heterogeneidades, descontinuidades e uma série de emaranhados é, para o autor, o que justifica a necessidade da transdisciplinaridade, ou melhor, de uma nova organização do conhecimento.

Alguns autores, como Inojosa (2001), preferem tratar a intersetorialidade como transetorialidade. Para ela, essa designação retrata nas políticas públicas o debate que se firma no campo do conhecimento no que se refere à transdisciplinaridade e, a seu ver, a discussão sobre a transdisciplinaridade ganha corpo com a Teoria da Complexidade de Edgar Morin. A autora cita uma passagem na qual Morin fala que as disciplinas fecharam-se em si mesmas, construindo saberes isolados. E ainda fazendo referência a algumas proposições desse teórico, ela expressa o entendimento dele sobre a transdisciplinaridade como algo que é muito mais do que um conjunto de saberes, mas como um conhecimento novo que se constrói a partir do encontro das diferentes disciplinas.

Quando Inojosa (2001) se refere ao esforço no contexto acadêmico em romper com o que ela chama de clausuras setoriais na produção do conhecimento, representado pela defesa da transdisciplinaridade, pode-se perceber que o esforço que se delineia no campo das políticas públicas com o intuito de romper com a ação e a gestão setorializada, aqui representado pela defesa da intersetorialidade, guarda aspectos e motivações em comum. Mais clara ficará essa aproximação ao tomar como ponto de partida a compreensão da palavra complexidade²⁵.

Por isso, devido às questões e debates que envolvem o termo transetorialidade, Inojosa (2001) afirma que ele se encontra amparado no paradigma da complexidade. A autora traz um posicionamento crítico sobre o prefixo 'inter', se colocando em defesa do termo transetorialidade, pois o primeiro prefixo pode designar apenas uma noção de aproximação de saberes, mantendo-se aquelas clausuras setoriais já citadas. Ao contrário, o

²⁵ O conceito de complexidade, segundo Edgar Morin, será discutido no capítulo 7.

prefixo 'trans' permite pensar numa *articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos* (p. 103).

Para Tumelero (2011), a discussão sobre a dissociação disciplinar traz implicações não apenas na prática profissional, como também na forma como se percebe o sujeito e na organização do Estado. Diante disso, a autora reforça a importância da noção de transdisciplinaridade no âmbito das políticas públicas em decorrência da sua capacidade de conduzir a ações mobilizadoras. E ainda, não deixa de destacar as dificuldades que estão envolvidas num projeto como este.

Sobre as dificuldades que podem se manifestar na busca pela transdisciplinaridade, é essencial considerar o que Fagundes e Burnham (2001) chamam a atenção sobre a maneira como se encontra organizado o ensino, destacando o ensino universitário. Elas mencionam o fato de que o ensino se constitui num arranjo compartimentalizado, o que pode ser constatado na sua estrutura curricular. Ao pensar de forma especial a situação do ensino superior, elas afirmam o fato de que as disciplinas são tratadas como se tivessem pouca ou até mesmo nenhuma articulação entre si e com as vivências do cotidiano ou, então, até vislumbram a prática profissional, mas sem reflexão. Nesse modelo de ensino, o aluno não tem os subsídios necessários para um olhar mais amplo acerca do saber. Por isso, segundo as autoras, têm sido feito questionamentos quanto à capacidade desse ensino para formar profissionais com uma atuação crítico-reflexiva.

Esse debate sobre o ensino e, conseqüentemente, sobre a prática profissional comunga com o que Morin (2007a) fala sobre uma discrepância que há entre a forma como os saberes se encontram dispostos – compartimentalizados em disciplinas – e a natureza das demandas e necessidades postas pelo mundo, as quais, por sua magnitude, exigem abordagens multidimensionais e transversais. Com isso, o teórico diz da impossibilidade do saber de dar conta das interações e intercessões entre a parte e o todo. Ou seja, a organização fraturada do saber o impede de responder às demandas da realidade, pois *o retalhamento das disciplinas torna impossível apreender o que é 'tecido em conjunto', isto é, o complexo, segundo o sentido original do termo* (p. 14).

Talvez, a superação desse retalhamento e dessas limitações apontadas acima possa ser superada por meio de experiências inovadoras, como a que é apresentada por R. Gomes, Francisco, Tonhom, M. C. G. Costa, Hamamoto, O. L. Pinheiro, H. M. Moreira e Hafner (2009). Os autores retratam a iniciativa desenvolvida em uma faculdade de medicina do estado de São Paulo que, diferentemente dessa situação abordada acima, tem investido na reformulação de seu currículo pedagógico. Este tem fomentado um processo

de ensino-aprendizagem articulado às demandas individuais e coletivas da comunidade, baseado em problemas, integrando prática e teoria. Logo, essa instituição tem caminhado para uma atuação que transcende a doença e considera, por exemplo, aspectos sociais e culturais.

Por último, julga-se pertinente destacar uma passagem do trabalho de Tumelero (2011), onde se verifica que,

[...] diante de vários aspectos que atualmente caracterizam o trabalho nas políticas públicas, em especial a sobrecarga de demandas, o limitado número de servidores a exemplo de áreas como a saúde, a assistência social, a educação, os restritos espaços de estudos e planejamento integrados – ainda que em equipes multidisciplinares de um determinado setor, compreendido como processo primeiro na direção de debates e estratégias articuladas de ação intersetorial – consideramos ser mais plausível trabalharmos sob a perspectiva da interdisciplinaridade (p. 11).

Portanto, apesar das aproximações teóricas que o termo intersetorialidade permite com as duas noções aqui expostas (interdisciplinaridade e transdisciplinaridade), percebe-se que as reflexões apontam para alguns desafios que precisam ser superados na prática. Somente a partir disso, será possível pensar a intersetorialidade como uma noção que esteja diretamente ligada à de transdisciplinaridade. Assim, Tumelero (2011) convida, nessa citação acima, para uma atitude mais cautelosa: a de trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade. Mesmo porque, como vem sendo apresentado, ainda há muito para se caminhar.

7 – A TEORIA DA COMPLEXIDADE

7.1 – O pensamento humano atrofiado e a perda da complexidade

As proposições da Teoria da Complexidade ajudam a pensar as questões da sociedade, do homem e do universo do conhecimento, apontando os limites existentes e as necessidades de reformas. Neste sentido, as suas proposições são válidas para se pensar o presente objeto de estudo em meio ao seu contexto de existência – a construção das ações intersetoriais, contemplando tanto as práticas das equipes quanto as demandas da família investigada.

Uma das grandes questões colocada por Morin (2007a; 2007b) é a incompatibilidade existente entre a natureza do conhecimento e a natureza dos problemas dos quais este conhecimento trata. Com isso, veem-se conhecimentos ou produções científicas fraturadas, fragmentadas pelas disciplinas que os produzem, ao passo que as demandas sociais são de caráter multifacetado, transversal, ou, ainda, como Morin (2007a) diz, globais e planetários. Então, há algo estranho aí: pois, se os conhecimentos e os saberes não têm correspondido às demandas e problemas da sociedade, como eles serão capazes de oferecerem respostas?

De fato, esta é uma situação problemática, pois Morin (2007a; 2007b) entende que as consequências serão a perda da visão da complexidade, das interações e intercessões entre a parte e o todo e das entidades multidimensionais. Isso acontece porque, para o autor, o fechamento das disciplinas ou das especialidades em si mesmas, fenômeno que ele prefere chamar de hiperespecialização, impossibilita a visão do todo na medida em que este todo é dividido entre essas várias especialidades. Assim, cada especialidade trata de uma parte ou fatia deste todo, sem remetê-la ao todo novamente. Cada objeto é tratado de forma independente dos demais com o qual se encontra articulado e, em função disso, as noções da complexidade e da multidimensionalidade se perdem, pois as disciplinas não as contemplam.

Morin (2007a) propõe que um problema ou objeto de estudo seja tratado dentro de seu contexto e, ao mesmo tempo, este contexto deve estar referenciado a um contexto maior. Ou seja, é a relação entre a parte e o todo que ele julga essencial. Assim, pode-se pensar que um problema específico de uma dada comunidade deve ser tratado tendo-se em vista a ordem social mais ampla da qual ela faz parte, pensando então a dimensão

econômica, política, cultural, religiosa etc. Quando Morin (2007a) diz dessa ligação parte-todo, pode-se entender que ele quer dizer que o micro diz do macro e o conhecimento do primeiro remete ao segundo.

Quando Morin (2007a; 2007b) fala da complexidade, ele está falando dessa rede, ou seja, de algo que está tecido em conjunto. Neste sentido, ele se refere a um tecido/todo em que seus componentes/partes são interdependentes, o que coloca em questão a unidade – representada pela articulação e integração entre as partes na formação do todo – e a multiplicidade – representada pela diversidade das partes que compõem esse todo. Considerando isso, o homem é entendido enquanto unidade e diversidade: a unidade humana é uma síntese entre diferentes partes e dimensões – biológica, afetiva, psíquica, cultural, social, religiosa etc; enquanto que a diversidade não anula o todo e o todo não anula a diversidade, a multidimensionalidade humana. Sendo assim, aquele movimento, dito acima, de separar, desintegrar e unidimensionalizar o que é complexo, é para o autor um grande problema. Um exemplo disso é que,

na escola primária nos ensinam a isolar objetos (de seu ambiente), a separar as disciplinas (em vez de reconhecer suas correlações), a dissociar os problemas, em vez de reunir e integrar. Obrigam a reduzir o complexo ao simples, isto é, a separar o que está ligado; a decompor, e não a recompor; e a eliminar tudo que causa desordens e contradições em nosso entendimento (Morin, 2007a, p. 15).

Em contraposição a esta problemática, Morin (2007a; 2007b) fala de um conhecimento pertinente, capaz de situar o objeto em seu contexto, dentro da teia/rede/conjunto que faz parte. Morin (2007b) entende que é através dessa contextualização que o objeto ou as informações ganham sentido. Um conhecimento acerca da intersetorialidade, para que seja pertinente, deve então contemplar o contexto em que ela está sendo estudada e, conseqüentemente, o tecido dentro do qual se insere. Isso significa levar em conta o seu aspecto complexo, buscando compreender o território em que se desenvolve e os diferentes elementos que lhe atravessam e lhe dão cor. Mas, para este tipo de conhecimento contextualizado e integrado se efetivar, o teórico propõe que é necessário um movimento diferente do que se tem possibilitado: o desenvolvimento da mente humana (com a capacidade de problematizar e interligar os conhecimentos/problemas) e não o seu atrofiamento (a tendência a fraturar e a isolá-los).

Na verdade, as reflexões de Morin (2007a) apontam que, ao mesmo tempo em que se tem um bombardeamento de informações, estas ainda persistem desconexas. As informações são produzidas tão rapidamente que nem mesmo os especialistas conseguem

acompanhar o ritmo em que o conhecimento se produz no seu campo. Com isso, *cada vez mais, a gigantesca proliferação de conhecimento escapa ao controle humano* e por isso, *não conseguimos integrar nossos conhecimentos para a condução de nossas vidas* (Morin, 2007a, p. 17).

Essa forma de pensar defendida por Morin (2007a), que leva em conta o contexto e, portanto, a complexidade, também é chamada por ele de *ecologizante*. Assim, o pensamento *ecologizante* não apenas situa o conhecimento em seu contexto, como também leva em conta suas influências dentro deste contexto. Morin (2007a) pressupõe que para ser complexo não basta contextualizar, mas, sobretudo, considerar as interações e retroações entre o objeto e o contexto, ou como também propõe, as relações de reciprocidades parte-todo. Para isso, a saída estaria no que ele entende quanto à transformação das fronteiras que se impõem entre as disciplinas. Basicamente, envolve romper com as amarras que impedem as intercessões entre os conhecimentos produzidos e, ao romper com esses impedimentos, talvez possa se chegar às poli ou transdisciplinas.

Para materializar essa proposta do pensamento *ecologizante*, pode-se tomar como exemplo a atuação de um profissional de psicologia no contexto de saúde pública. Neste caso, espera-se que ele se dedique tanto no conhecimento do território de abrangência da instituição em que se encontra vinculado, quanto na identificação de sua população. Através disso, se dará o entendimento das articulações e reciprocidades estabelecidas entre os sujeitos e os seus territórios. Ao se apoiar no pensamento *ecologizante*, o profissional de psicologia compreenderá essa dinâmica que envolve o sujeito que demanda seus serviços e o local em que ele vive. Porém, pode-se supor que essa forma de pensar se potencializa com o estabelecimento de parcerias entre o psicólogo e os demais profissionais de outros setores presentes nesse mesmo território. Ou seja, é necessária a construção de um pensamento compartilhado entre o psicólogo, o médico, o enfermeiro, o assistente social, o professor etc. Isso, conseqüentemente, reafirma o valor da prática interdisciplinar e da intersetorialidade.

Nessa perspectiva, as questões do campo da saúde serão abordadas por aquele profissional de psicologia em sua concepção ampliada, na medida em que se contemplará as diferentes dimensões do território e os diferentes profissionais com seus respectivos setores. As demandas de saúde serão acolhidas tendo-se em vista o contexto em que elas existem e, até mesmo, como uma resposta a ele.

Sobre o fechamento disciplinar, Morin (2007a) o correlaciona com a *coisificação* do objeto, porque, junto com a perda do *tensionamento parte-todo*, tem-se a perda da

perspectiva da construção social do objeto. Com o fechamento disciplinar, o teórico percebe que a visão do objeto fica sujeita a tomá-lo como coisa autossuficiente, mesmo porque suas vinculações com o campo ao qual pertence se perdem. Junto com isso, ele também trata das relações que a disciplina trava com o objeto como se ele fosse um bem seu, privado e, assim, impede quaisquer tentativas de aproximação com campos diferentes. É uma relação de posse sobre o objeto, simultaneamente ao descomprometimento e a perda de responsabilidade em relação a ele por parte de outras disciplinas que não o tomam como objeto.

Diante dessas considerações, Morin (2007a) defende a abertura, de forma que a superação das fronteiras disciplinares permita a movimentação de elementos de um campo de saber para outro, o que implicaria, portanto, na retomada das responsabilidades perdidas quando se abandona a perspectiva da complexidade. Com base nessas propostas, entende-se que a noção da intersetorialidade é um exemplo do que o autor vem discutindo. Pensar na intersetorialidade é pensar numa integração que se opera tanto em termos de conhecimentos e teoria dos campos disciplinares envolvidos, quanto das suas práticas.

Assim, quando se toma, por exemplo, a questão da saúde percebe-se que ela é multidimensional e que de fato requer uma ação sinérgica entre os setores aqui tratados; ESF, CRAS e escola. Neste processo, a intersetorialidade favorece a retomada da responsabilidade entre os diferentes setores. Ao contrário, se cada setor se encerra em si mesmo e se julga responsável apenas por certa fatia do homem e de suas demandas, ocorre a coisificação referida por Morin (2007a), pois tanto o homem quanto suas necessidades são tomadas isoladamente da teia e do contexto em que pertencem e ganham sentido.

Seguindo a lógica trazida por Morin (2007a) pode-se compreender a intersetorialidade como um esforço de reestabelecer a articulação parte-todo. Uma vez que cada setor recebe uma demanda, esta será acolhida de forma específica, conforme o caráter e o papel da instituição em questão, levando em consideração os recursos que dispõe – tanto humanos quanto materiais. Mas, este acolhimento tem que levar em conta o todo também, estabelecendo uma sinergia entre esta ação específica e o que se tem feito em geral pelo indivíduo, o que corresponde com a noção já discutida de integralidade. É um movimento de pensar o que se faz dentro do espaço daquele setor em particular e, ao mesmo tempo, de saber o que se tem feito pelos demais e como estas ações podem se articular. Logo, está em jogo o micro e o macro. Talvez se possa correlacionar a intersetorialidade com a ideia de [...] *cooperação; melhor, objeto comum; e melhor ainda, projeto comum* (Morin, 2007a, p. 115).

Mas, esse projeto comum depende do conhecimento pertinente e ecologizante proposto neste referencial teórico. Afinal, como acolher o homem e as suas demandas desconsiderando o seu território e seu contexto de vida? Morin (2007a) entende que a resposta a *quem somos nós? é inseparável de onde estamos, de onde vivemos, para onde vamos?* (p. 37). Daí se entende a relevância das políticas públicas se centrarem nos territórios, na perspectiva da territorialização, defendendo ações que partam do conhecimento destes territórios e, assim, de suas famílias. No caso de uma política fragmentada, Morin (2007b) sugere que não há oportunidades para [...] *a compreensão da vida, dos sofrimentos, dos desamparos, das solidões, das necessidades não-quantificáveis* (p. 110). Ou seja, basicamente não se pode conhecer os indivíduos para os quais as ações e programas sociais como, por exemplo, o PBF, se destinam.

Para Morin (2007a), o homem é tanto biológico quanto cultural. A parcela biológica do homem remete ao seu corpo, seu organismo. Mas, este orgânico também é perpassado pela dimensão cultural, na medida em que ele está sujeito às regras, normas, proibições, valores etc. Assim, nosso funcionamento orgânico está configurado pela cultura²⁶, ou seja, o uso que se faz do corpo (o comer, o beber, o defecar e o sexo, por exemplo) está ligado à ordem cultural, ao que está estabelecido culturalmente num certo meio social. Em função disso, o teórico diz do homem enquanto parte que contém o todo, pois no corpo do homem estão presentes marcas e traços de uma ordem maior.

Quando o homem não é considerado por estas duas vias – biológica e cultural – tem-se um problema. Para Morin (2007a), as ciências humanas representam esse problema, pois estando fragmentadas não conseguem pensar o humano em sua complexidade, na síntese do orgânico com o cultural. Ora percebe-se o homem apenas biologicamente ora apenas culturalmente, não o vendo de forma integral. Assim, ao contemplar uma dessas dimensões, a outra é anulada. *Aqui se apresenta um problema epistemológico: é impossível conceber a unidade complexa do ser humano pelo pensamento disjuntivo [...] que restringe a unidade humana a um substrato puramente bio-anatômico* (Morin, 2007b, p. 48).

Outra contribuição de Morin (2007a; 2007b) se refere às reflexões sobre a incerteza do conhecimento, assim como da ação. Sobre o conhecimento, o teórico entende que a incerteza se explica pela incapacidade de conhecer o objeto tal como ele é, pois o conhecimento não é como um espelho. O conhecimento é, então, uma tentativa de aproximação, ou, como ele diz, uma tradução e construção, e nesse processo o erro pode se

²⁶ De acordo com Morin (2007b), a cultura seria o conjunto de saberes, fazeres, regras, normas, proibições, crenças, valores, mitos, ideias, herdado de geração para geração e que é responsável por regular a vida social.

manifestar, sobretudo, porque Morin (2007b) entende que este processo será perpassado por questões do pesquisador como os seus desejos, projeções, medos, visão de mundo etc. A partir disso, pode-se fazer construções não compatíveis com o objeto, mesmo porque, como o teórico já vem apontando, há também a dificuldade de contemplar a complexidade. Logo, *conhecer e pensar não é chegar a verdade absolutamente certa, mas dialogar com a incerteza* (p. 59). No que se refere à ação, Morin (2007a) apresenta que ela pode conduzir a resultados não esperados. Ele explica que, uma vez que a ação se inicia, abre-se um campo de interações e isso conduzirá a resultados que podem ser diferentes dos que se pretendia inicialmente. Neste sentido, pode-se dizer que a ação comporta um quanto de incerteza por não ter resultados previsíveis.

Essas reflexões indicam que, em se tratando de intersetorialidade, a incerteza se apresenta pelo fato de que a sua execução dependerá das relações e dos elementos que estiverem em jogo num dado momento e, com isso, cada ação poderá ser específica e singular e, ao mesmo tempo, imprevisível. Assim, embora se parta de finalidades, o caminho de execução poderá conduzir os profissionais para fins diferentes. Isso faz com que a intersetorialidade seja singular, mesmo que as demandas que a motivaram sejam as mesmas. Por isso, os profissionais se verão constantemente perante o desafio da incerteza, da impossibilidade de traçar percursos rígidos para *o fazer* intersetorial, o que é importante por reforçar a necessidade de ler o contexto em que se dará a ação e, como propõe Morin (2007b), estimular uma revisão de teorias e ideias. Com a incerteza, restam aos profissionais se apoiarem nas próprias pistas que o meio oferece para poder caminhar.

Ainda sobre a incerteza que paira sobre a ação, Morin (2007a) faz considerações importantes sobre duas noções: programa e estratégia. No programa, o que ele identifica como sendo o modelo predominante no sistema de ensino, tem-se uma determinação do caminho tendo em vista os objetivos que se espera. Neste modelo, o programa envolve certa inflexibilidade, pois ao determinar *a priori* o caminho da ação, corre-se o risco de fracassar quando se depara com algo inesperado. O programa só é válido se as condições de execução são estáveis, de tal forma que o que se planejou previamente corresponda ao que se obteve no final. Já na estratégia, embora haja também um planejamento prévio, considera-se a ocorrência do acaso. Assim, caminhos para a ação são traçados e escolhidos conforme as condições existentes. Com isso, é feita uma leitura das condições e dos acasos para que se possa escolher o melhor percurso para desenvolver a ação. Então, se constrói diferentes caminhos para diferentes situações, ou seja, frente ao acaso, a estratégia oferece alternativas para se chegar aos objetivos.

De acordo com essa proposta de Morin (2007a), entende-se que é mais pertinente pensar a saúde da família sob o prisma da estratégia²⁷ do que do programa, o que quer dizer que as suas intervenções devem partir do entendimento de que seu campo de ação não é estático e, dessa forma, devem sempre partir de um planejamento que conceda espaço para o acaso, ou, como o autor menciona, a incerteza. Atender às necessidades de uma comunidade e intervir na promoção da saúde da população requer uma perspectiva que contemple a possibilidade de mudanças de rota frente aos movimentos que podem ser vivenciados no território. Então, nem sempre o que foi planejado previamente pela equipe de saúde da família irá se desenrolar da maneira como se previu. Também, pode-se inferir que o planejamento rígido acaba por nublar a visão da equipe no enfrentamento das demandas sociais, pois se fica preso naquilo que está previamente delineado e as possibilidades de criação dos profissionais fica ameaçada.

Num artigo de Cukierman (2011), são apresentadas outras contribuições para se pensar o planejamento das ações – o livro *Plano e Ações Situadas* de Lucy Suchman de 1987, com base nas ideias do antropólogo Thomas Gladwin sobre essas duas conceituações que intitulam a obra. Este chegou e essas duas concepções a partir da análise das formas de navegação de turqueses e europeus, indicando que estes últimos partem de um plano, o que seria semelhante à noção de programa de Morin (2007a) e, os primeiros de um objetivo, aproximando-se da perspectiva da estratégia. Para ilustrar essa diferença tem-se a seguinte passagem:

Segundo Gladwin, o navegador europeu principia com um plano/modelo – um curso – projetado de acordo com certos princípios universais, ao qual relaciona todos os movimentos de sua viagem, e, portanto, seu esforço é o de manter-se no curso previamente planejado. Se eventos inesperados ocorrem, o navegador europeu tem de primeiro alterar o plano/modelo para somente então responder da ‘forma devida’. Já o navegador da Micronésia começa com um objetivo em vez de um plano/modelo, partindo rumo ao seu objetivo e respondendo às eventualidades, de forma *ad hoc*, à medida que vão aparecendo. Desta forma, faz pleno uso das informações fornecidas pelo vento, pelas ondas, pela maré, pela corrente, pela fauna, pelas estrelas, pelas nuvens, pelo som da água batendo no barco, navegando em absoluta conformidade com todas elas. Seu esforço é direcionado para alcançar seu objetivo, porém, se lhe é fácil responder sobre seu objetivo, não consegue fazê-lo com relação ao seu curso. Esse esforço de partir rumo a um objetivo de forma *ad hoc* constitui aquilo que Suchman denomina de uma *ação situada* (Cukiernan, 2011, p. 216).

²⁷ A noção de estratégia trazida por Morin (2007a) não é o que orienta as políticas públicas brasileiras na adoção da sigla ESF, em substituição à de PSF. No entanto, essa é uma articulação realizada nesta pesquisa a partir do estudo da Teoria da Complexidade.

Pelo que se percebe, o planejamento de uma ação ou de uma rota envolve duas dimensões: o universal e o particular. Não se pode negar que, assim como na navegação, os trabalhos das instituições aqui pesquisadas partem de princípios norteadores que se encontram difundidos em todo o território nacional. Porém, as suas ações envolvem uma negociação entre isso que é global e aquilo que é particular, específico do seu contexto de existência. Há, conseqüentemente, que se construir um plano que não desconsidere o que já se encontra normatizado, mas que, por outro lado, não perca de vista os referenciais locais.

Portanto, ao se escorar em um esquema prévio, a saúde da família (assim como a escola e o CRAS) corre o risco de perder de vista essa singularidade e complexidade do seu próprio território. Em contrapartida, sob a perspectiva da estratégia, permite-se que o próprio contexto em que ela se encontra e as demandas que acolhe, ditem qual o melhor percurso a se seguir. As diretrizes e os princípios que devem orientar a saúde da família, como já dito, são os mesmos para todo o território nacional, mas dentro de cada realidade local, ao se definir como estratégia, as suas ações podem ganhar contornos peculiares em função dos acasos e das particularidades a que está sujeita. Isso demonstra que a mudança de PSF para ESF é de fato pertinente e Morin (2007a) fornece os argumentos para essa afirmação.

A leitura do trabalho de Morin (2007a) vai caminhando para a constatação da existência de limites e da necessidade de reformulações no pensamento humano e na construção do conhecimento. As proposições do teórico indicam que é imprescindível uma abordagem sistêmica, na qual o conhecimento parte-todo seja interdependente. Neste sentido, ele se refere à noção de holograma, em que a parte contém informação do todo. No entanto,

[...] não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Assim, cada célula é uma parte de um todo – o organismo global –, mas também o todo está na parte; a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo, enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas (Morin, 2007a, p. 94).

O teórico defende um pensamento que funcione sobre essa lógica do holograma, que valorize a multidimensionalidade, que contemple o objeto numa perspectiva integradora e não fragmentada. Esse é o [...] *pensamento capaz de não se fechar no local e no particular, mas de conceber os conjuntos* [...] (p. 97). Porém, Morin (2007a) acredita que somente a partir dessa reforma do pensamento é que será possível buscar uma reforma das instituições. Assim, quando se propõe mudar a lógica setorializada de funcionamento

dos serviços públicos, como os que aqui são tratados, deve-se operar uma mudança na forma de pensar e perceber o homem, suas demandas e seu contexto. Isso se refere ao que Morin (2007b) menciona sobre o conceito de bem-pensar. Para ele, o bem-pensar (ou a cabeça bem-feita) está associado à capacidade de contemplar o conjunto, [...] *o ser e o seu meio ambiente, o local e o global, o multidimensional, em suma, o complexo, isto é, as condições do comportamento humano* (p. 100). Na ausência do bem-pensar, a proposta de um projeto comum poderá fracassar.

O que a Teoria da Complexidade de Morin (2007b) constata, de forma geral, é que a forma como o pensamento ou a organização do conhecimento está estabelecida não contempla o conjunto, o complexo, as redes que se formam entre as partes e o todo. O que os seus trabalhos (2007a; 2007b) apontam é que este pensamento tem atuado no sentido de desintegrar o que deveria estar integrado, de parcelar o que é complexo. Nesse processo, há uma dificuldade de compreender e abordar o homem e as suas demandas, ao passo que apontam para uma abordagem multidimensional. Diante disso, o teórico entende que é necessário reformar esse modo de pensar e de organizar o conhecimento, o que deve se operar tanto no indivíduo quanto nas suas instituições. Para Morin (2007a), uma reforma depende e leva à outra, ou seja, a reforma do pensamento requer e leva à reforma das instituições, porque não adianta reformar o pensamento se as organizações continuam da mesma forma e vice-versa.

Assim, a Teoria da Complexidade propõe uma reforma do ensino (que tradicionalmente estaria atuando no esgarçamento do complexo) e uma reforma do pensamento para que se promova o bem-pensar ou a cabeça bem-feita, em contraposição à tendência ao atrofiamento do pensamento que não consegue visualizar o todo e a parte, o global e o local. Em suma, traz apontamentos dos limites do pensamento ou da organização do conhecimento e indica a necessidade de reformas. No que se refere à intersectorialidade, pode-se inferir que o movimento proposto é compatível com as discussões de Morin (2007a; 2007b), com a constatação da natureza complexa do homem e da sociedade.

8 – OBJETIVOS

8.1 – Objetivo geral

Esta dissertação busca compreender como estão sendo construídas as ações intersetoriais entre o CRAS, a ESF e a educação básica da cidade de Barbacena, dentro de suas respectivas áreas de abrangência. Ou seja, trata-se de estudar a construção da intersetorialidade, no decorrer dos processos de trabalho das equipes, face à especificidade deste seu território.

8.2 – Objetivos específicos

Pretende-se ainda compreender:

- 1) Quais são os principais fatores que atuam como facilitadores e dificultadores para a consolidação da intersetorialidade entre o CRAS, a ESF e a educação básica dentro de seus territórios de ação.
- 2) Qual o sentido atribuído, o conhecimento e as percepções acerca da ação intersetorial pelos profissionais, sendo um profissional de cada setor, e por uma família usuária dos serviços que é beneficiária do PBF e indicada pelo CRAS para compor o estudo.

9 – MÉTODO

Considerando o ciclo de pesquisa proposto por Minayo (2009), este estudo se encontra estruturado, basicamente, em três momentos: fase exploratória, trabalho de campo, análise e tratamento do material empírico e documental.

9.1 – Fase exploratória

Na fase exploratória ocorreu o que Minayo (2009) identifica como a produção do projeto de pesquisa e preparação para a entrada no campo de estudo. Assim, além do projeto propriamente, com a definição do método para a coleta e análise dos dados, foram construídos os instrumentos para a posterior coleta (apêndices 1, 2, 3, 4, 5 e 6). E, finalmente, foram realizados os primeiros contatos com o campo de investigação, o que possibilitou, de acordo com a autora, a delimitação do objeto de estudo e a definição dos espaços e da amostra.

O estudo foi realizado na cidade de Barbacena e, para isso, foi agendada uma reunião no ano de 2012 com os gestores da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social²⁸, da Educação e da Saúde visando esclarecer-lhes a respeito desta investigação e obter o consentimento da sua realização no município. Com a mudança da gestão após as eleições, foi agendada outra reunião em 2013 com os novos responsáveis por essas três secretarias e, assim, a obtenção de novo consentimento.

No ano de 2012, após o consentimento e levantamento junto a essas secretarias de governo quanto ao número de CRAS em funcionamento e suas respectivas localizações, bem como das escolas municipais e das ESF localizados dentro do mesmo território de ação de cada um dos CRAS identificados, é que foi feita a seleção das unidades participantes. Em vista do grande número de ESF e escolas apontadas no levantamento, percebeu-se que seria impossível abranger todas essas unidades na pesquisa, sendo necessário, portanto, um recorte do campo. Ao todo, foi levantado um total de dois CRAS, sendo um responsável por quinze bairros e o outro por onze; doze escolas municipais e estaduais e; onze ESF.

²⁸ No ano de 2013, com a nova gestão municipal, o CRAS passou a estar vinculado a uma nova secretaria: a Secretaria Municipal de Coordenação de Programas Sociais [SECOPS].

Neste sentido, definiu-se como universo de pesquisa um CRAS, aquele responsável por quinze bairros, uma ESF e uma escola, ambas dentro do território de cobertura deste CRAS. Além disso, também participou do estudo uma família usuária destas três instituições.

Para que se desse a escolha do CRAS, foi feita uma visita nas duas instituições existentes no município e, a partir daí, optou-se por trabalhar com aquele que apresentou estar mais bem estruturado tanto em termos de infraestrutura (como, por exemplo, maior espaço físico – possibilitando a realização de diferentes oficinas – e quadra de esportes), quanto em termos de ações intersetoriais. Assim, o CRAS selecionado foi o que estava mais compatível com os propósitos do estudo. Inclusive, já no primeiro contato com este CRAS, tomou-se conhecimento de uma reunião que seria realizada com toda a rede de serviços de sua área de cobertura, com o propósito de promover a intersetorialidade. Essa reunião foi uma iniciativa desta instituição e a pesquisadora pôde participar deste momento, tomando conhecimento dos diferentes profissionais e ações do seu território.

Tendo selecionado o CRAS, deu-se início a seleção da ESF e da escola. Nos contatos com os gestores municipais das três áreas, a pesquisadora foi informada da existência de uma ESF e de uma escola que funcionam dentro de um mesmo espaço físico. Esta situação chamou a atenção da equipe de pesquisa pela proximidade, pelo menos física, entre as duas instituições em que dentro de um mesmo pátio, lado a lado, coexistem os serviços. Assim, em vista desta condição, julgou-se pertinente escolher esta escola e esta ESF.

Portanto, tendo definido os três serviços é que se deu a escolha da família participante, a qual contou com a colaboração do CRAS. Para a inclusão da família no estudo, foram estabelecidos os critérios de ser beneficiária do PBF e de estar referenciada à ESF e à escola selecionada. Como as três famílias indicadas pelo CRAS atendiam a estes critérios, deu-se atenção a outros aspectos adicionais que facilitariam a seleção, como o número maior de filhos, a criança mais nova e o maior número de membros vinculados às instituições. A definição do PBF como critério de inclusão se explica em função das condicionalidades do programa que reforçam a vinculação do usuário com os três setores estudados. A participação da família nesta pesquisa vem como recurso para visualizar, na prática, como a intersetorialidade se constrói, ou seja, como as três instituições se interrelacionam para responder às suas demandas.

Destas três famílias, optou-se por uma que, segundo o cadastro no CRAS, é constituída pela mãe e por seis filhos entre a faixa etária de três a dezessete anos de idade. O fato, por exemplo, de haver crianças poderia ser um aspecto interessante para o estudo com a possibilidade de haver uma maior demanda da família pelos serviços da ESF, além dos demais filhos que já se encontram em idade escolar, estando três deles na escola selecionada e um vinculado às ações do CRAS. Assim, essa família não apenas é a que tem um maior número de filhos em relação às outras duas, como são filhos com maior diferença de idade e que podem resultar em diferentes demandas aos serviços. Além disso, é a família que tem mais membros vinculados às instituições selecionadas.

No entanto, ao ir até a residência dessa família para explicar sobre o estudo e fazer o seu convite, constatou-se certa dificuldade: a mãe, que é o único membro maior de dezoito anos que poderia participar da pesquisa, trabalha o dia todo e só chega em sua casa à noite. Mas, nessa mesma visita notou-se que essa senhora tinha outro filho, o qual não estava elencado entre os demais no cadastramento do CRAS. Este, além de ser maior de dezoito anos, tinha disponibilidade para participar do estudo em qualquer horário por não ter emprego formal. Assim, em função dessa maior facilidade para manter contato com a pesquisadora, optou-se por acompanhar esse sujeito, que também possui uma residência no mesmo local. Essa nova família selecionada é composta pela mãe, pelo marido e mais três filhos, entre a faixa etária de sete e treze anos. Como houve o atendimento dos critérios previamente estabelecidos – ser beneficiária do PBF e estar vinculada aos serviços pesquisados – acredita-se que essa substituição do primeiro grupo familiar não trouxe nenhum prejuízo para os objetivos do estudo.

A definição do CRAS como sendo o ponto de partida para a identificação das demais instituições a serem pesquisadas e também da família se deve à sua especificidade, pois nem todas as famílias do seu território são usuárias de seus serviços, embora pudessem estar vinculadas à ESF e à escola. Portanto, frequentar a escola é uma obrigatoriedade que deve ser assumida pela família (sobretudo, quando há crianças e adolescentes, com idade escolar, em sua composição), bem como o acompanhamento das condições de saúde de seus membros (por exemplo: controle de vacinação, de peso, de doenças crônicas, realização de pré-natal etc.), mas não obrigatoriamente será usuária do CRAS, seja por não haver interesse de sua parte ou por não corresponder ao que se entende como sendo o perfil do público-alvo desta instituição.

Isso não significa negar o caráter universal do CRAS, pois, como já foi mencionado no segundo capítulo, ele deve se fazer acessível a todos que dele necessitar. Porém, o

campo da assistência social ainda está sujeito a certas distorções quanto ao entendimento do caráter de suas ações, o que é compartilhado socialmente, como se fossem destinadas apenas para os pobres. Nesse processo, mesmo que uma família ‘rica’ se encontre vulnerável, não há garantias, em função dessa distorção, de que ela irá recorrer aos serviços do CRAS, justamente por perceber que este espaço não é para ela. Por essa razão, tende a persistir uma concepção social de CRAS que acaba por restringir o acesso universal aos seus serviços, mesmo porque, frequentemente, a vulnerabilidade é pensada apenas dentro do prisma econômico, e, com isso, pode-se ter um desafio para que ele se constitua como a ‘Casa das Famílias’.

Logo, deve-se também ressaltar que a escolha do CRAS como estratégia para se identificar os demais setores não se deve pelo fato de julgá-lo mais relevante ou mais responsável em relação aos demais na promoção das ações intersetoriais, pois aqui os setores são vistos, em tese, como corresponsáveis numa relação horizontal, conforme indicaram as discussões do sexto capítulo.

O momento da entrada no campo envolveu os elementos apontados por Minayo (2009) como aspectos necessários no processo de formalização da pesquisa: apresentação (tanto da pesquisadora quanto do projeto, momento crucial para a abertura do campo à análise); menção do interesse da pesquisa (exposição dos objetivos do estudo e da sua relevância no processo de construção do conhecimento); apresentação de credencial institucional (foi apresentado aos gestores um ofício assinado pela pesquisadora, pelo orientador e co-orientador e pela coordenadora do Programa de Mestrado, o qual continha informações gerais sobre a pesquisa com a apresentação de sua vinculação ao Programa de Mestrado em Psicologia da UFSJ e, posteriormente, assinado por cada gestor como demonstrativo de seu consentimento); explicação dos motivos da pesquisa em linguagem acessível; justificativa da escolha do entrevistado (foi apresentada a justificativa do interesse da pesquisa e o porquê da escolha dessas instituições); garantia de anonimato e de sigilo (foi apresentado em um encontro com os coordenadores de cada instituição, após consentimento dos secretários, o protocolo do comitê de ética que esclarece os cuidados éticos no processo de coleta e análise dos dados); e conversa inicial (no contato com as instituições do CRAS, ESF e escola foi possível conhecer alguns profissionais de suas equipes e as suas disponibilidades para a participação no estudo).

9.1.1 – O método para coleta dos dados

Nesta investigação, foi utilizado o método estudo de caso como estratégia para a coleta dos dados. Segundo André (1984), o estudo de caso é um método que parte da interpretação do seu objeto dentro do contexto em que este se insere e, para isso, pode-se recorrer a diferentes fontes de informação que são obtidas em diferentes momentos, situações e também através de diferentes informantes. Ela ainda se refere à possibilidade que o investigador dispõe, por meio deste método, de descrever a realidade de forma completa e a experiência obtida no decorrer do seu estudo. Para a autora, *este tipo de estudo pretende revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa dada situação, focalizando-a como um todo, mas sem deixar de enfatizar os detalhes, as circunstâncias específicas que favorecem uma maior apreensão deste todo* (p. 52).

Com base na classificação dos estudos de caso apresentada por Gil (2009) – exploratórios, descritivos, explicativos e avaliativos – conforme os objetivos do mesmo, o que foi adotado aqui pode ser entendido como sendo o de natureza descritiva. Coerentemente com o que o autor propõe, esta pesquisa, ao se organizar em torno do ‘como?’, vai à busca das diferentes matizes que configuram o fenômeno e os variados posicionamentos a seu respeito.

Para Ventura (2007), o estudo de caso visa conhecer as características importantes do objeto de estudo. Ou seja, trata-se de investigar um sistema bem delimitado, situado em dado tempo e espaço. Para Peres e M. A. Santos (2005), este sistema pode ser, por exemplo, uma comunidade. De acordo com estes dois últimos autores, o pesquisador ao recorrer a esta estratégia metodológica, deve analisar uma variedade de aspectos que podem estar compreendidos no objeto de estudo e ainda estar ciente de que este não resulta apenas da soma dessas partes que o compõe, isso implica em reconhecer a sua complexidade. Por isso, este método permite investigar a intersetorialidade entre o CRAS, a ESF e a escola com a consideração de seus múltiplos aspectos.

O estudo de caso, segundo Ventura (2007), é válido para pesquisas que se baseiam no questionamento do como e do por que, o que é pertinente quando se indaga acerca de como a intersetorialidade tem sido construída (reforçando a natureza descritiva da presente pesquisa, como discutido acima). Ela ainda entende que a sua aplicação é adequada em pesquisas que contam com o trabalho de um pesquisador individual, permitindo que seu objeto de interesse seja abordado em profundidade dentro de um intervalo de tempo limitado. Ajusta-se muito bem a fenômenos que ainda apresentam um campo de

conhecimento limitado a seu respeito. Além disso, não só permite que se explorem as várias dimensões de um fenômeno, como também que o planejamento da pesquisa seja flexível e ajustado conforme as necessidades apontadas no decorrer do trabalho de campo.

Apoiada nas orientações de Gil (1995), Ventura (2007) apresenta que o estudo de caso compreende as seguintes etapas: delimitação da unidade que constitui o caso; coleta de dados; seleção, análise e interpretação dos dados e, por último, elaboração dos relatórios parciais e finais. Nesta pesquisa, a primeira etapa é referente aos procedimentos descritos na fase exploratória para se chegar ao CRAS, à ESF e à escola que compõem o caso; a segunda aos procedimentos descritos na seção ‘Os instrumentos de coleta de dados’, envolvendo entrevistas semiestruturadas, questionários sociodemográficos, análise de documentos e observação participante; a terceira é a identificação entre todos os dados levantados no campo, daqueles que são relevantes ao estudo tendo em vista seus objetivos, pois nem todas as informações necessariamente devem ser analisadas, apenas aquelas que são importantes para responder aos objetivos definidos e; a quarta se encontra descrita na seção “Análise e tratamento do material empírico e documental”. Finalmente, na última etapa sugerida por Ventura (2007) é que se tem a produção da dissertação propriamente.

Embora esta pesquisa se concentre em torno de três serviços e de uma família, trata-se de um estudo de caso único, pois o fenômeno investigado é apenas um: a intersetorialidade. Com base em Gil (2009), pode-se entender que o CRAS, a ESF, a escola e a família constituem-se com unidades de análise, integrando o mesmo caso ou o mesmo fenômeno.

A escolha pelo estudo de caso se deu por perceber a sua capacidade de valorização da totalidade e complexidade do fenômeno, mostrando-se, portanto, que é pertinente à natureza do objeto – a intersetorialidade – e ao referencial teórico adotado – a Teoria da Complexidade. Com base no que propõe Morin (2007a; 2007b), o saber deve ser construído de forma a contemplar a relação entre a parte e o todo, numa abordagem multidimensional e transversal, mesmo porque, como ele defende, a vida está tecida em conjunto, numa rede de intercessões. Por isso, o estudo da intersetorialidade requer uma abordagem que se valendo de diferentes dispositivos possa vislumbrar essas intercessões. O estudo de caso se apresenta, então, como um caminho adequado para compreender o objeto em sua multidimensionalidade e complexidade, no sentido proposto por Morin (2007a; 2007b).

9.2 – O trabalho de campo

Esse momento da pesquisa, de acordo com Minayo (2009), corresponde ao movimento de transpor para o campo de estudo as construções feitas na etapa anterior. Ou seja, é o momento do pesquisador se colocar em interação com seu objeto, valendo-se dos instrumentos de coleta de dados como tentativas de aproximação do campo de análise. Para a autora, esta é a etapa da interação do pesquisador com os atores.

9.2.1 – Os instrumentos de coleta de dados

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, questionários sociodemográficos e observação participante. A entrevista, como definida por Minayo (2009), consiste em uma conversa que apresenta uma finalidade e que, neste caso, sendo semiestruturada, concede certa liberdade ao entrevistado e à pesquisadora no manejo desta conversa.

Os roteiros das entrevistas semiestruturadas (apêndices 1, 2, 3 e 4) foram construídos pela pesquisadora juntamente com o orientador, o co-orientador e com a equipe de pesquisa. As entrevistas foram realizadas com três profissionais, um de cada instituição, e o entrevistado pôde ser indicado por cada coordenador, conforme quem ele percebeu ser o melhor conhecedor da temática abordada. As entrevistas visaram conhecer situações práticas do cotidiano profissional em que a ação intersetorial pudesse se fazer presente, explorando exemplos de casos em que a intersetorialidade tenha ocorrido e seus desfechos. Além disso, visou levantar o que este conceito significa dentro de cada contexto pesquisado, seus vários sentidos bem como os desafios e facilitadores que se associam à sua concretização.

A entrevista também se destinou a um membro maior de dezoito anos da família selecionada, permitindo compreender as suas experiências junto aos setores investigados no que tange à forma como se dá a resposta às suas demandas. Para isso, o instrumento possibilitou explorar qual o conhecimento, o sentido e as percepções do grupo familiar acerca das ações intersetoriais construídas pelas equipes dos três serviços em que é usuária.

Antes da aplicação da entrevista ela foi apresentada à família para verificar se as suas questões eram de fácil compreensão, podendo-se a partir disso fazer as devidas adaptações que favorecessem o diálogo. A entrevista que se destinou aos profissionais

também foi apresentada a um membro da equipe de uma das instituições em uma das visitas da pesquisadora e este considerou que as questões estavam claras, não necessitando nenhum ajuste. Tanto as entrevistas quanto os questionários foram realizados em dias, horários e locais previamente acordados com os sujeitos.

O questionário sociodemográfico, também construído pela equipe de pesquisa, visou aprofundar o conhecimento de variáveis pessoais dos profissionais e de aspectos da vida familiar, como número de membros, renda e condições de moradia.

Quanto à observação participante, de acordo com Minayo (2009), seu uso se encontra associado à possibilidade de que o pesquisador seja um

[...] observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente (p. 70).

A observação participante foi realizada com o propósito de avançar no conhecimento sobre o funcionamento das instituições, somando-se às informações coletadas pela entrevista. Pretendia-se, a princípio, que as observações também fossem realizadas durante a participação da família nos atendimentos prestados pelas equipes. Porém, julgou-se que seria mais cauteloso e ético não fazê-las para poder preservar o seu anonimato perante os serviços, com exceção do CRAS, já que foi através dele que se pôde ter acesso a esse núcleo familiar.

9.3 – Análise e tratamento do material empírico e documental

De acordo com Minayo (2009), este é o momento de trabalhar com os dados coletados à luz da teoria e das leituras que embasaram a construção da pesquisa.

O tratamento do material nos conduz a uma busca da lógica peculiar e interna do grupo que estamos analisando, sendo esta a construção fundamental do pesquisador. Ou seja, análise qualitativa não é uma mera classificação de opinião dos informantes, é muito mais. É a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações (p. 27).

Embora esta seja a última etapa do ciclo proposto por Minayo (2009), é preciso considerar que, para a autora, a pesquisa não se encerra aqui, pois novos questionamentos

poderão ser levantados. Ou seja, essa pesquisa poderá dar origem a novos problemas de pesquisa, deixando o campo aberto para investigações posteriores.

E, ao visar contextualizar os dados coletados, apresenta-se, no apêndice 9, a descrição da cidade e dos serviços pesquisados e as características sócio demográficas dos entrevistados.

9.4 – Considerações éticas

Esta pesquisa seguiu a Resolução/UFSJ/CONSU nº 050²⁹, de 30 de outubro de 2006, que aprova o protocolo de pesquisa submetido à Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPES).

O protocolo encaminhado ao Comitê e aprovado pelo mesmo³⁰, dispendo de informações gerais do projeto e os procedimentos éticos que serão estabelecidos (exemplo: sigilo das informações e divulgação dos dados), foi assinado pelos coordenadores de cada instituição e pela equipe de pesquisa. Os coordenadores que desejaram também receberam o protocolo via email.

No momento em que foi realizada a coleta de dados os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndices 7 e 8, o qual esclarece: o caráter voluntário de sua participação; o objetivo do estudo; sigilo dos dados e anonimato dos sujeitos; a possibilidade de desistência quando for de desejo do participante e o fato de que o estudo não envolve procedimentos que o coloquem em risco, sendo tomados os devidos cuidados contra o vazamento de informações, como o arquivamento do material por cinco anos em local de acesso exclusivo da pesquisadora. O TCLE ainda ofereceu ao participante um telefone de contato para a obtenção de maiores esclarecimentos da pesquisa.

²⁹ Recuperado em 05 novembro, 2012, de http://www.ufsj.edu.br/cepes/instrucoes_gerais.php.

³⁰ No apêndice 10 se encontra disponível o parecer da CEPES, o qual aprova a condução da presente pesquisa.

10 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção será realizada a análise das entrevistas conduzidas junto aos dois grupos de informantes: os funcionários das instituições pesquisadas (sendo um profissional por setor) e a família participante que é beneficiária do PBF e usuária dos referidos serviços (a entrevista foi conduzida com um dos responsáveis do núcleo familiar). Tendo em vista os cuidados éticos e, assim, resguardando a identidade dos participantes, estes serão identificados por números, conforme a sequência em se que deu a condução das entrevistas. Por tanto, a primeira pessoa entrevistada será identificada por entrevistado 1 (setor ESF), a segunda por entrevistado 2 (setor CRAS) e a terceira por entrevistado 3 (setor escola). Quanto ao núcleo familiar, o entrevistado será referido como o informante da família e as suas falas serão articuladas com a dos profissionais.

A análise das entrevistadas se fará orientada tanto pela literatura e pelo referencial teórico adotado (Teoria da Complexidade), quanto pelas informações levantadas durante o período da observação participante, podendo, em alguns momentos, se articular às falas dos entrevistados com os eventos que tenham sido vivenciados durante o trabalho de campo. A proposta de integrar os discursos às vivências é coerente com a defesa de Morin (2007a; 2007b) quanto a um conhecimento capaz de situar o objeto em seu contexto, dentro da teia/rede/conjunto do qual ele faz parte. Portanto, parte-se do entendimento de que é através dessa contextualização que as ações intersetoriais e as informações a seu respeito ganharão sentido.

10.1 – As percepções dos profissionais e da família acerca dos serviços

Investigar a forma como os profissionais e os usuários percebem os serviços, julga ser parte fundamental para que se entenda o modo como esses se encontram dispostos. Conseqüentemente, essa discussão também poderá contribuir para se pensar a forma como se estabelecem as relações entre as instituições e entre elas e as famílias. Por isso, foi feito esse questionamento a fim de ajudar na compreensão da construção das ações intersetoriais.

O entrevistado 1, do setor saúde, identifica que o objetivo da ESF e, particularmente, de seu trabalho, envolve:

Estar procurando mais as pessoas mais necessitadas, mais carentes pra vir no posto, as pessoas que precisam mesmo. Porque dependendo da visita que a gente faz tem casa, assim, que não precisa de visita porque a saúde é boa. Porque muitas pessoas, assim, carentes, que têm mais necessidades não estão procurando o posto por falta muita de informação (entrevistado 1).

Na minha área mesmo, a maioria precisa, assim, é orientação mesmo. Tem muitos na minha área que estão muito debilitados, dentista que, assim, 70% da minha área está precisando que ninguém procura. Que eu dou assistência, assim, mas, pra procurar o posto as pessoas não procuram (entrevistado 1).

Dessas falas, percebe-se que a centralidade na família se expressa na preocupação de garantir àquelas ‘carentes’ o acesso aos serviços do posto, mesmo que essas não os procurem por iniciativa própria. Inclusive, a partir da fala do entrevistado, pode-se inferir que existe uma diferenciação entre dois grupos de famílias: um que tem melhores condições financeiras com acesso a convênios e que, por isso, não precisa do posto e, outro em que não há o mesmo conforto econômico e que depende da ESF. Para esse grupo, é que o funcionário demonstra maior preocupação de acompanhamento e, em especial, de visitas familiares para se garantir o vínculo com esses usuários, pois embora tenham necessidades não significa que eles procuram o posto.

Aliás, a visita domiciliar pode estar se mostrando como propiciadora de duas condições: intervenções em saúde que sejam mais contextualizadas às realidades dos usuários, mas, em contrapartida, um maior comodismo pelos mesmos, já que nem sempre precisam sair de suas casas para serem assistidos, conforme expressam as falas abaixo do informante da família.

[...] se tiver alguma novidade eles vêm, falam. A ACS³¹ vem fala. Se tem alguma coisa que a gente não sabia, renovação de receita, qualquer coisa vem aqui e avisa. Pergunta se está precisando de alguma coisa, a ACS é assim (informante da família).

Toda vez ela vem aqui e avisa quando é a pesagem do bolsa família, pra nós ir lá no tal dia, tal horário... (informante da família).

Negócio que, igual, lá vai ter agora negócio de... acabar com a barriga³². Ela vem aqui e avisa: a... fulano e sicrano vão voltar. Aí nós procuramos saber certas coisas. É bom. (informante da família).

³¹ Nesse trecho o informante chega a mencionar por duas vezes o nome do agente responsável por visitar a sua residência. Para preservar a identidade do mesmo, o seu nome foi substituído pela sigla ACS.

³² O informante está mencionando as atividades de ginástica oferecidas pelo profissional de educação física do NASF.

E essa prática do deslocamento da equipe até a família parece ganhar reforço com o entendimento de que é preciso:

[...] *a gente estar mais próximo deles e eles mais próximos do posto* (entrevistado 1).

No entanto, a família que foi acompanhada neste estudo não parece deixar de ir até o posto mesmo com as constantes visitas do ACS, tendo o informante afirmado que a ESF, além da escola, é o serviço que mais recorre no seu cotidiano.

[...] *no posto, por incrível que pareça, qualquer coisinha eles até falam: Fulano³³ qualquer coisinha está levando os meninos no médico* (informante da família).

Quanto ao que se disse antes sobre a existência de dois tipos de famílias (carentes e não carentes), nas observações verificou-se que, de fato, nem todas as famílias do território da ESF dependem do serviço. Sobre isso, alguns funcionários da instituição chegaram a relatar o fato de existirem famílias que, por terem melhores condições financeiras e não dependerem do serviço público de saúde, não são, por exemplo, receptivas às visitas dos agentes de saúde. Então, se questiona: será que a dispensa de serem acompanhados pela ESF é a expressão de um entendimento de que a saúde pública é apenas para os pobres? Essa é uma questão que pode repercutir na abrangência da ESF e no processo de promoção da saúde, além da desconexão entre as ações públicas e privadas. O fato é que, inevitavelmente, parece que acaba ocorrendo uma maior centralização nas ditas famílias 'carentes', que têm na ESF, de fato, a porta de entrada no SUS. E, diante disso, como fica a universalidade deste sistema?

Quando se diz que há pessoas que precisam e que não procuram o posto, é possível lembrar-se daquela perspectiva (MDS, 2009) que contempla a família não apenas como um núcleo marcado pela afetividade como também pela contradição. Além disso, essas passagens pressupõem que a centralidade do serviço na família inclui a manutenção de um vínculo, independente se é esta que recorre ao setor ou se é ele que vai até a sua casa. Então, se expressa uma intenção de acompanhamento e vigilância contínua das condições de saúde e, além disso, demonstra-se até certo envolvimento afetivo com os usuários, devendo prestar-lhes assistência mesmo que se julgue que eles precisam e não buscam

³³ Neste ponto, o informante menciona o seu nome, o que, por cuidados éticos, foi omitido.

autonomamente o atendimento necessário. Essa implicação e envolvimento se expressa, por exemplo, pela forma recorrente com que o entrevistado se manifesta quando diz ‘na minha área’.

O que se percebe é que esses discursos ressaltam a demanda de uma atuação extramuros, ou seja, no território para a efetivação da vigilância em saúde (MS, 1997). Diante de tudo isso, supõe-se a existência de um desafio: fiscalizar sem deixar de favorecer a autonomia das famílias. Duas questões podem ser percebidas através da entrevista: primeiro é que talvez ainda não esteja claro para a sociedade o papel que esta tem sobre as suas próprias condições de saúde e que, em função disso, são chamadas a serem partícipes das políticas públicas. Ou seja, a fala do profissional faz pensar as contrapartidas entre o Estado e a sociedade, num processo que deveria ser de implicação mútua. Logo, se isto não está ainda consolidado, se instaura essa demanda na ESF de ir até os usuários, o que quer dizer que, mais do que nunca, se deslocar até as casas das famílias é a via necessária para que o setor possa de fato prevenir doença e promover saúde. A outra questão é que, ao contrário de tudo isso, pode haver um movimento da própria comunidade de tentar viver de forma autônoma em relação ao posto, em que a não procura pelo serviço pode expressar, ao invés de um comodismo, o esforço de ‘caminhar com as próprias pernas’ ao entender que ela também é responsável por suas condições de vida.

Então, embora esse dilema sobre a vinculação à ESF e a autonomia por parte dos usuários careça aqui de maiores aprofundamentos, pode-se reforçar que a busca por um novo modelo assistencial envolve não apenas essa nítida centralidade na família expressa pela entrevista, como também por uma apropriação epistemológica que dê conta do conceito de saúde como produção social, coerente com a PNPS/2006 e a lei 8080/90, tanto pela comunidade como pela própria ESF.

O entrevistado 1 reafirma ainda a importância do trabalho do agente nesse deslocamento pelo território, no fluxo de informações entre os usuários e a ESF e na captação das necessidades de saúde que não estão chegando no posto, conforme pressupõe a literatura (MS, 1997; MS, 2009).

Esse vínculo do ACS com a comunidade é algo que também expressa a sua familiaridade e a sua relação de intimidade com um contexto em que ele próprio é morador. Assim, muitas vezes as suas relações são perpassadas por um histórico de amizade e cumplicidade com pessoas que antes de serem usuárias são suas vizinhas. Essa proximidade pode favorecer um trabalho em saúde que, de acordo com o que propõe Morin (2007a; 2007b), se pautar no conhecimento contextualizado e integrado. Dessa

forma, quando o ACS ou o enfermeiro e o médico vão até a casa desses usuários que precisam, mas que não chegam até o posto, seja por dificuldades de locomoção ou por outras razões, tem-se a possibilidade de intervir sobre as condições de saúde dentro do tecido em que estes indivíduos estão, ou seja, pela via do conhecimento pertinente.

Embora nessa entrevista não se tenha mencionado o papel dos ACS ou da ESF na identificação de parceiros potenciais (MS, 2009), em uma conversa informal com um desses profissionais, pode-se perceber a preocupação não apenas de um elo com as suas famílias, mas com outros setores, sobretudo, o CRAS. Nessa ocasião, relatou-se o anseio de contatar a instituição para que se pudesse realizar um fluxo de encaminhamentos de famílias que se acreditasse terem demandas para um acompanhamento psicossocial e, assim, participarem das atividades oferecidas por esse outro serviço. Com isso, vê-se o papel da saúde da família e dos seus agentes na identificação de possíveis parcerias com outras políticas públicas, o que não se sabe se é algo nítido para toda a equipe.

Em contrapartida, passando para o campo da assistência social, o entrevistado 2 identificou que seu setor possui três objetivos. Ao seu entender,

[...] o CRAS, possui o seu objetivo principal que é desenvolver o programa do PAIF, que é o Programa de Atenção Integral à Família [...]. E dentro desse programa são desenvolvidas várias ações... uma dessas ações que é o serviço de convivência e de fortalecimentos de vínculos, que é onde o CRAS disponibiliza para a comunidade, de uma forma geral, 32 grupos, atendemos cerca de 415 pessoas, no total de 218 famílias (entrevistado 2).

Nessa fala, o entrevistado, coerentemente com o que consta no Manual de Orientações Técnicas do CRAS (MDS, 2009), identifica o PAIF como sendo um dos pilares de trabalho do seu setor e, neste sentido, pôde-se constatar durante o trabalho de campo que a noção de integralidade se mostra como um importante fator que demanda do CRAS a inclusão em sua agenda de ações articuladas com as demais instituições de seu território. Com essa centralidade no PAIF, o serviço tanto é demandado a prestar assistência aos seus usuários a partir dos recursos que disponibiliza quanto a recorrer às demais políticas para que se atenda àquelas necessidades que ele sozinho não daria conta.

Para ilustrar essa busca pela integralidade e a forma como isso desemboca nas ações sinérgicas com outros setores, tem-se o investimento junto à ESF e ao NASF para a estruturação de um grupo de gestantes adolescentes para que estas possam contar com um suporte biopsicossocial (englobando tanto o que diz respeito aos cuidados com o recém-nascido e com o próprio corpo materno, quanto o acesso a benefícios que possam ser

necessários e as questões afetivas ligadas à chegada do filho, por exemplo). Para tanto, os dois setores se mobilizaram na identificação desse público e na disponibilização de funcionários para a condução do grupo, de modo que este não é nem só da saúde e tão pouco só da assistência social, mas algo em conjunto.

Além daquelas atividades que o CRAS já oferece em seu espaço, como aquelas relatadas anteriormente (artesanato, corte e costura, aulas de música, futsal, entre outras) percebe-se que a atenção integral demanda a busca por parcerias e isso, conseqüentemente, pôde se mostrar como elemento potencial para a construção da intersetorialidade (como pressupõe a articulação entre os três 'Is', discutida no sexto capítulo, seção 6.4: interdisciplinaridade, intersetorialidade e integralidade). Além disso, apoiado nessa diretriz do PAIF, o entrevistado 2 menciona também a preocupação quanto ao papel da instituição na promoção da autonomia dos seus usuários.

Porém, quando se diz de oferecer um espaço de convivência e de fortalecimento de vínculos, é importante destacar que isso não se constitui em uma tarefa fácil para o setor. Em uma das conversas informais com o entrevistado 2, este pôde relatar que este espaço não significa algo que num primeiro momento já esteja estabelecido como uma demanda espontânea da comunidade. Não necessariamente o público alvo do CRAS chega até ele com essa solicitação, contudo é através da composição dos grupos e das atividades que são oferecidas que se busca atrair esses usuários, para que, então, esses propósitos possam ser efetivados. Não se trata de simplesmente disponibilizar um curso, por exemplo, de corte e costura, mas a partir disso construir um espaço em que temas transversais de interesse do grupo possam ser discutidos (como o Estatuto da Criança e do Adolescente [ECA]) e as questões afetivas trabalhadas.

No caso da família que foi acompanhada neste estudo, a filha mais velha participa em um dos grupos de artesanato do CRAS. Porém, a participação não se limita a esse membro, pois através de eventos que são realizados na instituição há a oportunidade de que os demais também atuem de alguma forma, efetivando o seu propósito de ser um espaço de convivência e de fortalecimento de vínculos familiares e/ou comunitários. Aliás, sobre esta situação, o informante da família afirma que:

Já fui em quadrilha lá, aliás estou até pra ver a quadrilha desse ano, já está perto.

Negócio que, igual, a V³⁴ faz aula de violão, agora que ela parou que o professor mudou, que tem apresentação para as mães, apresentação, sabe, pra família, eu

³⁴ O informante da família cita o nome da filha mais velha, o que será omitido por razões éticas.

estou lá. Meu marido não está aqui não, mas eu vou. Eu faço questão. É muito bom [...].

Portanto, apesar de a comunidade ter essa necessidade de fortalecer os seus vínculos, sejam eles comunitários ou familiares e de ter outras oportunidades de socialização, não é, geralmente, por essa perspectiva que ela procura o serviço. Essa busca, num primeiro momento, pode estar ligada ao desejo de aprender a fazer algo que possa incrementar a renda familiar e, num segundo momento, é que se tem, na sua inserção num dado grupo, a possibilidade de acolher demandas que passam por questões vinculares, por exemplo. Mas, esse aspecto será retomado posteriormente.

Um outro grande objetivo que eu vejo do CRAS, é o CRAS como articulador da rede socioassistencial do serviço de proteção social básica, que é um trabalho que a gente vem... nos aproximando e desenvolvendo cada vez mais parceria e atuação conjunta (informante 2).

Aqui, ele menciona o outro grande propósito identificado no material do MDS (2009): a gestão da proteção social básica dentro de seu território. Vê-se que o CRAS tem uma grande demanda de trabalho em rede, seja no que tange ao próprio campo da proteção básica ou no que se refere às outras políticas. Esse caráter dinâmico que está prescrito nas orientações que o normatizam pôde ser observado na condução e solicitação constante de reuniões com as diversas instituições que integram o seu território, contatando, por exemplo, escolas, creches, organizações não-governamentais, NASF, ESF, saúde mental, setor de gestão do PBF, entre outros.

Finalmente, de acordo com o entrevistado 2:

Um outro grande objetivo que eu vejo também, que o CRAS ele promove, é ser referência. Isso assim eu aponto muito como um trabalho dos técnicos e a comunidade enxergar e utilizar dos serviços dos nossos técnicos – os psicólogos, o assistente social – como orientador e como referência-contrareferência é... no trajeto, no percurso da assistência social de uma forma geral. Vejo isso assim de uma forma muito significativa, por exemplo, fechei o relatório do mês de maio e quando eu vi lá 122 atendimentos e vários encaminhamentos, ou seja, então esse papel de orientador e articulador funcionando. E para finalizar eu queria dizer assim que o grande papel do CRAS mesmo é ser referência.

Que a comunidade entenda que ali é um centro de promoção de cidadania, de autonomia, de reconhecimento de um espaço em que ela pode vir conviver, que ela pode sim estabelecer vínculos e que ela pode de alguma forma fazer a sua história diferente, superando todas as questões de vulnerabilidade e eu passo muito para a

minha equipe, é um caráter do nosso trabalho, é a gente tirar o estigma da vulnerabilidade econômica somente.

Nessas passagens o entrevistado 2, mais uma vez, ressalta o aspecto dinâmico que demarca o CRAS, o qual apresenta uma rotina de muitos atendimentos à comunidade e também de muita solicitação de intervenção aos outros setores. Além disso, ainda foi possível acompanhar os técnicos de referência em visitas familiares e em reuniões para estabelecimento de parcerias com outros serviços, como a que ocorreu com a escola estudada. Ou seja, a equipe é absorvida tanto nos atendimentos internos quanto naqueles que ocorrem em vários lugares do seu território.

Ao se expressar a preocupação em ser referência para a comunidade, vê-se aqui o ideal do CRAS como ‘A Casa das Famílias’, sendo um lugar em que elas possam procurar e serem ouvidas em suas diferentes demandas. Inclusive, na realização de eventos, como aquele citado anteriormente do dia das mães, fica muito bem demarcada essa ambição da instituição, uma vez que se constitui em uma das grandes oportunidades de convivência de muitas daquelas famílias que estão em sua área de abrangência.

A meta de ser um lugar de referência para a comunidade, também pôde ser constatada na fala do informante da família, quando diz que:

sempre quando é ter alguma notícia, negócio que vai ter um curso, alguma coisa que me interessa, aí eu vou lá. E também, a V. também como tem muito contato lá dentro do CRAS, quando tem alguma dificuldade, algum trabalho ela vai lá e eu vou com ela por via das dúvidas.

Com isso, a família demonstra que a busca pelo CRAS ocorre em diferentes circunstâncias e a presença de uma das filhas acaba por facilitar a chegada dos demais membros até o serviço diante de alguma dificuldade. Além disso, percebe-se que o PBF também favorece esse papel do serviço como referência, uma vez que a família pode procurá-lo em caso de algum problema no recebimento do benefício, dúvida ou de alguma notificação.

[...] todo cadastro do bolsa família, eles pegam, quando não é lá no centro³⁵, em algum lugar lá, eu só não lembro o lugar, eles pegam e falam: procurar o CRAS pra saber de alguma coisa, negócio do bolsa família. Principalmente, quando vem escrito alguma coisa no papelzinho do bolsa família (informante da família).

³⁵ Trata-se de uma referência ao local em que se encontra a sede da gestão do PBF no município, região central da cidade.

Nas vivências do trabalho de campo, observou-se que a visão da família dentro do CRAS contempla a perspectiva de um núcleo que deva ser estimulado em sua autonomia, de forma, por exemplo, a pensar em atividades que lhe permitam produzir renda e não depender do PBF como sendo o único *porto seguro* para esses indivíduos. Por isso, vislumbrando esses grupos para além da demanda de cunho econômico, ao entender que a vulnerabilidade não é só pobreza, também percebe que ela pode se manifestar como:

[...] o abandono, como o não tratamento, os vários tipos de outras vulnerabilidades, como a criança não frequentando uma escola, como uma pessoa não sendo atendida na rede básica de saúde. Então, são vários tipos de vulnerabilidade. É trabalhar que não é só pobreza, o CRAS não atende só pobre e que existem outras gamas de possibilidades desse trabalho (entrevistado 2).

Perceber o público alvo do CRAS para além de um grupo que se caracteriza pela pobreza, mas que, ao contrário, é multifacetado, é primordial para que se promovam as ações intersetoriais e é o que se verificou como sendo o combustível para que o setor mantenha a sua dinamicidade, chamando os outros serviços para o enfrentamento das diferentes vulnerabilidades. Retomando Morin (2007a; 2007b), entende-se que restringir a vulnerabilidade ao econômico seria correlato ao problema epistemológico de considerar o homem pelo pensamento disjuntivo que o limita à visão bio-anatômica e que contribui para a perda da visão da complexidade.

Os objetivos identificados por este profissional demonstram que o mesmo detém de conhecimento acerca das diretrizes e das políticas públicas que organizam o seu setor e indicam que isso foi um aspecto importante para que o CRAS se mostrasse na liderança das articulações com a rede do seu território. Porém, como será visto mais adiante, o fato de a instituição se destacar no esforço de construir ações em conjunto não é garantido apenas por esse conhecimento prévio das legislações, pois também se percebeu que a disposição e a vontade pessoal do gestor foram as condições que tiveram maior preponderância na construção de uma possível cooperação.

Já no setor educação, o entrevistado 3 trouxe um interessante tensionamento entre o papel da escola e o da família, o que por sua vez também indica uma certa concepção de núcleo familiar. Ao falar de sua instituição, ele a situa no compromisso de:

Ajudar na formação do cidadão e transmitir conhecimento, cultura mesmo. Apesar de que eu acho que, ultimamente, esse trabalho da escola tem sido até um pouco desviado. As famílias têm achado que a gente está aqui com o objetivo de dar

educação. Então, eles cobram isso da gente. Tem mãe que vem aqui e fala pra gente mesmo: você fala com ele pra mim. Então, quer dizer, a escola está assumindo um papel que não é o dela, apesar da gente realmente ter que estar ajudando nessa preparação do cidadão. Mas, a educação eu acho que ainda é papel da família. Entendeu? E a escola vai complementar isso (entrevistado 3).

A educação que eu acho que deveria vir da família é aquela de bons hábitos, de saber respeitar, de não destruir as coisas que não lhe pertencem, de não apossar das coisas que não lhe pertencem, de ter tolerância, respeito pelo professor, pelo diretor na escola. Isso tudo eu acho que tinha que vir da família. Você entendeu? Não quebrar o banheiro, não destruir o vaso sanitário. Essas coisas tinham que vir de casa já, o menino formado para este tipo de educação. Agora aqui não. Aqui a gente vai complementar isso. Além da cultura, a gente teria que dar um outro tipo de educação: um conhecimento mais amplo de tudo o que acontece no mundo, essas coisas todas. Agora, essa educação básica mesmo, ali de princípios, ela deveria vir com o menino e isso não está acontecendo (entrevistado 3).

No momento em que se define o que seria o objetivo da instituição, o profissional o faz numa contraposição em relação ao que entende como sendo dever da família e a sua respectiva limitação. A partir daí, estabelece dois níveis de educação: aquela mais ampla e ao mesmo tempo complementar que deve ser oferecida pela escola e a dos ‘bons hábitos’ e de ‘princípios’ que cabe ao grupo familiar.

Aqui, a família aparece como limitada no cumprimento de tais obrigações e, conseqüentemente, numa atribuição à escola daquilo que não tem conseguido efetivar, sobrecarregando-a. Ou seja, há uma responsabilização da família e, mais especificamente, da figura feminina que ainda é tomada como referência no processo de cuidado dos seus membros (Moreira *et al.*, 2011), o que se pode perceber quando se diz que,

[...] às vezes as mães não têm aquele pulso que deveria ter e vêm cobrar isso da gente. Pedir para gente, nem é cobrar. Seria pedir pra gente: fala com meu filho, ele te ouve mais do que a mim, me ajuda nisso, me ajuda naquilo. Papéis que não são da escola (entrevistado 3).

Então, nessas passagens explicita-se uma demanda que a família traz e que não é legítima aos papéis da instituição, o que nessa realidade ainda acredita ser agravado pelo fato de a escola contar com uma creche que acolhe crianças desde os quatro meses de idade. Em função disso, o entrevistado 3 afirma que a educação fica legada totalmente a esse setor.

O movimento delineado corresponde ao que já havia sido apontado por Goldani (2002), quanto ao fato de que a família é chamada a assumir uma nova posição perante o

Estado com sua cota de responsabilidade no cumprimento dos direitos sociais. No caso da educação, aparece a perspectiva de uma família tal como colocada por Moreira *et al.* (2011): entre direitos e deveres. É aquela enquanto núcleo que dispõe do acesso à educação formal, mas que tem a sua contrapartida a oferecer para a efetivação desse direito. Apesar de a escola ser a única das três instituições que o termo família não aparece em sua nomenclatura, como no caso da ESF ou quando se diz ‘A Casa das Famílias’ como sinônimo do CRAS, a centralidade nesse núcleo também ocorre em consonância com o que acontece no cenário mais amplo, em que o mesmo, como expresso pelos autores acima, torna-se um importante ator político.

Embora se coloque à família a necessidade de assumir um novo papel, a de corresponsável junto ao Estado, é preciso questionar se foi dada a ela também as condições necessárias para exercer tal função. Por isso, não se trata de responsabilizar a família ou a escola pelas dificuldades enfrentadas no exercício de suas atribuições, mas de perceber que ambas apontam para limitações sociais mais amplas: é a educação que tem o desafio de lidar com os novos e os diferentes arranjos familiares e estes, por sua vez, ao mesmo tempo em que são absorvidos pelo mercado de trabalho também devem se implicar politicamente e zelar pelas condições de seus membros, para que não sejam, assim, considerados negligentes (Moreira *et al.*, 2011). Alguns desses dilemas colocados a essas duas instituições (escola e família) poderão ser acompanhados no decorrer deste estudo.

Nesta pesquisa foi possível levantar algumas informações sobre a relação entre a família que foi acompanhada e a escola, a qual parece ser de proximidade. De acordo com o informante, há o interesse constante em

procurar saber qualquer coisa, negócio da tarefa do B que a gente não sabe. É... procurar saber negócio de reunião, porque de repente não trouxe o bilhete, alguma coisa assim. Procurar saber qualquer coisa, sempre, todo dia eu estou na escola, por incrível que pareça, estou uma hora, estou cinco horas. Só que quando eu quero saber alguma coisa, eu estou lá uma e cinco, a hora que eu vou levar eles eu já fico lá de uma vez. Qualquer coisa, qualquer hora, eu estou lá dentro da escola³⁶ (informante da família).

O contato inicial da família com esse serviço se deu através da creche, pois nesse momento o informante realizava algumas atividades de trabalho informal, o que exigia um local para deixar as crianças, e, além disso, havia o reconhecimento da importância desse

³⁶ O termo escola foi usado para subtrair o nome da instituição de ensino que o informante mencionou.

estágio educacional para a aprendizagem e o desenvolvimento dos filhos³⁷. Assim, desde os quatro anos de idade, quando ocorreu a inserção da primeira criança, essa relação tem sido amadurecida com a instituição e, juntamente com a ESF, a escola se mostra como o serviço em que o grupo familiar apresenta uma história de participação de mais longa data.

A demarcação de papéis entre a escola e a família pode ser necessária para que se saiba o que cada uma dessas instituições pode esperar da outra, dando maior organização à relação entre ambas. Contudo, corre-se o risco, como se percebe em outros momentos dessa entrevista, de ter uma fragmentação ao invés de favorecer as articulações família-escola. Pois, se cada uma se preocupa em responder apenas aquelas demandas que acredita ser de sua responsabilidade, como ficará a implicação numa causa comum? Então, essa forma de pensar pode resultar num distanciamento, impedindo de ver as demandas sociais de forma multifacetada, transversal, globais e planetárias (Morin, 2007a), conseqüentemente, se mostrando como um dos desafios à ação intersetorial. Nessa perspectiva, os problemas de conduta que os alunos manifestam na escola podem ser frutos de circunstâncias mais amplas e não apenas de uma negligência de seus responsáveis, o que exigiria pensar no diálogo com outros serviços que igualmente focalizam a família.

Portanto, nas falas desses três profissionais percebe-se que, ao mesmo tempo em que se definem os objetivos de cada setor, há a coexistência de diferentes concepções de família, o que já havia sido identificado nas leituras (como M. A. Gomes e Pereira, 2005; Goldani, 2002, MDS, 2009), e que repercute em diferentes formas de abordá-la, com a possibilidade de favorecer ou não a intersetorialidade. Por isso, pode-se dizer que, embora as políticas públicas estejam centradas em torno do grupo familiar, não significa que este seja pensado de uma maneira uniforme, ou seja, não necessariamente se está falando de uma mesma família no interior da ESF, da escola e do CRAS. Sem contar que ela também pode trazer uma concepção a seu respeito que se difere a dos serviços que lhe atendem. Mas, essa hipótese será amadurecida no decorrer deste trabalho.

10.2 – Um território com muitas necessidades

Nas interações com os profissionais e, principalmente, com a família, pôde-se perceber que a comunidade em que eles se encontram ainda é carente de muitos cuidados,

³⁷ A situação vivida por essa família, a qual levou à inserção das crianças na creche, é coerente com aquela identificada no PNE/2001e que tem contribuído para a valorização da educação infantil: a necessidade de um local para deixar os filhos enquanto os pais trabalham e o reconhecimento da sua importância como potencializadora do desenvolvimento humano.

os quais representam elementos potenciais para a consolidação de projetos em comum entre os três setores aqui estudados. Assim, nessa seção, há o esforço de trabalhar na [...] *compreensão da vida, dos sofrimentos, dos desamparos, das solidões, das necessidades não-quantificáveis* (Morin, 2007b, p. 110) desse território e como tudo isso pode representar possibilidades para a intersetorialidade.

O entrevistado 1 identifica uma das necessidades da comunidade e dá um exemplo:

locomoção das pessoas, porque na minha área tem muitos dependentes, assim, se precisar de uma consulta médica, na minha área muita gente precisa dos médicos em casa e como é um médico só e são muitas as áreas, o médico não dá pra atender todo mundo.

Uma senhora de 84 anos, que ela é cadeirante porque deu AVC e o médico depende de ir lá na casa dela e ela está assim muito debilitada porque tem um mês e pouco que ele foi na casa dela, mas ela já está precisando de visita de novo, mas só que ela está na fila.

Nessas passagens expressa-se uma necessidade de caráter biomédico, de forma que há um descompasso entre as demandas de acompanhamento domiciliar e a capacidade da ESF, em termos de recursos humanos, por exemplo, de dar vazão a esses atendimentos. Mas, por que será, segundo o entrevistado 1, que há muitas pessoas dependentes que não estão conseguindo chegar até a instituição para realizar esse acompanhamento dentro do próprio posto? Quanto se tem conseguido produzir de impactos sobre a comunidade com as ações de prevenção de doenças e de promoção de saúde? E a ampliação da parceria já existente com a faculdade de medicina não poderia ser interessante para amenizar essa carência profissional com a disponibilização de professores e estagiários? Será que não há também a necessidade de se buscar parcerias com outros cursos, já que as condições de saúde apontam para um campo interdisciplinar?

O entrevistado 1 menciona outro desafio na capacidade da ESF de atender às demandas da comunidade, o qual se refere à marcação de fichas para consulta.

Porque dependendo do horário, pessoas que vêm marcar, assim, dona de casa, dependendo do horário, que tem criança pequena, não pode vir no posto. E aí, como a gente orienta as pessoas nas casas, a gente não pode ajudar, assim, não pode marcar consulta. A pessoa tem que vir pessoalmente e nesse caso, igual criança, se a mãe vir pra marcar pra criança, a hora que chegar aqui, dependendo do horário que ela vier, a gente já não tem ficha mais. Aí, fica difícil, porque a gente orienta, mas a gente não pode ajudar (entrevistado 1).

Ao mesmo tempo em que a marcação de fichas conforme a ordem de chegada dos usuários visa garantir um acesso equitativo³⁸ ao serviço, uma vez que a fila pode ser maior que a capacidade de atendimento, ela se mostra como algo burocrático que pode barrar o acesso daqueles que precisam, como no exemplo dado pelo entrevistado 1. Desta forma, há um modo de funcionar que não parece se flexibilizar em função das circunstâncias dos demandantes, pois pelo o que expressa o profissional, a criança pode precisar de atendimento médico, mas a mãe pode não conseguir marcar por não ter como se deslocar até o posto no momento em que ocorrem os agendamentos e, assim, não lhe seria dada alternativa.

Mas, outras demandas ainda continuaram a ser apontadas:

Na minha área tem casa que não tem rede de esgoto, pessoas que não têm, assim, com o próprio corpo também não têm higiene nenhuma. Senhor de idade que, assim, esse é mais difícil, que ele é idoso, tem sessenta e dois anos, ele é diabético e tem pressão alta. Ele prefere largar de tomar os remédios que ele bebe, ele é alcoólatra. Aí o vizinho dele não tem esgoto na casa dele e fica um do lado e o outro do outro, aí um prejudica o outro (entrevistado 1).

O informante da família também identificou alguns problemas sociais de sua comunidade, entre eles o saneamento básico:

[...] tem um esgoto a céu aberto do outro lado que atrapalha. Principalmente quando chove, porque aí a gente tem que ficar fechando debaixo da porta pra não entrar rato.

Eu acho... igual eu estou falando, o esgoto ali podia melhorar, porque quando chove fica um cheiro insuportável até dentro de casa. Igual, eu estou falando dos ratos também, sabe? Tem que tomar cuidado para o rato não entrar pra dentro de casa. E também ter uma pracinha, porque aqui não tem nada.

Percebe-se aqui a menção a duas carências: um esgoto ‘a céu aberto’ e a ausência de um espaço para lazer³⁹. O problema do saneamento a que o informante se refere localiza-se do outro lado de sua casa e, como mencionado, resulta em transtornos para a família, o que, por sua vez, pode repercutir em suas condições de saúde, embora a

³⁸ O que é diferente de igualdade, simplesmente. Pois, embora com as mesmas oportunidades de acesso, cada usuário deverá ser atendido de acordo com a especificidade de sua demanda. Portanto, trata-se de um atendimento que não deverá se diferenciar em função do demandante, mas da própria necessidade que ele traz e que requer atenções desiguais em relação às demais. Essa discussão está presente na página 37.

³⁹ Essas dificuldades, inclusive, servem para ilustrar o entendimento da saúde como produção social e que, portanto, está sujeita às condições de vida de uma população, conforme exposto na lei 8080/90.

residência em si tenha água e esgoto encanado. Sobre a questão do lazer, relata-se a ausência de um local seguro onde as crianças possam brincar, citando, por exemplo, a possibilidade de uma pracinha. Atualmente, contam com uma bica de água como um espaço para diversão.

É, não tem nada. Tem que ficar só dentro de casa ou então na biquinha ali. Ou dentro de casa ou na biquinha ali (informante da família).

É, ter algum lazer pra eles brincarem. Pra ter como deixar eles lá e lá saber que eles vão ficar lá, que lá eles vão estar brincando (informante da família).

Além desses aspectos, o informante da família chega a citar mais um:

É também tem, podia melhorar também, a creche também. Porque, como que eu vou falar... muitas mães não conseguem creche, que tem que colocar em outro lugar. Igual, no meu caso eu preferia que melhorasse o CIAME, porque eu estava contando com o CIAME este ano e não está tendo CIAME, que eu ia colocar os meninos na parte da manhã no CIAME, os meus pequenos, na parte da manhã, pra mim arrumar um serviço e como não vai ter, não tem como. Se for pra mim pagar alguém pra ficar com eles, eu prefiro ficar em casa. É...

Todos os três filhos do informante estudam na escola pesquisada, que era o local onde as atividades do CIAME eram desenvolvidas. O filho mais velho estava, no momento da pesquisa, no sétimo ano e o mais novo no primeiro, não estando nenhum deles dentro do limite de idade para a creche, o que faz com que o responsável por eles fique impossibilitado de trabalhar fora, já que não há educação de tempo integral ou outro espaço em que possa deixar as crianças.

Apesar do informante da família identificar tais dificuldades na comunidade em que mora, ele também expressa que gosta de viver neste local.

[...] desde que eu nasci que eu moro aqui. E aqui é bom também porque tem todo mundo da minha família, tem o postinho ali, tem escola aqui perto de casa, tem a bica se caso faltar água também. Aqui é bom.

O informante tem vinte e nove anos e, como diz, mora na rua desde que nasceu. O local em que fica a sua casa é um quintal onde se encontram mais seis casas de familiares, como a sua mãe e os seus tios. Então, o entrevistado revela o vínculo criado com esses seus parentes e pelos demais vizinhos, além de mencionar a proximidade de sua residência com

alguns serviços. Portanto, parece que as dificuldades vividas por sua família são, de certa forma, recompensadas por esses aspectos favoráveis que são identificados no trecho acima.

A fala do informante da família também serve de ilustração para a noção de território, proposta por Santos (1999). Ao tratar desses vínculos criados com o local em que vive se está referindo ao fato do território, ou seja, do seu bairro ou da sua rua, ser muito mais do que simplesmente algo físico, mas humano e social (E. I. Silva, 1991), ou ainda, o solo onde se constroem as suas vivências e as suas relações (P. C. C. Gomes, 1997). Nessa dinâmica, o grupo familiar se sente pertencente a esse 'chão' apropriado por ele, sendo o cenário em que ocorrem as suas práticas sociais e onde a sua vida acontece, como mostram esses autores.

Quanto às dificuldades existentes na comunidade, uma delas, mencionada pela família, é coerente com o que foi colocado pelo entrevistado 3:

[...] a escola aqui ela teria que ser de tempo integral. Eu acho que isso é uma necessidade da comunidade. Os meninos ficam muito tempo perdidos, ociosos na rua. Então, a escola tinha que proporcionar um atendimento integral. É claro que não nos dois horários dentro de sala de aula. Mas, teria que ter esporte, teria que ter oficinas, envolvendo os meninos o tempo inteiro. Entendeu? (entrevistado 3).

E, inclusive, a creche. Eu acho que a creche falha também no tocante às férias. Porque a creche funciona como escola também. A gente entra de férias na escola, a creche entra de férias. E as mães que trabalham não têm essas férias de acordo com a escola. Então, quando chega nesse período de férias escolares, as mães ficam perdidas porque não têm aonde colocarem as crianças, porque elas estão acostumadas a deixarem os meninos aqui sete horas e buscar as cinco. A escola dá alimentação, dá tudo. Então, quer dizer, nesse período que a escola entra em recesso, o que elas vão fazer com as crianças? Então, assim, não que os professores não tenham que ter férias, mesmo os da creche, mas teria que ter um rodízio, alguém ficar nesse período pra que os meninos não fossem voltar pra casa. Entendeu? E as mães continuassem trabalhando. Pra elas isso é complicado. (entrevistado 3).

Ou seja, tanto a escola quanto a família sentem a carência de um lugar seguro para deixar os filhos e assim favorecer a inserção da mulher no mercado de trabalho. Novamente é a figura feminina que é tomada como referência no cuidado dos filhos e impossibilitada de trabalhar fora, se responsabilizando em uma parcela maior pelas questões da casa. Então, essas duas esferas, tanto a comunidade como o serviço, têm conhecimento dessa limitação e da sua possível solução, seja no oferecimento do ensino integral ou na não paralisação da creche durante o período de férias.

No entanto, essa dificuldade não será solucionada somente por uma ação isolada de um setor das políticas públicas, no caso a escola. O que se deve compreender é que, como já discutido nas leituras de Morin (2007a, 2007b), as questões humanas são complexas demais para serem concebidas apenas por um enfoque. Embora esse dilema do ‘onde deixar meus filhos para que eu possa trabalhar?’ traga a demanda do diálogo entre as diferentes instâncias da sociedade, parece que ele ainda continua sendo pensado de forma setorial. Tem-se, portanto, uma problemática, mas não uma agenda intersetorial para tratá-la enquanto algo que não é de responsabilidade de uma ou outra secretaria municipal.

Essas falas ilustram o desafio que Magalhães e Bodstein (2009) haviam identificado quanto ao fato de lidar com problemas complexos por meio de ações que integrem diferentes atores e instâncias da sociedade. E ainda, contribuem para entender melhor a queixa que antes havia sido apresentada pela escola por se sentir sobrecarregada, ao passo que a família se vê em dificuldades para cumprir sua parcela no processo educativo de seus filhos. O que se pode compreender é que, quando as políticas ainda se dão de modo setorializado, acabam atraindo para si maiores responsabilidades, ao invés de compartilhá-las. Então, se o núcleo familiar demanda muito de um serviço ou lhe atribui algo que não deveria atribuir, isso pode ser um sintoma de um histórico de práticas em que os indivíduos não foram tratados sob a perspectiva da integralidade e, em contrapartida, acabaram mantendo vínculos de dependência e afinidade com essa instituição em isolado.

A própria demarcação rígida de atribuições e de responsabilidades entre as famílias e os setores da sociedade, como foi abordado antes, pode enrijecer as articulações e a construção de projetos comuns. Assim, tomando como referência a proposta de Morin (2007a, 2007b) sobre o conhecimento sistêmico (parte-todo), pode-se entender melhor que a discussão não deve se concentrar só nos limites da família ou das instituições, mas que esse núcleo familiar diz de uma estrutura social e desses serviços em que se vincula e estes, por sua vez, falam de seus usuários e, igualmente, de seu território.

Portanto, percebe-se que, se há deturpações de papéis ou sobrecarga em um setor, o problema pode ir além simplesmente da própria instituição ou de seus demandantes. Ou seja, isso pode indicar limitações no funcionamento da rede e na efetivação do atendimento integral, de forma que os próprios usuários acabaram criando identificações maiores com um determinado serviço, sem contar que alguns deles são mais solidificados socialmente do que outros. Por exemplo, o fato de a escola ser uma instituição já instalada há um longo tempo no bairro talvez faça com que ela ainda seja uma referência maior para a comunidade do que o CRAS que foi criado recentemente.

Além dessas necessidades, o entrevistado 3 também identificou:

O atendimento emocional, psicológico, são muitas coisas que precisam que não tem. Por exemplo, a gente tem o postinho e no postinho tem um clínico geral, um pediatra e um ginecologista. Mas, ele não tem um oftalmo, não tem um otorrino, não tem um psicólogo. Entendeu? Nas poucas vezes que teve, porque já houve administração que teve psicólogo, é um psicólogo para dar assistência a não sei quantas pessoas. Quer dizer, não dá conta também daquilo.

Nesse trecho, o entrevistado permite lembrar quão diversificadas podem ser a natureza das demandas humanas, as quais perpassam diferentes campos dos saberes, para além do seu próprio contexto da educação, coerentemente com toda a discussão que a Teoria da Complexidade (Morin, 2007a; 2007b) sustenta e que aponta para algo que está tecido em conjunto. Porém, diante da proposta que a atenção básica envolve, não há realmente em sua equipe a existência daqueles profissionais especializados, os quais deveriam ser encontrados, por exemplo, na média complexidade. O psicólogo é disponibilizado na ESF por meio da equipe do NASF que, inclusive, realiza trabalhos com alunos dessa escola, representando uma importante via de articulação saúde-educação e que poderá ser ilustrado mais à frente.

O que se deve ponderar nesse momento é que, apesar de se contemplar o caráter diversificado das demandas sociais, os setores precisam estar cientes das diretrizes e tipificações dos demais serviços e dos seus níveis de complexidade, por exemplo, no que se refere à saúde. Portanto, saber o que cada instituição das políticas públicas deve disponibilizar em termos de equipes e de ações pode ser importante para que se saiba quem procurar e em que circunstâncias específicas isso se dará.

Sobre essa necessidade de se conhecer o que os setores do território oferecem, foi possível observar vários encontros realizados no espaço do CRAS com os serviços de sua rede. Um exemplo disso foi a reunião que aconteceu junto às escolas, entre elas a que aqui vem sendo estudada, e à ESF. Nessa oportunidade, os profissionais dessas equipes puderam relatar suas ações, seus objetivos e discutir demandas dessa comunidade tendo em vista a construção de projetos em parceria. Como consequência, houve a proposta de trabalho com um grupo de gestantes e a de capacitação sobre o PBF dentro das escolas para o esclarecimento de funcionários e familiares acerca de suas condicionalidades e de seu funcionamento em geral.

Outro aspecto relevante que surge no trecho acima, expresso pelo entrevistado 3, é a relação inversamente proporcional entre os recursos humanos e o volume de demandas, o

que anteriormente já havia sido indicado pelo entrevistado 1. Aliás, questões relacionadas ao problema de sobrecarga puderam ser verificadas em várias passagens das entrevistas com os profissionais. No entanto, fatos como esses, mais adequadamente, podem ser situados dentro de uma macro dimensão já apontada por G. T. Silva (2008) quanto ao descompasso entre os movimentos da sociedade e do Estado. Em decorrência disso, esses fenômenos específicos que se passam numa comunidade igualmente particular, não deixam de apontar para o todo, quer dizer, é um micro fazendo referência ao macro (Morin, 2007a), ao modo como nacionalmente se encontram dispostas as políticas públicas e a capacidade das mesmas em atender as demandas sociais de sua população.

Finalmente, ao pedir para que o profissional do CRAS identificasse as demandas que percebe em seu território de atuação, ele mencionou a grande dimensão deste seu campo de cobertura e o desafio de falar sobre locais mais distantes em que o serviço ainda tem dificuldades para chegar.

Olha é... o que eu vejo, quando eu falo assim comunidade do CRAS, eu falo assim: as comunidades. O CRAS hoje referencia quinze bairros. É muita coisa. Tem, por exemplo, um bairro que o CRAS referencia, que não é um bairro, é um distrito que fica há mais trinta quilômetros do CRAS, meu braço não chega lá. O CRAS não chega lá de forma efetiva, chega de forma pontual quando a gente tem que fazer um estudo psicossocial de alguma família, fazer alguma visita. Mas, assim, eu não sei, por exemplo, te responder qual que é, assim, a necessidade daquela comunidade. Que o CRAS não referencia uma comunidade, referencia quinze comunidades. As que estão no nosso entorno, dessas quinze, eu acredito que a gente atende de forma muito efetiva umas sete, oito, que são os bairros que estão no nosso entorno. E essa demanda dessa comunidade, que de fato está grudada no CRAS, pertinho do CRAS, é essa que a gente oferece, um espaço de convivência, de relacionamento, de uma possibilidade, de uma complementação de formação cidadã, principalmente com as crianças (entrevistado 2).

O profissional menciona duas questões importantes: as singularidades presentes dentro de seu próprio território (ao falar de comunidades) e a amplitude de sua área (que impossibilita o acompanhamento mais efetivo daqueles locais mais distantes). Essa dificuldade manifestada de identificar e de atender as demandas desse público que mora em bairros ou lugarejos mais afastados do CRAS, se justifica pelo que Morin (2007a) propõe quanto ao fato de que só se pode conhecer essas famílias ao mesmo tempo em que se conhece o lugar onde vivem. Conseqüentemente, cria-se um ‘subterritório’, que é aquela porção da sua área total que o serviço consegue realmente atingir com suas ações e

onde, possivelmente, será viável fazer o trabalho de identificação de parceiros potenciais e de estabelecimento de projetos intersetoriais.

Nessa situação, o CRAS consegue, por exemplo, penetrar no cotidiano de famílias como a que foi acompanhada neste estudo, uma vez que esta mora a poucos metros da instituição, diferente do que acontece com aquelas que residem em bairros ou localidades mais afastados. O mesmo pode ocorrer quanto à sua relação no nível dos demais serviços, sendo mais viável conhecer e se articular com a ESF e com a escola aqui pesquisada do que com outras que estão naquela porção territorial que ele não tem alcançado. É interessante observar que enquanto há várias ESF e escolas no município, têm-se apenas dois CRAS e a sua área de abrangência extrapola em muito a desses outros equipamentos. No entanto, é preciso ponderar que essa situação, com base no que foi visto no segundo e no terceiro capítulo deste estudo, decorre também do fato de que o SUAS é uma construção muito mais recente em relação, por exemplo, ao SUS.

Com isso, ao passo que o serviço só alcança uma parcela deste todo, ele também só consegue ler uma fatia da pluralidade de demandas que podem existir no seu território e aquele seu potencial dinâmico, já apresentado anteriormente, propício à intersectorialidade, fica debilitado, pois o território é grande e os recursos humanos e materiais não são igualmente proporcionais. Aliás, fica prejudicado também o seu anseio de ser referência para o seu público-alvo.

Quem sabe a necessidade deles seja que a gente tenha até um CRAS itinerante? Que essa é a proposta agora que a gente está reformulando todo o serviço de convivência e de fortalecimento de vínculo do município e eu fiz uma proposta agora de fato para a gente atender, atender esses quinze bairros em formato volante, no formato itinerante. Quem sabe eu possa te responder com mais precisão desses outros bairros que estão dentro da nossa área de abrangência, mas que o CRAS não chegou de forma efetiva como chegou para esses sete, oito bairros que estão coladinhos aqui no CRAS?(entrevistado 2).

Sobre as necessidades desse público que se encontra no entorno do CRAS, que corresponde à aproximadamente 50% de sua área total, o profissional consegue identificar que elas passam pelo âmbito da convivência e do fortalecimento de vínculos.

[...] um espaço de convivência, de relacionamento, de uma possibilidade, de uma complementação de formação cidadã, principalmente, com as crianças. Então, eu acho que a gente... essa que é a, essas que são, falando, a grande demanda desse espaço que o CRAS oferece, que não necessariamente eles encontram lá no bairro deles, encontram no CRAS. Então, a gente até brinca assim que, que o que chega

de gente batendo aqui na porta do CRAS falando... a eu estou com depressão, estou deprimida... Lógico, quando o técnico escuta isso, ele vai fazer um filtro para aquele caso que for de um transtorno mental... isso vai ser encaminhado. Mas, muitas vezes a gente percebe que essa depressão está falando: olha eu estou sozinho, olha eu preciso de uma ocupação, olha preciso conviver. E a gente leva essas pessoas pro grupo, é onde elas passam a ter um relacionamento, passam a produzir algo, passam a conviver e aquela queixa desaparece (entrevistado 2).

Nessas diferentes passagens, tanto nas falas de profissionais quanto do informante da família, percebe-se que se trata de uma comunidade que carece de algumas intervenções para que tais demandas sejam melhor contempladas, o que, por sua vez, indica pontos em que a intersetorialidade precisa ser reforçada. É possível perceber que as necessidades são muito diversificadas e que, portanto, implica na corresponsabilização de diferentes serviços. Ao considerar essas condições, está se falando, ao mesmo tempo, da produção social da saúde, das possibilidades de efetivação do direito à educação e à assistência social. Assim, percebe-se que há uma relação entre a capacidade de tomar esse território usado (Santos, 1999) como referência pelos setores na percepção das carências dessas famílias e o entendimento de que é preciso desburocratizar as suas relações, pois a delimitação rígida de papéis impede uma maior aproximação entre eles. No entanto, não se devem desconsiderar outros desafios que se colocam na construção da intersetorialidade, os quais serão tratados mais à frente.

10.3 – Como as demandas do território têm sido enfrentadas e em que medida têm apontado para a intersetorialidade?

10.3.1 – A ESF

Ao ser solicitado a relatar alguma necessidade da comunidade que a ESF tenha atendido, descrevendo a forma como isto se deu, o entrevistado 1 falou sobre as visitas domiciliares realizadas pela enfermagem. Essa demanda, de acordo com o profissional, se deve ao fato de haverem pessoas acamadas, como, por exemplo, o caso de um idoso cego em decorrência de diabetes, necessitando da visita para aferição da pressão arterial ou para alguma orientação de saúde. No entanto, relatou-se também a dificuldade de que isso aconteça pela limitação do número de profissionais,

[...] porque agora só tem a enfermeira e uma auxiliar. Quando tinha duas auxiliares, uma fazia visita com a gente. Agora nesse período que mudou, está mudando, não está indo nenhuma não (entrevistado 1).

Novamente, evidencia-se o descompasso entre as demandas e os recursos disponíveis para o atendimento das mesmas. Sobre a ocorrência de situações em que o atendimento da ESF tenha contado com os outros dois setores, escola e CRAS, o que poderia até mesmo se mostrar como uma possível solução diante das carências de sua equipe, o entrevistado 1 demonstrou uma certa confusão com o apoio prestado pela equipe do NASF, de modo que sempre o mencionava em momentos em que era questionado em relação aos outros dois serviços. Isso acontece no trecho abaixo, ao ser solicitado a falar sobre a parceria com o CRAS, citando as ações sinérgicas com o núcleo:

[...] tem orientação em grupo, que elas fazem visita com a gente e passam orientação. Mas, como elas indo na casa está tendo muito pedido pra ir, elas acham melhor continuar aqui no posto mesmo e está tendo (entrevistado 1).

O entrevistado se refere às atividades realizadas por duas profissionais do NASF, psicóloga e assistente social, no espaço da ESF, uma vez por semana. Toda quinta-feira, elas realizam o grupo de mulheres, no qual a psicologia trabalha juntamente com o serviço social abordando questões de violência e de cidadania, além da psicoterapia propriamente dita. Existe ainda a possibilidade de intervenções de outros membros da equipe do núcleo: nutricionista, que realiza pesagem e controle de peso, e fisioterapeuta. A princípio, há a oportunidade de que ocorram agendamentos para visitas domiciliares com esses profissionais, mas o entrevistado 1 aponta o problema do excesso de demandas e, com isso, as intervenções teriam ficado concentradas apenas dentro da ESF.

Outra ação desenvolvida em parceria com a assistência social pela via do NASF e que é citada pelo entrevistado 1, se refere às atividades de ginástica conduzidas por um profissional de educação física do núcleo, sendo que estas são oferecidas para mulheres e no espaço do CRAS. Embora neste momento da entrevista não se tenha mencionado, deve-se lembrar também da proposta que envolve o NASF e o CRAS na construção de um grupo de gestantes adolescentes, o qual já foi relatado anteriormente, e que visa prestar um suporte biopsicossocial.

Posteriormente, ao ser indagado sobre as ações da ESF em conjunto com a educação, o entrevistado 1 cita as ações do núcleo, denominadas de NASF na escola. Inclusive, para o início do projeto, foi realizada uma reunião dessa equipe na secretaria de

educação, a qual contou com todos os diretores da rede municipal de ensino para o esclarecimento dos objetivos do núcleo e da referida proposta. Nesse trabalho, há a possibilidade de se intervir em prol da orientação profissional, do resgate de valores, da autoestima, da orientação sexual e da prevenção de drogas junto aos alunos. O que se espera é que a cada seis meses sejam duas classes contempladas, sendo que os profissionais devem se revezar entre elas – em uma semana a psicologia e o serviço social trabalham com uma turma e a fisioterapia e a nutrição com outra, depois, na semana seguinte, invertem.

Diante dessas constatações, pôde-se perceber que o NASF representa um importante instrumento na promoção de intersetorialidade, além de oferecer à equipe da ESF o atendimento de profissionais que a mesma não dispõe, como, por exemplo, a psicologia e o serviço social.

Portanto, percebe-se que a possibilidade da ESF de trabalhar com a saúde, dentro de uma perspectiva macro, que contempla o social, pode ser potencializada pelo suporte do NASF, na medida em que este, ao apresentar uma equipe mais diversificada, permite uma abordagem igualmente diferenciada das demandas (por exemplo: nutricionista – pensar a alimentação e suas implicações na saúde; a psicologia e o serviço social – abordagem das condições afetivas e sociais, do acesso aos direitos e das suas respectivas implicações sobre a vida e a saúde dos usuários). Então, se observou a atuação do núcleo na tentativa de suprir certas lacunas da saúde da família. E, assim como a ESF é o eixo estruturante do SUS, talvez se possa afirmar que o NASF se mostra como um elemento potencializador para que a intersetorialidade aconteça na atenção básica, ao abordar a saúde para além do seu próprio setor, intervindo em contextos como o da escola e o do CRAS. Isso se mostra favorecido pelo seu caráter itinerante e difuso, de forma que ao ter que se deslocar pelo território, não se fecha nos limites de uma sede, tomando contato com os seus possíveis e diferentes parceiros.

A parceria do NASF com o CRAS ainda ganha um contorno especial por uma identificação de certo dilema profissional, em especial da psicologia: a atuação clínica-individual versus a grupal/social. Acredita-se que os psicólogos e as coordenações das duas equipes acabam se mobilizando mais facilmente em torno de projetos comuns ao compartilharem de incômodos igualmente semelhantes. Foi possível perceber que a psicologia na área da saúde ainda se depara com as expectativas de uma intervenção individualizada e na assistência social isso também não é diferente, seja por parte da equipe ou da comunidade. Então, talvez, a parceria entre o NASF e o CRAS favoreça a

busca pela consolidação de uma psicologia que está prevista nas normatizações dos serviços, mas que é diferente daquela que se tem nos estereótipos sociais da profissão. Por isso, apoiado nesses entendimentos da necessidade de atuar para o coletivo (o que não implica em esquecer o individual), a intersetorialidade se faz viabilizada, servindo de base para que esses campos profissionais busquem essa nova prática.

Observou-se que a demanda de ações intersetoriais entre os dois serviços pode ser favorecida pelo desafio de se fazer um trabalho para além da psicoterapia, dentro de um espaço que é médico, como no caso dos postos de saúde. Em contrapartida, o CRAS também se mostra aberto a dispor do seu espaço e de seus materiais para a realização dos grupos do NASF que acontecem nesses contextos da saúde. Na assistência social, por exemplo, já se percebeu a demanda de grupos de mulheres para orientações e discussões sobre questões de menopausa e da reposição hormonal, o que se mostra como uma via de acesso importante para se efetivar esse trabalho articulado entre as duas instituições.

Talvez, possa-se afirmar que na busca por outra prática psicológica, diferente daquela do estereótipo, esses dois setores têm conseguido construir projetos em comum, afinal a motivação de base é a mesma – a reestruturação das práticas em si. E esse compartilhamento de interesse, como indicado por Junqueira (2004), é um dos pré-requisitos para a intersetorialidade. Portanto, mobilizados por essa causa da psicologia, percebeu-se que o NASF e o CRAS têm um motivo a mais para trabalharem intersetorialmente.

Não obstante, há uma ação específica entre a saúde da família e a assistência social: a renovação de receitas médicas, como de hipertensão, por exemplo, que acontece tanto na ESF quanto no CRAS (sendo que neste, ela ocorre toda primeira quinta-feira do mês a partir da presença de profissionais da saúde família – médico, enfermagem e ACS). A proposta inicial é de que, além da renovação propriamente, este seja também um momento de interação entre os setores e os usuários, de forma que o CRAS se mostrou disponível no oferecimento de atividades para este público e, inclusive, de lanche. Assim, ao ir até lá por uma questão de ordem médica, pode-se ter uma oportunidade de conhecer melhor este outro setor, criando a oportunidade para se vincular a ele por meio de algum curso.

Essa é uma ação que anteriormente acontecia na ESF e na igreja que fica ao lado do CRAS e, após uma troca de gestão na saúde da família, houve o acordo de que a renovação de receitas passasse a acontecer nesse serviço da assistência social. Porém, novamente, houve a troca de coordenação e o que se tinha combinado entre as duas instituições acabou enfrentando dificuldades para avançar. Ou seja, a ESF num período de, aproximadamente,

um mês passou por três coordenações e isso se mostrou como um desafio para que se dessem continuidade nas articulações previamente acordadas. Na última troca, a coordenação, após um tempo em que os encontros já vinham acontecendo na igreja, tomou conhecimento de que o CRAS havia aguardado e preparado o seu espaço para a realização das renovações em uma data que tinha sido fechada com a outra gestão. Diante disso, desconfortada com esse transtorno, a ESF procurou o serviço e conseguiram retomar o diálogo, esclarecendo-se todas essas transições e o desconhecimento dos combinados anteriores.

Sobre as ações específicas da ESF com a escola, o entrevistado 1 afirmou que no momento não tem sido desenvolvido nada em conjunto e citou uma experiência anterior de parceria.

Porque antes a gente marcava assim uma data específica no mês e juntava todos os adolescentes da escola por causa da educação sexual. A gente fazia trabalho, assim, fazia teatro. Mas, só que o tempo foi passando e a gente não teve mais não, por falta de interesse mesmo dos alunos (entrevistado 1).

O que se constata é a ocorrência de ações intersetoriais mais pontuais, diante de alguma demanda mais específica e não em longo prazo, a partir de uma agenda construída em conjunto entre os diferentes setores. E quando perguntado sobre como as outras áreas poderiam ajudar no trabalho da ESF, o entrevistado 1, novamente, toma como referência a equipe do NASF.

No meu caso, assim, na minha área por ter algumas violências e coisas assim particulares de alguma pessoa, eu achava que elas podiam fazer visita individual com a gente, porque dependendo do assunto que a pessoa quer conversar, porque como a psicóloga atende em grupo, dependendo do assunto a pessoa não quer conversar e três pessoas da minha área já me pediu pra psicóloga ir na casa que eles querem conversar. Eu achava que visita domiciliar também, voltarem a fazer.

Aparecem nessa fala alguns pontos importantes para análise: primeiro, a percepção de demandas sociais que extrapolam o setor da ESF e que podem repercutir nas condições de saúde da população; e segundo, a demanda de uma atuação clínica-individual. Embora seja apontado o problema da violência, não se cogitou uma ação para além da atenção básica, permanecendo ainda centrado no NASF. O CRAS e a escola, por exemplo, poderiam ser parceiros potenciais para essas situações. Nesse caso, parece que a interdisciplinaridade e a integralidade têm sido buscadas, primordialmente, dentro do

próprio setor, na forte referência do núcleo de apoio, ao invés de caminhar como aquele modelo dos três 'Is' sugere; rumo à intersectorialidade. A outra questão remete à psicologia e ao que foi discutido antes quanto à proposta de uma atuação grupal versus atendimentos individuais. Dada à recorrência com que esses dilemas do psicólogo nas políticas públicas apareceram no trabalho de campo, será mais a frente dedicada uma seção para algumas considerações a esse respeito, podendo se refletir acerca do seu lugar nestes contextos estudados.

Mas, e a escola, como ela poderia se articular à saúde da família?

[...] a gente já teve a semana passada o dia da mulher aqui, as cantineiras da escola ajudou a gente bastante. Que a gente precisou da ajuda delas e elas da gente. Porque a gente precisou de alimentação guardar na cozinha e a mão-de-obra delas pra ajudar a gente. Aí de princípio as cozinheiras estão ajudando a gente. Toda vez que tem um evento elas já falaram, cederam e deram a contribuição delas assim. Elas vão ajudar a gente no que precisar. Mas, por enquanto assim, da escola ainda não (entrevistado 1).

Aqui o profissional está se referindo a um apoio pontual, em situações específicas, porém não de forma mais constante e com a implicação entre as gestões, sugerindo algo que ocorre na informalidade. Este apoio logístico talvez não possa ser considerado uma ação intersectorial, propriamente dita, mas apenas uma troca de favores e não algo que realmente venha repercutir em impactos sobre as condições de vida das famílias. O que ele se refere a seguir já pode ser pensado como algo mais pertinente para o que se tem chamado de projeto ou causa em comum.

[...] a psicóloga falou com a gente que umas reuniões que ela está indo, conversando com adolescente, ela está querendo que a gente volta a conversar, assim, com as professoras e marcar um dia, assim, inteiro, sem ter aula, de palestra de manhã e a tarde pra conversar até com as crianças também. Dar mais orientação, porque está precisando (entrevistado 1).

Como em vários momentos anteriores, faz-se menção ao NASF, que aparece aí como mediador entre a escola e a ESF. Apesar de essas duas instituições estarem fisicamente próximas, não se presenciou uma proximidade em termos de práticas. Ao contrário, é o núcleo que, ao se fazer presente uma vez por semana na escola, possibilita certo intercâmbio. De forma alguma está se considerando que seja problemática essa forte referência ao NASF, porém reforçando a necessidade de uma maior articulação parte-todo. Assim como Morin (2007a; 2007b) entende que o fechamento das disciplinas é algo que

deve ser superado, também se pode dizer isso com relação aos campos de atuação. Mostra-se preponderante essa fusão ESF-NASF (que é coerente com a ideia de complementaridade dos serviços de saúde presente na lei 8080/90), mas os objetos dos quais tratam não podem deixar de serem pensados dentro do todo, ou seja, considerando-os mediante os seus contextos de vida e as demais instituições sociais (já que são interdependentes).

Ficam explícitas nas falas do entrevistado 1 que as demandas que chegam à ESF são de diferentes naturezas – biológica, afetiva, psíquica e social – e em decorrência disso é que se faz fundamental nutrir uma prática que seja integradora e multidimensional, apesar do papel central que o NASF ocupa para a saúde da família. Por isso, nem o núcleo anula a necessidade de ações intersetoriais e nem os outros setores eliminam a sua relevância, sendo preciso que se reflita mais acerca do espaço que tem sido concedido para esse movimento parte-todo proposto por Morin (2007a; 2007b), no interior não apenas deste setor, em particular, mas nos diversos âmbitos das políticas públicas.

No que tange o setor saúde, especificamente, foi possível levantar algumas das situações em que a família acompanhada no estudo se encontra vinculada, sendo, basicamente, três:

Consulta, pesagem, saber alguma coisa também, de repente, ela vem aqui pra falar alguma coisa (informante da família).

Na conversa com esse informante, verificou-se que a principal forma de participação se dá pela via da consulta médica, além das visitas realizadas pelo ACS e da condicionalidade do PBF, como a da pesagem dos seus membros. É preciso perceber que em seu discurso ainda se destaca o aspecto biomédico da ESF, de forma que a relação com a sua equipe carece de um entendimento mais ampliado do que é saúde. Por isso, embora no posto haja uma equipe interdisciplinar da ESF e do NASF e o acolhimento de demandas de diferentes naturezas, na realidade dessa família é a figura médica que assume maior relevância na procura por consultas e pedidos de exames. Um exemplo dessa situação está no trecho abaixo:

[...] já levei o L no posto no doutor X [...] o doutor X não pediu exame nenhum, lá no hospital eles não dão [...]. Só que como não pediu nada, marquei já ficha pra quinta-feira pro L, pro B, pra amanhã pra V. Pro L e pro B pra quinta-feira pra pedir exame, principalmente, do L⁴⁰ (informante da família).

⁴⁰ O informante cita o nome dos seus filhos e o do médico, sendo esses omitidos.

Ao descrever a forma como se deu o primeiro contato com o posto, o informante da família diz que:

[...] quando eu comecei no posto ali, quando eu engravidei da V eu acho que eu estava com quinze anos... Desde os quinze até hoje. Só que agora é melhor, porque qualquer coisa aí, eu procuro o posto mesmo, qualquer coisa. Qualquer coisinha eu procuro o posto e antes não era tanto, mas agora sim. Depois que agora eu tenho os três eu procuro. Qualquer coisa que eles precisam, está doente, qualquer coisa, é o posto [...].

O interessante é que, ao contrário do que o entrevistado 1 havia dito a princípio sobre o fato de haverem pessoas que precisam do serviço e não o procurarem, nessa família isso não parece acontecer, embora, como se percebe, as buscas se refiram a demandas biomédicas. O informante da família deixa transparecer uma relação próxima com a equipe da ESF, o que tem contribuído para a efetivação de outra forma de assistência à saúde.

Agora depois com o L, o B, depois que a V pegou uma certa idadezinha, só o posto, só o posto (informante da família).

É muito difícil eu levar eles lá na Santa Casa, algum lugar. Quando eu estou vendo no último caso, aí eu procuro (informante da família).

Portanto, nota-se que a relação de proximidade com o posto e a sua inserção no cotidiano de sua comunidade tem permitido o acompanhamento das condições de saúde da família e, com isso, tornando desnecessário o seu deslocamento até o hospital. Logo, vê-se nessa fala a efetivação dos propósitos da ESF acontecendo quanto à superação do modelo hospitalocêntrico. No entanto, a afirmação do entrevistado 1 sobre aquele público que ainda se faz distante do serviço, leva a questionar o quanto desses objetivos da saúde da família têm sido de fato concretizados, já que o que essa família demonstra não parece ser vivido de forma geral pelas demais.

O informante da família só conseguiu se recordar de uma situação em que pôde contar com o atendimento sinérgico de mais de um setor, quando um dos seus filhos precisou de atendimento psicológico e fonoaudiológico e, através da ESF, foi encaminhado para uma instituição de ensino especial. No entanto, na medida em que se percebe certa fragilidade na relação entre a ESF e a escola, por exemplo, a abordagem integral do grupo familiar também parece ser limitada e a única oportunidade que talvez consiga repercutir em uma maior implicação entre os diferentes setores em torno desse grupo seja o PBF, mas isso será abordado na seção 10.6.

10.3.2 - O CRAS

Ao ser solicitado a dar exemplos de demandas que tenham sido atendidas pelo CRAS, o entrevistado 2 citou duas situações. A primeira se refere a uma senhora que buscou no serviço orientações sobre questões de aposentadoria e um profissional de serviço social da instituição a ajudou no contato com o Instituto Nacional do Seguro Social [INSS], conseguindo se aposentar. Sobre o acontecido, o entrevistado 2 diz que:

[...] ela enxergou no CRAS um lugar onde ela pode vir, com as dúvidas dela sobre benefícios, sobre direitos e que aqui no CRAS de alguma forma a gente vai prestar algum tipo de orientação. O nosso trabalho foi, olha: Dona Fulana, o caminho para a senhora resolver isso é esse. Nós não resolvemos nada para ela e no final das contas deu tudo certo. Ela precisava mesmo era de que alguém a orientasse, que alguém a colocasse no caminho certo.

A segunda situação se refere a uma articulação com o setor de saúde mental.

Um caso de um rapaz de vinte anos que a primeira vez bateu aqui na porta e disse: eu sou usuário de Crack. Sou usuário de Crack, quero me tratar. E aí a gente articulou a saúde mental, a seguridade, e no dia que ele ia dar início ao tratamento dele houve abandono. Tempos depois, ele volta com o mesmo discurso. Articulamos mais uma vez a rede e na hora de ir, abandonou. Voltou por uma terceira vez, nós conseguimos que ele faça o tratamento. E vários outros casos (entrevistado 2).

Nesses exemplos, o entrevistado cita algumas das diferentes demandas que o CRAS lida em seu cotidiano – além daquelas já referidas antes de convivência e de fortalecimento de vínculos – identificado-as como sendo questões de acesso aos direitos e de promoção da cidadania. Nessas passagens, menciona-se a articulação com os campos da seguridade social e da saúde mental, uma vez que eram casos que extrapolavam as possibilidades de ação deste setor, embora, ao mesmo tempo, as questões dos direitos e da cidadania sejam também suas preocupações. Porém, o entrevistado 2 ainda demonstrou que as necessidades de articulação atingem outros serviços, envolvendo o

acesso ao Programa Bolsa Família, acesso à escola, acesso às instituições de saúde em todos os seus níveis. Então, a gente acaba sendo procurado e às vezes a demanda não é necessariamente a demanda do CRAS. Mas, uma coisa que eu sempre coloco, pra todo mundo que trabalha no CRAS, que a gente não fecha escuta (entrevistado 2).

O entrevistado aponta, nesse momento, uma condição importante para a intersectorialidade: a escuta aberta. Ou seja, a equipe trabalha com a orientação de se dedicar a ouvir o que o usuário traz para a instituição, independente se a demanda é ou não pertinente à tipificação do serviço. Isso se mostra como condição fundamental, tanto para o atendimento daquilo que é de responsabilidade do CRAS quanto para o acionamento da rede naqueles casos em que a ação conjunta é necessária, como no exemplo em que a saúde mental foi contata. Se os profissionais fechassem a sua escuta, se limitando a dar atenção para os casos que julgassem ser coerentes com o papel da instituição, eles não conseguiriam enxergar o potencial que as demandas dos seus usuários representam para a ação intersectorial. Por isso, esse movimento, de ouvir e de não se enrijecer apenas por aquilo que está prescrito nas normatizações, sustenta a dinamicidade observada no CRAS e reforça a sua liderança no território quanto à construção de projetos comuns.

Aquilo que foi discutido anteriormente quanto ao problema de se definir rigidamente os papéis entre as instituições, como na relação entre a família e a escola, de forma que impeça um processo de corresponsabilização, pode ser contraposto com essa postura da escuta aberta. Aqui se tem a efetivação do que Mattos (2001) propõe: a recusa à objetivação dos sujeitos e a disposição para o diálogo, o que é importante para a intersectorialidade.

Então, a gente não fecha espaço. A gente escuta. Se for de fato uma demanda clínica, a gente tenta encaixar, encaminhar isso para a rede. Às vezes chega uma demanda clínica aqui que não é uma demanda clínica, que a gente vai inserir num grupo de acompanhamento, que nós vamos de alguma forma desenvolver alguma ação com o caráter social dentro do trabalho do CRAS. Mas, eu só consigo fazer este tipo de trabalho quando eu deixo a escuta aberta, quando eu acho que eu dou essa possibilidade (entrevistado 2).

Ao falar sobre essa forma de trabalho, o entrevistado expressa também a sua preocupação com uma prática que seja interdisciplinar. Porém, pode-se supor que essa escuta aberta pode fomentar um processo muito mais amplo, com uma forma de responder a essas demandas que não se limita apenas ao seu espaço, o que foi um desafio identificado na ESF pela sua forte referência com relação ao NASF. Portanto, o CRAS parece se aproximar mais daquela articulação entre os três 'Is': uma interdisciplinaridade que avança para a intersectorialidade em benefício da integralidade.

Morin (2007a) defende que a abertura disciplinar favorece o deslocamento de elementos de um campo do saber para o outro e o mesmo acontece com os serviços quando

eles trabalham na perspectiva da escuta aberta, pois neste caso são os sujeitos que se movimentam por estes diferentes espaços, ao invés de se criar um vínculo de dependência com apenas um. Porém, sabe-se dos desafios existentes para que se possa operar segundo essa lógica, entre eles, o que já foi falado, a limitação de recursos humanos. Mas, não basta apenas superar estes problemas, pois é preciso entender que, conforme defende a Teoria da Complexidade (2007a), é necessário reformar tanto o pensamento quanto as instituições. Logo, não adianta suprir todas as carências de um setor se quem está dentro dele não mudar a sua forma de olhar para o homem e para as suas demandas, vislumbrando os seus aspectos multidimensionais.

Ao ser questionado sobre as atuações conjuntas com os setores da saúde da família e da escola, o entrevistado 2 esclarece que

o nosso direcionamento, tanto da tipificação do serviço quanto minha para a equipe, é que o nosso trabalho deve ser interdisciplinar e deve ser sempre em conjunto com os outros setores, com outras políticas públicas. E, assim, quais são as que a gente mais aciona: saúde e educação. Hoje eu posso falar para você que nós temos uma parceria muito estreita com o NASF e PSF. A gente trabalha muito nos casos pontuais, tanto da gente encaminhar para eles e deles nos encaminhar, quanto também pensar um pouco mais ampla essa questão de funcionamento. Nós estamos aí desenhando um grupo de gestantes intersetorial da saúde e da assistência social. Então, o relacionamento com PSF e NASF da minha área é muito bom. E eu estendo isso também para a área da saúde mental: CAPS, CAPS AD.

Nas falas do entrevistado 1 não se percebeu o destaque às parcerias com o CRAS, tal como se expressa aqui na forma de ‘uma parceria muito estreita’. Isso leva a questionar se será que não há um conhecimento desigual dentro das equipes quanto ao que se tem feito em termo de ações intersetoriais? Assim, não apenas pode haver uma forte referência ao NASF no interior da ESF, o qual se mostrou muito mais potente no estabelecimento de parcerias do que esta, como o distanciamento de certos profissionais quanto a esses relacionamentos mantidos com os outros setores. Enquanto se percebe que para alguns profissionais de uma equipe está claro o que fazem os outros serviços de seu território e quais as ações que são mantidas em conjunto com eles, para outros, isso não parece acontecer da mesma forma.

Em outro momento, pôde-se dizer que o entrevistado 2 conhece as diretrizes e a legislação que regulamenta e disciplina o funcionamento do CRAS, mas que, embora importante, isso não é uma garantia para que a intersetorialidade aconteça, pois também é preciso uma disposição pessoal. Essa personificação da instituição, ou seja, o modo como

esta fica dependente do perfil, principalmente, do seu gestor, para que ela possa caminhar mais ou menos em direção à ação intersetorial, ficou expressa em muitos momentos do trabalho de campo. Isso também pode ser observado nesse trecho quando o entrevistado diz ‘minha para a equipe’. Nesse caso, o serviço é favorecido, porque se trata de um profissional comprometido com os seus usuários, de tal modo que favorece a integração e a articulação dos mesmos com os outros campos. Mas, igualmente, poderia ocorrer o contrário, o esvaziamento do complexo e a setorialização, se os interesses e as preocupações pessoais fossem outras. Por isso, se vê que o ideal de um projeto comum fica vulnerável às vontades daqueles que estão no interior das políticas públicas, não havendo certezas quanto aos rumos que se poderá tomar.

O trabalho do CRAS demonstra ter avançado na direção da intersetorialidade, a partir do coordenador da instituição que estava no poder durante esta pesquisa. Porém, se houver uma mudança de coordenação do CRAS não há como prever se isso será mantido. Além disso, observou-se que as afinidades pessoais e profissionais entre as equipes dos diferentes setores também repercute na ação intersetorial. Como já foi dito, a proximidade entre o CRAS e o NASF é favorecida, de certa forma, pelo compromisso com uma nova prática psicológica, se contrapondo ao estereótipo de uma atuação clínica-individual, em prol do que é mais pertinente com o caráter das suas instituições. Na medida em que isto é desafiador de se fazer num espaço que é médico, o núcleo, ao contrário, encontra grande abertura no espaço da assistência social, que por sua vez se vê no mesmo dilema – a abordagem individualizada versus a psicossocial.

Quanto à articulação com os serviços de saúde mental, o CRAS promoveu em seu espaço uma reunião com os dois CAPS do município. O objetivo do encontro era o de esclarecer as ações desenvolvidas por cada um desses serviços para que, a partir daí, se pudessem pensar possíveis parcerias. A saúde mental, por exemplo, viu na assistência social uma forte aliada no processo de reinserção social dos seus usuários através dos espaços que oferece para a convivência e o fortalecimento de vínculos familiares/comunitários. O CRAS também chegou a participar de momentos importantes, como o evento do dia 18 de maio⁴¹.

Outro aspecto relevante citado pelo entrevistado 2, se refere aos encaminhamentos e ao funcionamento das instituições. Pode-se dizer que, simplesmente, manter um fluxo de encaminhamentos é pouco para se dizer que há projetos em comum, se, em contrapartida,

⁴¹ O dia em que, nacionalmente, se comemora a Luta Antimanicomial.

não há oportunidades para discussão e resposta conjunta a uma mesma demanda. Por isso, destaca-se o que ele menciona em termos de funcionamento, pois a organização e a sistemática dos serviços também deve ser alvo de debates. A intersetorialidade, portanto, envolve não apenas a união de esforços para se pensar os sujeitos e as suas queixas, como também os próprios setores, coerentemente com o que Junqueira (2004) fala sobre a reestruturação das práticas em si e do próprio Estado.

Então, nós estamos articulando uma rede que hoje eu acredito assim, está plena? Não, mas está bem melhor do que já foi. Esses setores estão se conhecendo mais, estão mais próximos, estão entendendo que a gente pode ser parceiros, que uma demanda de um... às vezes a pessoa tem demanda para a educação, tem demanda para a saúde, tem demanda para a assistência social e a gente fazer essas interlocuções (entrevistado 2).

Quando o entrevistado se refere ao conhecimento entre os serviços, ele está expressando um dos desafios à intersetorialidade, o que foi identificado por Paula *et al.* (2004) em entrevistas com profissionais da ESF⁴². Este profissional do CRAS entende que o conhecer é pré-requisito para o que ele chama de interlocução, na medida em que favorece o encurtamento das distâncias entre as equipes. As várias reuniões intersetoriais realizadas junto ao NASF, à ESF, à saúde mental e à educação, por exemplo, representaram uma oportunidade para isso, pois se tratava de compreender melhor as instituições e como elas poderiam se integrar, tendo em vista os recursos e os limites que cada uma dispunha.

Através dessa fala do profissional do CRAS, didaticamente, pode-se levantar algumas condições propícias para a intersetorialidade: o conhecimento entre os serviços; a proximidade interpessoal entre as equipes; a disponibilidade para a parceria; e a leitura das demandas a partir de um olhar que reconhece a pluralidade de dimensões que elas integram. O entrevistado entende que uma mesma necessidade de um determinado usuário pode ser ponto de partida para a integração de várias políticas públicas, quer dizer, ele está falando do homem segundo a noção de complexidade apresentada por Morin (2007a; 2007b).

Logo, essa forma de pensar pode favorecer uma atuação para além daquele simples fluxo de encaminhamentos em que a família ou o indivíduo ora é ‘jogado’ para um lado ora para o outro. Nesse processo, que se pode denominar de ‘porta giratória’, os usuários

⁴² Ver o terceiro discurso na página 65.

ficam ‘rodando’ de um serviço para o outro, com poucas possibilidades de que suas necessidades sejam supridas e com nenhuma corresponsabilização entre as equipes. No entanto, quando se diz de uma abertura entre as instituições, assim como entre as disciplinas, de tal modo que haja a circulação dos sujeitos e de saberes, está se considerando um deslocamento que irá desembocar no movimento dos três ‘Is’.

Sobre a parceria, especificamente, com a educação, o entrevistado 2 identifica que esta ainda carece de maior solidificação.

A escola é um espaço já constituído socialmente, um espaço reconhecido socialmente, mas eu acho que é um espaço ainda assim pouco aberto à comunidade, um espaço pouco aberto a esse diálogo com os outros setores (entrevistado 2).

Então, com a escola eu vejo assim um pouco de dificuldade nesse entendimento: somos parceiros, podemos acionar, podemos trabalhar juntos (entrevistado 2).

Mas, eu acho que assim, estamos abrindo alguns espaços. Hoje, por exemplo, eu tenho uma parceria com a escola, consigo desenvolver com a escola uma oficina para adolescentes dentro do espaço da escola⁴³. [...] Já me disponibilizei, já disponibilizei o serviço: olha, temos assistente social, psicólogo, temos grupo disso, temos grupo daquilo. Somos pouco acionados, somos muito mais acionados pela equipe da estratégia de saúde e do NASF do que pela educação. Mas, eu acho que é um caminho que a gente começou a trilhar e que pode ser que lá na frente essa parceria seja mais sólida. Mas, eu acho que tem ainda que caminhar um pouco na área da educação (entrevistado 2).

Primeiro, o profissional se refere ao processo de constituição social da escola. Esta é muito mais conhecida socialmente do que o próprio CRAS, uma vez que este foi criado recentemente. Mas, o entrevistado não percebe na mesma proporção a disponibilidade para as parcerias. Talvez, seja preciso entender melhor a visão que cada setor tem do homem e das suas demandas, o que aqui tem sido defendido como um dos aspectos que poderá propiciar ou não a intersectorialidade. Em função disso, acredita ser importante trazer, mais ao final deste trabalho, uma reflexão acerca das concepções de família presentes em cada espaço, pois estarão diretamente articuladas ao sentido de se fazer a ação intersectorial.

Mesmo que na conversa com os entrevistados tenha sido percebida a capacidade de entender que a comunidade traz demandas de diferentes ordens – biológica e psicológica, por exemplo – assim como também na ESF, se elas forem abordadas de forma

⁴³ Nesta frase, o entrevistado menciona por três vezes o nome da instituição de ensino estudada nesta pesquisa. Tendo em vista os cuidados éticos, o nome da mesma foi omitido e em seu lugar colocado apenas o termo escola.

desarticulada, tem-se aí a razão dessas dificuldades de entendimento quanto ao fato de que se pode trabalhar junto. Ou seja, mesmo que a pluralidade de necessidades seja até vista pelas equipes, pode permanecer uma limitação no momento de se intervir quando não conseguimos integrar nossos conhecimentos para a condução de nossas vidas (Morin, 2007a).

Por isso, mesmo que no CRAS tenham sido disponibilizados os profissionais de psicologia e de assistência social, ele pode ainda ser pouco acionado, conforme percebe o entrevistado 2. Isso parece paradoxal, pois se o entrevistado 3 se referiu ao fato de haverem demandas emocionais e psicológicas e o posto de saúde, por exemplo, não dispor desse tipo de atendimento, por que não se aciona mais o CRAS? E será que este também daria conta de suprir todas essas procuras, sobretudo, tendo em vista a sua grande área de abrangência? Então, a forma como se dá essa recorrência, com frequência ou não, pode também estar ligada a essa expectativa de resposta que um setor traz do outro às suas necessidades.

Apesar dessas fragilidades, o entrevistado 2 menciona a parceria mantida com a educação através de aulas de vôlei. Na escola havia jovens que traziam essa demanda e o CRAS, por sua vez, tinha o profissional de educação física, mas não o espaço necessário para isso. E a articulação aconteceu da seguinte forma: a escola ofereceu uma lista de alunos e a sua quadra e, aquele serviço, o seu funcionário e recursos materiais (como o uniforme do time). Outro grande aspecto que se mostrou promissor para a aproximação entre estas duas instituições foi o PBF. Como já foi mencionado antes, estava sendo construída em conjunto a proposta de se desenvolver um trabalho de capacitação das famílias beneficiadas e de profissionais da educação acerca do programa, sobretudo em relação as suas condicionalidades, contando ainda com o suporte do setor que no município faz a gestão do benefício.

Quanto a forma como a educação e a saúde poderiam ajudar no trabalho do CRAS, o entrevistado 2 expressa, a princípio, o que se pode considerar como um pré-requisito para que isso se dê.

Eu acho que a partir do momento que a gente entenda que esse indivíduo, o nosso cliente, o nosso usuário tem demandas da saúde, educação e assistência social. Ele não demanda só saúde, não demanda só educação e muito menos só assistência social. Então, quando esses setores entenderem que esses indivíduos, essas famílias, esses grupos têm essas demandas diversas e se disponibilizarem para.

Ele se refere ao fato de que não apenas há diferentes demandas, mas que estas podem estar num mesmo sujeito e que será a partir deste entendimento que o trabalho intersetorial se fará viável. A família acompanhada neste estudo, como se pôde observar nos trechos citados anteriormente, expressa necessidades de diversas ordens, como aquelas que se referem ao esgoto ‘a céu aberto’, um espaço de lazer para as crianças e uma creche ou algum programa (a exemplo do CIAME) onde se possam deixar os filhos e, assim, a mãe ter disponibilidade para trabalhar fora. Diante disso, essas carências apontam para a importância da integração entre diferentes setores para que sejam supridas, de tal forma que, como diz o entrevistado 2, não são questões de responsabilidade só da saúde, da educação ou da assistência social, mas de todos ao mesmo tempo.

Trata-se, segundo propõe Morin (2007a; 2007b), de problematizar e interligar os conhecimentos/problemas. Quando o entrevistado 2 considera que o entendimento da natureza das demandas dos clientes é um passo fundamental para que os setores possam se ajudar, ele está deixando em destaque a visão do complexo e propondo um movimento diferente daquele que fratura e isola. Portanto, a sua fala traz a defesa da contextualização do objeto em função da rede ou da teia em que ele faz parte. Isto é,

[...] entender essas várias demandas que esses clientes têm, para que a gente consiga fazer um trabalho em conjunto (entrevistado 2).

Como exemplo dessa implicação numa causa comum, o profissional cita aquela capacitação sobre o PBF e ainda aponta um aspecto preocupante quando aos dados de frequência escolar.

[...] dentro do bolsa família, a gente vai começar a fazer um trabalho sobre o bolsa família no sentido de orientação e acompanhamento das famílias que estão em descumprimento das condicionalidades. A nossa ideia é fazer isso dentro das escolas. Eu acho que nós vamos ter alguns problemas... principalmente, quando a gente pegou, quando nós realizamos o diagnóstico das setenta visitas que nós já realizamos, quase todas, 90% são referentes a problemas de frequência escolar, quando a gente vai estudar lá não existe aquele problema. Aquilo é um erro de frequência. Então, das setenta são quatro famílias que de fato não estão cumprindo as condicionalidades do programa. E como que a gente trabalha? Ninguém acha esse erro, sabe? Então, assim, de entender que é um direito, um benefício que deva ser tratado da melhor forma possível. Aonde está acontecendo? E, assim, nós vamos aos poucos nos aproximando (entrevistado 2).

A partir do PBF se evidencia uma lacuna que carece de maior articulação entre a escola e o CRAS, de modo que este não apenas deva fazer o acompanhamento das famílias

em descumprimento, como também uma investigação junto à educação quanto as suas causas. Esse trabalho investigativo, na sua maioria, indicou erros de controle (embora nesse momento da entrevista ainda não se soubesse de onde estava partindo esse problema) e não uma violação das condicionalidades pelos beneficiados. Desta forma, o programa se mostrou como algo que demanda a ajuda mútua entre os serviços e, como se previa, favorece a intersetorialidade, mesmo que não seja de forma a prevenir o descumprimento, mas quando este já repercutiu numa situação de bloqueio. Ou seja, é a partir da necessidade do CRAS acompanhar aqueles grupos que tiveram seus benefícios suspensos (e com a conseqüente constatação das falhas no registro dos dados) que a ação intersetorial tem sido favorecida.

Na rotina dos serviços percebeu-se que cada um deles tem a sua forma específica de realizar o controle do PBF, não havendo a integração ou a troca de informações entre eles acerca das condições das famílias beneficiadas. Por exemplo, a saúde desenvolve a pesagem e o controle de vacinas, a educação o controle de frequências e a assistência social a atualização dos dados cadastrais para que esses indivíduos possam continuar recebendo o benefício. No entanto, um setor não tem acesso a esses levantamentos realizados pelos demais e, com isso, não se tem uma visão que contempla o usuário de modo integral. O risco dessa abordagem setorializada das condicionalidades do programa é o que Morin (2007a) chama de coisificação, ou seja, de que os homens e as suas condições de vida sejam consideradas de forma dissociada do todo de que fazem parte.

Contudo, a aproximação entre os setores em relação ao PBF vem posteriormente, quando a gestão municipal do programa, periodicamente, repassa ao CRAS a listagem de famílias bloqueadas. Este, ao ter que fazer o acompanhamento desses grupos familiares, entra em contato com as outras instituições para se entender melhor esses casos de descumprimento, principalmente, nas situações em que aqueles erros de registro foram verificados.

De forma geral, o entrevistado 2 finaliza a sua argumentação indicando que se deve avançar na condução de mais ações intersetoriais, tratando em conjunto uma mesma questão. Isto é coerente com o fato de que o CRAS é o principal afetado pela inexistência de uma intersetorialidade que previna as situações, por exemplo, de descumprimento das condicionalidades do PBF, na medida em que é ele que deverá, mais tarde, acompanhar essas famílias.

10.3.3 – A escola

Entre as demandas que a escola lida em seu cotidiano, o entrevistado 3 cita aquelas de caráter médico e as buscas que faz em outros setores para saná-las.

Às vezes quando a gente tem facilidade de arranjar consultas médicas, a gente arranja, pede, encaminha. Às vezes, a gente consegue neurologistas e tal (entrevistado 3).

Percebe-se que não apenas são demandas médicas, como, especificamente, de saúde mental, com a recorrência a instituições deste campo. Além disso, citou-se também a busca de atendimentos no CRAS.

Nos psicólogos do CRAS, desde que o CRAS foi instituído, muitos meninos a gente passou pra atendimento de psicólogo lá e foram atendidos (entrevistado 3).

Como já foi discutido antes, constata-se uma intersetorialidade que se constrói mediante a ocorrência de situações emergenciais, diferente, por exemplo, daquela parceria entre a escola e o CRAS, para o projeto de aulas de vôlei e de capacitação do PBF, ou entre este e a ESF, no grupo de gestantes adolescentes, em que os serviços previamente se reuniram e planejaram as suas ações conjuntas. Ou seja, embora, mesmo que com a forte liderança do CRAS haja a tentativa de se construir uma agenda em comum, ainda se percebe uma fragilidade na rede, o que fica expresso na incerteza que o entrevistado demonstra na primeira passagem de ter as suas demandas atendidas pelos outros setores. Então, pode-se dizer que ora a articulação parte de um planejamento prévio, ora ocorre na informalidade, diante da complexidade colocada por cada caso.

Sobre a procura de atendimentos psicológicos no CRAS, o entrevistado 3 explica a natureza dessas demandas.

Geralmente é família. Começa tudo na família e aí a gente encaminha. [...] Mas, assim, o problema em si, depois que a gente encaminha não tem o retorno do problema, só da solução ou não (entrevistado 3).

Há duas questões importantes de serem observadas: a implicação da família e a comunicação entre os serviços. Quanto à primeira, percebe-se uma afirmação enfática quanto à relação causal entre a família e os problemas encaminhados para atendimento psicológico. Esse entendimento de que tudo começa na família é delicado e precisa ser

refletido. De fato, não se pode negar a implicação do núcleo familiar sobre o desenvolvimento e as condições de vida de seus membros, porém deve-se perceber que há a uma dimensão social mais ampla que também não se pode negligenciar. Por isso, se os alunos dizem do ambiente familiar do qual são provenientes, este, por sua vez, aponta para o território e a sociedade em que se constitui. Trata-se de fazer o movimento parte-todo já indicado por Morin (2007a), para que esses grupos familiares não sejam tomados como autossuficientes, quer dizer, alheios ao processo de determinação sócio-histórica. Se é problemático restringir a complexidade das demandas humanas ao substrato da família, deve-se pensar *o ser e o seu ambiente, o local e o global, [...] isto é, as condições do comportamento humano* (p. 100).

A outra questão – o fluxo de informações entre os serviços – leva a pensar se isso se dá por uma dificuldade de diálogo ou por razões éticas que implicam na preservação da intimidade desses indivíduos encaminhados. A transição de saberes e a comunicação entre os setores são necessárias para a consolidação de projetos comuns, de forma que a resposta a uma determinada demanda possa se dar de maneira integrada, como tem sido apresentado. Porém, quando o entrevistado 3 se refere ao desconhecimento sobre a natureza da situação remetida a outro profissional e apenas da sua solução, talvez isso possa ser decorrente desse imperativo de sigilo que os casos requerem e não a uma falha, propriamente dita, dessas interações.

Na tentativa de responder a essas demandas identificadas, o entrevistado 3 relata o seguinte processo:

[...] a gente vai buscando soluções e caminhos pra gente atingir o objetivo. E não tem um caminho, um caminho. A gente fica buscando atalhos pra alcançar esse objetivo. Entendeu? (entrevistado 3).

O que se diz nesse trecho é coerente com o entendimento de que não há uma receita previamente estabelecida de como fazer a intersetorialidade, conferindo certa incerteza nesse percurso. Neste momento, pode-se retomar o que Morin (2007a; 2007b) diz sobre a noção de estratégia, sendo a partir das condições existentes que se definirão os caminhos escolhidos para a ação, mesmo que se tenha um planejamento prévio. De modo semelhante, acontece na interlocução com os outros serviços, pois, mesmo que se tenha um objetivo comum, as formas de buscá-lo poderão variar conforme, por exemplo, as relações e os elementos presentes em cada situação particular. Por isso, o que o entrevistado diz se deve à singularidade da ação intersetorial, na medida em que esta resiste à tentativa de se

traçar trajetórias rígidas, e indica a relevância de que esses profissionais da rede façam a leitura do contexto em que tal ação se desenvolve.

Embora sejam inevitáveis essas incertezas que são colocadas pela ação e, especificamente, pela intersetorialidade, percebe-se que ela pode ser responsável por certa cota de ansiedade ao não se saber onde irá chegar. Além disso, evidencia-se na fala acima o desejo de que exista um percurso que funcione, dando maior racionalidade ao processo de encaminhamento e de acionamento dos outros serviços e, com isso, alcançando maiores certezas não apenas de quais caminhos deverão ser trilhados como também se serão obtidos os resultados desejados.

O entrevistado 3 se recorda de uma situação em que o seu setor pôde contar com a parceria do CRAS.

Que é o caso de uma menina que foi adotada e... Não é que ela foi adotada. A mãe morreu, o pai deu pra irmã criar, a irmã começou a ter muitos problemas com a menina, que a menina também era muito difícil. Nós encaminhamos [...] e ela foi para o juizado. [...] Eu sei que acabou que a situação foi resolvida com a mãe da coleguinha pegando a menina pra criar. Ainda está com a mãe da menina, mas houve a interferência do psicólogo do CRAS nesse trabalho e ele colaborou muito com isso. Mas, tiveram outras também, outras ajudas que foram boas pra gente (entrevistado 3).

Foi possível constatar uma relação positiva com o CRAS, o que se percebe, por exemplo, na última frase do trecho acima. Ao longo da entrevista verificou-se também uma forte referência à pessoa do gestor deste serviço e, diante disso, mais uma vez pode-se dizer da implicação que há entre a forma como se dá a personificação do setor e a possibilidade de parcerias. Nesse caso, observou-se que a direção da instituição de ensino se faz receptiva à coordenação do CRAS, citando o seu nome durante a entrevista como um importante colaborador no seu trabalho. Consequentemente, isso se mostrou favorável ao desenvolvimento de reuniões e às propostas de projetos comuns, como aquele do PBF. Ao contrário, se houvesse uma percepção negativa do coordenador, poderia se identificar aí um obstáculo para a aproximação entre eles. Portanto, ao invés da instituição se tornar, por si só, referência para as demais, são as pessoas que estão no seu interior que podem desempenhar esse papel, como nessa situação.

Em contrapartida, a relação parece mais frágil com a ESF:

Nós não mantivemos contato com eles e nem eles com a gente. Entendeu? O trabalho deles é assim bem isolado do nosso. Não teve em momento nenhum, que eu me lembre, assim, que a gente teve esse contato com eles não (entrevistado 3).

Durante a entrevista, este profissional não chega a mencionar a colaboração da saúde através do projeto NASF na escola. Como já foi descrito antes, o núcleo realiza intervenções semanais com turmas desse colégio com o objetivo de realizar orientações diversas junto aos alunos, por exemplo, aquelas relativas à sexualidade. No entanto, isso não foi relatado, embora tenha sido feita uma reunião na secretaria municipal de educação com todas as instituições de ensino, inclusive com esta que foi estudada, com o propósito de divulgar tais trabalhos.

Nas informações fornecidas pelo entrevistado 1, verificou-se a inexistência de ações conjuntas com a escola, porém relatou-se que esta existiu em um momento anterior. O profissional da saúde chegou a citar os trabalhos que já foram desenvolvidos de orientação sexual e a necessidade identificada por aquela mesma equipe do NASF de que tais intervenções sejam retomadas. Relatou-se também, em certas ocasiões, a ocorrência de alguns favores, como aquela contribuição das cantineiras em eventos realizados na ESF, e que, como foi discutido, não parecem se configurar como ações intersetoriais, sendo apenas colaborações pontuais e informais. Mas, o entrevistado 3 demonstra não conhecer essas ajudas e aquelas parcerias que no passado aconteceram, bem como as que nesse momento da entrevista aconteciam por meio do NASF.

Esse distanciamento percebido entre as duas instituições, tanto nos trabalhos de campo como nas falas dos entrevistados, desmente uma possível hipótese de que a proximidade física, por si só, repercute na interlocução entre os dois serviços. Apesar de dividirem o mesmo pátio, ambas seguem trabalhando de forma desconectada e a única articulação que ainda resiste é a que se dá através da presença do NASF na escola. Portanto, ser vizinho não é correlato de intersetorialidade, pois com o CRAS que está mais distante a articulação tem se mostrado muito mais viável, mesmo porque este tem assumido a responsabilidade de chamar os demais serviços para a construção de projetos comuns. Se a intersetorialidade demanda o relaxamento das fronteiras entre os serviços e a abertura para a troca de saberes (interdisciplinaridade) e de demandas, pode-se dizer que é o campo da assistência social que demonstrou o primeiro passo nesse propósito, pois do contrário, talvez o trabalho deste campo também fosse isolado em relação aos outros.

Pelo que tem sido descrito, entende-se que as instituições podem estar num mesmo espaço, porém isto é pouco para que haja a intersetorialidade. Não adianta compartilhar de

uma determinada área física se há, entre outros desafios, a limitação do número de profissionais necessários para atender a população, um grande território de abrangência e a sobrecarga de trabalho. Contudo, como Morin (2007a) sugere, a reforma institucional requer, concomitantemente, a do pensamento, não se fechando [...] *no local e no particular, mas de conceber os conjuntos* [...] (p. 97).

Quando questionado sobre a forma como a ESF e o CRAS poderiam colaborar no trabalho da escola, o entrevistado 3 responde que:

Olha, eu acho que na maioria das vezes, tanto a assistência social quanto a saúde ficam limitadas igual a escola fica limitada. Que, inclusive, nós já tivemos aqui dentro da escola, numa das administrações aí, assistente social e psicólogo, e fonoaudiólogo. Tudo aqui dentro da escola. E eu sentia a mesma dificuldade, elas sentiam também.

De acordo com essa passagem, percebe-se que não adianta simplesmente prover as instituições daqueles recursos humanos que lhes faltam se não há, por exemplo, um trabalho em rede, pois apenas ter esses profissionais não garante o atendimento adequado das demandas. Sem a corresponsabilização que a intersectorialidade propõe, os serviços podem continuar sobrecarregados, como em alguns momentos sugere as falas dos entrevistados. Por isso, a solução não está apenas em disponibilizar psicólogo, assistente social e fonoaudiólogo à escola e isso é constatado na medida em que se relata as dificuldades e as limitações que permaneceram existentes.

Igual o conselho tutelar, quantas e quantas vezes que eu via a nossa assistente social encaminhando meninos para o conselho tutelar e o conselho tutelar não dava retorno pra ela e não tomava providência também. Entendeu? Aqui não querendo criticar o conselho tutelar, porque eles também devem ter um milhão de serviço pra fazer. Mas, aí nesse um milhão de serviço o nosso era só um grão de areia no oceano e a gente ficava sem resposta e a gente não tinha pra onde correr (entrevistado 3).

Portanto, é o trabalho em rede que deve ser fortalecido, não sendo suficiente a intervenção isolada em um ou outro setor. Nessa situação, parece que oferecer uma equipe mais diversificada para a escola não repercutiu nos resultados que se esperavam, pois o entrevistado aponta um problema de sobrecarga em outro serviço, o conselho tutelar, e que por isso impossibilitava a ação conjunta e limitava a capacidade resolutiva daqueles profissionais inseridos na educação. Assim, disponibilizou-se à escola recursos humanos que seriam essenciais para as demandas que ela apresenta, porém tem-se a impressão de

que eles ficaram isolados dentro do seu próprio espaço de trabalho ao não conseguirem se movimentar dentro da rede.

Perguntado sobre as contribuições que o CRAS e a ESF, respectivamente, poderiam oferecer à sua instituição, novamente a questão da sobrecarga aparece.

Eu acho que a gente ainda tinha que estar sentando, escola, CRAS, e vendo, especificamente, o trabalho da assistência social. Entendeu? De repente, a escola fazendo uma relação de famílias e de meninos que a gente sente que estão mais em situação de risco e a assistente social dando prioridade a essas famílias. Também não sei se seria possível, porque na reunião que eu fui no CRAS eles falaram da quantidade de bairros e de não sei o quê que eles têm que atender também. Então, quer dizer, uma coisa que... assim, é fictício, não funciona, é utópico, não tem cabimento: a nós vamos atender a não sei quantos bairros. E só bairros periféricos, com problema mesmo. Então, assim, não tem como atender. É humanamente impossível (entrevistado 3).

[...] às vezes a gente tem a criança, sabe que ele está precisando, sabe que ele deveria e precisaria estar sendo atendido, mas não pode porque o médico já tem dez fichas marcadas e aí... entendeu? É um caso ou outro, de às vezes o menino ter um problema sério de momento, cair aqui ou ter uma crise fortíssima de alguma coisa aqui, é que eles abrem uma exceção (entrevistado 3).

Essa proporção entre a área de cobertura e a capacidade de atendimento das equipes que aparece no primeiro trecho, já foi discutida anteriormente e o entrevistado 2 pôde falar, inclusive, da dificuldade do seu serviço em estar chegando até os pontos mais distantes do território. Naquele momento ele falou da impossibilidade de até mesmo identificar quais são as necessidades dessas comunidades em que o trabalho não tem conseguido chegar de forma efetiva. Isso é retomado na fala do entrevistado 3, com a ponderação, pertinente, sobre o desafio de se estabelecer parcerias com uma instituição que por si só já se apresenta sobrecarregada. Embora a equipe do CRAS tenha se mostrado bastante ativa na fomentação da intersetorialidade, não se pode deixar de refletir sobre os impactos da sobrecarga no processo de construção desses projetos em comum.

Sobre as dificuldades apontadas na ESF, isso parece que poderá ser amenizado pela proposta de se reservar três vagas de emergência, por dia, para cada médico disponível no posto. Mas, mesmo assim, semelhante ao que se passa com o CRAS, é preciso questionar sobre a capacidade do posto de saúde em responder as demandas trazidas pela comunidade e mais aquelas identificadas na escola, sendo que nem todos os alunos são, necessariamente, do seu território de cobertura, mas de outras ESF.

A identificação desses limites que se colocam entre as instituições para que elas possam construir a intersectorialidade, de forma alguma, pretende apontar culpados ou responsabilizar alguma delas. Ao contrário, visa compreender os caminhos trilhados nesse processo e os fatores que podem se mostrar como favoráveis ou não à integração entre conhecimentos e problemas (Morin, 2007b), ou seja, à cooperação.

Como foi apresentado no sexto capítulo, Ananias (2007) discute sobre a necessidade de avaliar os programas do governo, de modo que se possa verificar os impactos das ações governamentais e traçar, a partir disso, as devidas orientações. No caso da intersectorialidade, pode-se dizer que isso seria igualmente importante, permitindo saber o quanto se tem produzido de ações intersectoriais e quais os seus desdobramentos, bem como os aspectos que estejam favorecendo ou não a integração entre os serviços. Nessa realidade estudada, a avaliação poderia, entre outras coisas, indicar essa limitação colocada pela desproporção entre as demandas e a capacidade de atendimento das equipes. E, além disso, quais e onde os investimentos deveriam ser feitos para contornar essa dificuldade.

10.4 – Afinal, de onde partem as iniciativas de contato com os outros serviços?

Após as considerações acerca dos objetivos e das percepções dos serviços, as características de seus territórios, sobretudo, a partir da identificação das demandas que os perpassam, e as formas como estas instituições se organizam para atender à população; será apresentado de qual setor partem as iniciativas para construção da intersectorialidade neste estudo. Apesar das observações de campo não terem deixado dúvidas a este respeito, as respostas dos entrevistados possuem algumas divergências.

Antes de considerar a relação com os outros setores, o entrevistado 1 começou esclarecendo como as decisões e as iniciativas são tomadas dentro do seu próprio serviço.

A gente uma vez por mês, entre nós aqui no posto, tem reunião. Aí um fala de um assunto, outro fala de outro. Aí nesse comum acordo, assim, a gente acha uma melhor solução, assim, pra começar fazer o trabalho. Cada um tem uma ideia diferente, mas a gente procura pegar a melhor ideia [...] (entrevistado 1).

O que está expresso acima sugere uma interdisciplinaridade em que as relações de poder tendem à horizontalidade, ou seja, em que os diferentes membros da equipe têm iguais oportunidades de participação nas decisões e nas iniciativas, de modo democrático. Nas observações de campo foi possível perceber a existência de interações harmoniosas

entre a coordenação e os demais profissionais da ESF. Em algumas visitas, pôde-se presenciar o contato entre eles e a relevância tanto do coordenador no direcionamento do trabalho dos ACS quanto destes nas ações e nos planejamentos do setor. Embora não tenha sido possível verificar se o mesmo ocorre quanto aos médicos e ao dentista que ali atendem, deve-se dizer que a interdisciplinaridade se mostrou, coerente com o que Westphal e R. Mendes (2000) propõem, propiciadora de práticas pautadas na reciprocidade e na cooperação.

Diante da aproximação que o termo interdisciplinaridade apresenta com a intersetorialidade, pode-se supor que esta deva partir de uma relação igualmente pautada na reciprocidade e na cooperação, em que os serviços que compõem a rede tenham a mesma carga de contribuição e de responsabilidade para a sua construção. Isso está expresso na fala do entrevistado 1, quando lhe é questionado a respeito de onde partem as iniciativas para as articulações entre a ESF e o CRAS.

Os dois. A gente precisa deles, a gente vai conversa com elas⁴⁴ e elas sempre estão conversando com a gente pra saber o quê que a gente pode estar ajudando [...] (entrevistado 1).

Nesta perspectiva, o profissional afirma o que, teoricamente, se espera que ocorra: a corresponsabilização entre os serviços. Dessa passagem depreende-se o entendimento de que não é possível trabalhar de maneira isolada, o que é pertinente com a abordagem do homem e das suas demandas segundo a proposta da teoria da complexidade (Morin, 2007a; 2007b), tendo em vista a multidimensionalidade que os caracteriza. Conseqüentemente, aponta-se para o fato de que a saúde não é uma [...] *atribuição exclusiva do setor saúde* [...] (Meirelles & Erdmann, 2005, p. 417). Contudo, mesmo que tudo isso possa ser identificado através da sua fala, não se sabe o quanto isto está realmente claro para o entrevistado e para a equipe da ESF.

No que se refere ao campo da educação, o entrevistado 1 aponta também a reciprocidade, que ora ocorre com a iniciativa da saúde ora com a da escola.

[...] o diretor mesmo da escola de vez em quando vem cá conversar com a enfermeira pra gente passar orientação pras crianças (entrevistado 1).

⁴⁴ Aqui é feita a referência às pessoas da equipe do CRAS.

[...] se a gente quisesse resolver entre nós aqui fazer um evento, alguma orientação, teatro pros adolescentes, essa coisa e tudo, a gente procura a escola, marca o dia certinho e eles ajudam a gente também (entrevistado 1).

No entanto, na prática, como foi visto anteriormente pelas afirmações dos entrevistados 1 e 2, essas parcerias não têm sido mantidas na rotina dos serviços. O profissional da educação chegou a mencionar uma atuação isolada entre os dois setores e o primeiro, alguns favores e a inexistência, no momento da pesquisa, de interlocuções entre eles, embora tenha sido identificada a necessidade de se realizar trabalhos em conjunto. O que se destacou como parceria entre a ESF e a escola, foram os trabalhos do NASF junto aos adolescentes. Então, essa situação talvez possa ser sintetizada pelo fato de que há o entendimento de uma possibilidade e de uma demanda para projetos em cooperação, mas que ainda se tem dificuldades para operacionalizá-los.

E, assim, o entrevistado 1 finaliza a sua resposta reforçando o posicionamento quanto a inexistência de um serviço que atua na liderança para a intersetorialidade.

Não, é com comum acordo. Todo mundo trabalha e todo mundo ajuda (entrevistado 1).

Para o entrevistado 3, também não há um serviço que assuma esse papel de chamar os demais para a construção da intersetorialidade, no entanto, destaca a sua atuação individual e a do coordenador do CRAS para um maior diálogo.

Olha, eu tive vários contatos com o CRAS por iniciativa minha. Mas, não coletiva, é individual. De procurar o psicólogo, o psicólogo me atender, atender aquela criança ou aquela família que eu estava mandando pra ele. Entendeu? Ou dele me procurar também pra fazer alguma coisa (entrevistado 3).

A ideia da personificação e a sua implicação para as ações intersetoriais se manifesta mais uma vez, pois se está falando de profissionais que individualmente tomam a iniciativa de recorrer a outro setor. Conseqüentemente, demonstra-se que se elas ocorrem é porque há alguém no interior dessas instituições que tem se disponibilizado para isso, mas não há certezas se elas se manterão da mesma forma no caso dessas pessoas não continuarem nessas equipes num momento futuro. Em decorrência disso, a intersetorialidade fica vulnerável ao comprometimento, sobretudo dos gestores, na medida em que as políticas públicas, por si só, não oferecem garantias nesse sentido.

Da mesma forma, o trecho abaixo está em conformidade com essa discussão:

Agora, este ano, que o coordenador X⁴⁵, assumiu lá é que ele esteve aqui pra pegar as coisas do CIAME e aí ele se colocou à nossa disposição. Me parece que pela primeira vez está tendo aí uma parceria com relação ao vôlei. Um treinamento de vôlei que o professor de lá junto com o voluntário está vindo aqui à tarde pra treinar os meninos. Então, assim, coletivamente, é a primeira iniciativa que teve. E, assim, ela não partiu isoladamente de um ou de outro (entrevistado 3).

Percebe-se uma ênfase na figura do coordenador do CRAS como alguém que teria contribuído para uma maior aproximação entre esta instituição e a escola. Assim, nessa liberdade que se confere a um gestor de conduzir as ações do seu setor conforme as suas convicções, tanto se pode avançar rumo à construção de uma agenda comum como o contrário. Isso faz lembrar a discussão de Holanda (1995) quanto à relação que os brasileiros estabelecem com o Estado. Nessa realidade que se estudou, como já foi dito, verifica-se a existência de três gestores comprometidos com os seus respectivos serviços, no entanto, numa situação diferente, os efeitos poderiam ser danosos. Mesmo assim, ainda se constata certas dificuldades para que as demandas da população sejam atendidas de maneira mais integral.

Como o entrevistado 1, o profissional da educação acredita que não há um setor que tenha se mostrado mais preponderante na busca pela intersetorialidade.

[...] nenhum dos três se destaca. Agora, a escola e o CRAS já deram o primeiro passo. Agora, a saúde... eu não senti esse passo (entrevistado 3).

Novamente, se evidencia a fragilidade da articulação escola-ESF. Porém, deve-se dar destaque ao projeto do NASF na escola como uma importante via para uma atuação conjunta, embora não tenha sido mencionado em nenhum momento pelo entrevistado 3. Com isso, não se pode negar que um passo também foi dado no campo da saúde, a começar pela reunião do núcleo dentro da secretaria municipal de educação para a divulgação da sua proposta e a definição das instituições de ensino para o início dos trabalhos. E, por outro lado, é preciso pensar nas contrapartidas que a educação também poderia oferecer a esse setor. Tendo em vista as demandas identificadas anteriormente, questiona-se: de que forma a educação poderia entrar no espaço da saúde da família?

⁴⁵ Foi omitido o nome do coordenador do CRAS.

O entrevistado 2, diferente dos posicionamentos apresentados pelos profissionais da saúde e da educação, afirma existir um serviço de onde partem os esforços para a promoção da intersetorialidade.

Do CRAS. Assim é... eu acho que nós acionamos mais os outros setores. Eu pelo menos tento puxar para dentro do CRAS o máximo de coisa, o máximo de reunião, o máximo de evento. Para quê? Para quê as pessoas circulem dentro do CRAS, entendo que o CRAS é uma política da assistência social muito nova, muito recente. Quando a gente pega lá o SUS que está comemorando aí vinte e tantos anos de existência, quando a gente pega, por exemplo, a educação, apesar de já ter passado por várias reformulações, mas está aí desde muitos anos... o CRAS é muito novo. A assistência social configurada numa ótica de garantia de direitos, de promoção do indivíduo é muito nova. O que está no imaginário e no conhecimento das pessoas é que a assistência social é o lugar do assistencialismo, do paternalismo (entrevistado 2).

Não apenas se afirma a preponderância do CRAS nessas articulações, mas se explica o porquê disso acontecer. A intersetorialidade, entre as suas razões de ser, aparece nessa argumentação como possibilidade de divulgar, fazer conhecer e trazer as pessoas para dentro de um serviço que tem um histórico de vida pequeno em relação aos outros dois citados. É interessante observar que o sentido das ações interssetoriais se deve, pelo menos, a dois fatores: a abordagem do homem em sua integralidade (Junqueira, 2004), como foi verificado em outras falas do entrevistado 2, e a oportunidade de fortalecer um setor que ainda é muito jovem e com poucas referências para o seu território.

Dessa forma, pode-se dizer que a preocupação que a equipe do CRAS manifesta de ser referência para a comunidade, sendo um local em que as famílias e os profissionais de outros setores possam circular e obter informações, requer que ele seja conhecido dentro desse território. Assim, como se vai recorrer a um serviço sem que se saiba até mesmo da sua existência ou do que ele pode oferecer? E é em função disso que a intersetorialidade se mostra relevante por permitir que no interior dessa rede o seu trabalho se faça divulgado. Portanto, observou-se que não há nada melhor para fazê-lo conhecido do que trazer esses parceiros potenciais para o seu espaço.

Para ilustrar o papel da intersetorialidade como instrumento que propicia o conhecimento, tem-se um evento que ocorreu na retomada dos trabalhos do CRAS após o período em que ficou fechado. A sua equipe circulou por todo o território distribuindo panfletos que informavam a sua reabertura e as atividades que estavam sendo oferecidas. Nessa jornada, tanto a comunidade foi contatada como as instituições: escolas, creche, igreja, ESF, entre outras. O posto de saúde e o colégio estudados puderam contribuir,

mantendo nas suas portas de entrada o informativo e permitindo que um número muito maior de pessoas pudessem ver e, talvez, se interessar em procurar o serviço. Essa parceria potencializou o trabalho de divulgação entre os usuários e permitiu que esses outros setores também soubessem da situação do CRAS.

O entrevistado 2 ainda relata alguns números que servem para dimensionar esse trabalho intersetorial.

Só para você ter um dado, no regime de maio, nós fizemos cinquenta e quatro encaminhamentos para a rede e recebemos nove. Acionamos INSS, é... bolsa família, saúde mental, promotoria, juizado e recebemos nove. E fora todas as vinte e seis ações de articulação da rede que nós fizemos com educação, saúde e outras políticas. Então, eu acho que nós acionamos mais (entrevistado 2).

Apoiado no trabalho de campo pode-se concordar que o CRAS assume essa posição de destaque, disponibilizando seu espaço para vários encontros com os dispositivos que compõem a rede. A meta de se fortalecer e de se fazer conhecido, além das próprias complexidades colocadas pelas demandas que atende, se mostrou como a grande razão disso acontecer. Em abril de 2012, por exemplo, ocorreu na instituição uma reunião em que todos os serviços do seu território foram acionados. Estavam presentes as equipes do NASF, ESF, do outro CRAS do município, organizações não governamentais, escolas, asilo, creches, instituição de ensino especial, conselho tutelar, CAPS e organizações religiosas. O objetivo desse encontro foi o de fortalecer os vínculos entre os profissionais, conhecer o trabalho realizado por cada um deles e propor ações conjuntas. Além dessa, no decorrer do primeiro semestre de 2013, outras reuniões também aconteceram neste espaço, compondo o que o entrevistado menciona quanto às ações de articulação da rede.

Portanto, é inegável o empenho deste serviço na promoção da intersetorialidade, que como visto, ganha respaldo numa causa que lhe é muito particular – a de se fazer conhecido, afinal, entre os três serviços estudados, ele é o mais novo. Embora os outros entrevistados tenham identificado um equilíbrio nesse processo, uma reciprocidade que não pesaria mais para um dos lados envolvidos, e até mesmo iniciativas individuais de se recorrer a outro setor, a experiência que se teve no contato com o campo não deixa dúvidas do papel fomentador que o CRAS apresenta para que as interlocuções aconteçam. Não quer dizer que os demais também não se disponibilizem para isso, porém não na mesma proporção que este, o que pode ser confirmado na forte referência que a sua coordenação

apresenta perante as demais, como foi visto naquele processo que se chamou anteriormente de personificação.

10.5 – O que dificulta e o que favorece a ação intersetorial?

O entrevistado 1 não soube identificar nenhum fator que dificulte a articulação com os demais serviços e, ao falar sobre o que facilita, o faz numa referência ao trabalho do NASF.

A... a gente conversa muito, o diálogo. Porque se fosse perguntar, se fosse assim, na minha área, já aconteceu muitos casos, uma vez a assistente social foi comigo numa casa, a moça foi super agressiva com ela e ela não continua, ela preferiu que a moça viesse continuar o tratamento aqui. Mas, só que ela veio e não quis. Aí eu acho que diálogo, que a gente conversando... a gente se entende (entrevistado 1).

O entrevistado está se referindo a uma situação que teria ocorrido numa visita domiciliar com a assistente social do NASF e, diante disso, identifica o diálogo como um fator necessário para a articulação. Nesse caso, o problema aconteceu na interação entre o usuário e o profissional, mas na ausência desse entendimento entre eles observou-se um impacto na ação conjunta da ESF com o núcleo, pois diante do ocorrido a visita não se manteve.

Nessa experiência relatada acima, pode-se perceber a intersetorialidade envolvendo o seguinte tripé: a comunidade e os outros dois serviços. Nesse arranjo, o profissional demonstra que a articulação depende da forma como esses três atores interagem entre si, de modo que o diálogo deve abarcar todos eles e não apenas os profissionais. Essa situação que foi exposta contribui para pensar as ações intersetoriais num nível mais amplo, na medida em que também permite refletir o papel dos próprios usuários como propiciadores ou não dessas trocas. O que está dizendo aqui é correlato com a ideia da participação social, em que a sociedade é parceira das políticas públicas, da comunicação e do compartilhamento de informações, e da intercessão de saberes e de experiências entre os diferentes atores.

Embora o entrevistado 1 não tenha exposto um caso em que a educação e o CRAS estejam presentes, remetendo apenas ao NASF, ele é ilustrativo de como o diálogo é necessário para o entendimento entre as partes envolvidas e para a abordagem mais integral das demandas de uma população.

Esse aspecto que o entrevistado da ESF identifica como favorável à intersetorialidade remete ao que é explicitado por Mattos (2001) ao tratar da noção de integralidade, sendo esta uma recusa àquela relação que coloca o sujeito numa condição de objeto e a oportunidade para a abertura do diálogo. Foi essa constatação que, entre outras, permitiu que ao longo da revisão bibliográfica se amadurecesse o entendimento acerca da relação estreita que há entre esses dois conceitos (intersectorialidade e integralidade).

Além disso, G. T. Silva (2008) também mencionou a importância do diálogo para que se possa superar o trabalho isolado e independente entre os setores, consolidando-se uma agenda comum para abordar questões que são transversais. Um exemplo disso são os encontros realizados no espaço do CRAS com os diferentes serviços da rede, entre eles, aquele que ocorreu com a ESF e o NASF para se acertar a proposta do grupo de gestantes ou o que se deu com a escola para o projeto de capacitação do PBF. Nessas situações, vê-se um diálogo acontecendo desde o momento de elaboração até o de execução da ação.

Porém, como foi argumentado antes, dizer que está próximo fisicamente não é sinônimo de uma proximidade em termos de práticas, ou seja, dois serviços (como a escola e a ESF) podem ser vizinhos e não terem uma rotina de diálogo que se diferencia daqueles que estão mais distantes no território. Portanto, nessa realidade em particular, a localização dos serviços não se mostrou, ao contrário do que se esperava, como facilitador para a intersectorialidade. Isso se evidencia quando o entrevistado 1 diz não perceber diferença entre este posto de saúde e outro que não tem a escola ao seu lado.

Não, eu acho que não tem diferença não. É... pra a escola é melhor que está com um posto perto, do lado, porque se algum aluno precisar, alguma criança da creche ou da escola mesmo, está aqui médico pediatra, coisa e tudo. Mas, assim, eu acho que não interfere muito não (entrevistado 1).

No entanto, a localização dos serviços pode, em outras circunstâncias, se mostrar desafiadora, como no caso do CRAS que tem uma área de cobertura muito grande e um dos locais que deve assistir fica distante trinta quilômetros de sua sede. Diante disso, de acordo com a fala do entrevistado 2, há uma dificuldade em estar chegando até lá, produzindo impactos na comunidade e, sobretudo, de estabelecer qualquer parceria, tanto com a população quanto com alguma instituição deste lugarejo. Mas, a sua relação é muito mais afinada com a escola e a ESF que não estão ao seu lado, enquanto que elas mesmas são mais independentes entre si.

Além desse desafio que já havia sido retratado antes – a amplitude da área de cobertura de um serviço – o entrevistado 2 cita um outro para que a intersetorialidade aconteça:

Eu acho que a grande dificuldade, assim, uma coisa que eu percebi [...] é que os profissionais não sabiam o que era o CRAS. Então, por exemplo, a última reunião que eu fiz com o pessoal da saúde mental⁴⁶, então, eu abri a reunião perguntando assim: gente vocês conhecem o CRAS? Sabem os objetivos do CRAS? E teve uma moça... uma profissional, que disse: não, eu não conheço, inclusive eu confundo com o CREAS. Qual que é a diferença do CRAS e do CREAS? Vocês são da saúde, de onde vocês são?

O desconhecimento de um serviço, o que pode estar relacionado, pelo menos em parte, como nesse caso, à sua pouca idade, é um considerável empecilho para as parcerias com outras instituições. Ao passo em que não se conhece ao certo o que é o CRAS, como a saúde mental pode acioná-lo? E tanto essas possibilidades de articulação podem ficar limitadas como serem buscadas em outros setores que não são os mais pertinentes para uma dada demanda. Como decorrência, nem sempre dentro de uma rede pode estar claro quem se deve procurar e quando, como sugere a fala entrevistado 2. Essa questão não deixa de ser correlata com a importância do diálogo apresentada pelo profissional da saúde.

Esse problema do desconhecimento entre os serviços é algo que também foi identificado na pesquisa de Paula *et al.* (2004), quando no discurso de um profissional se afirma que não há um saber quanto ao que é feito pelos outros setores e, além disso, ainda se tem o agravante de ações paralelas ou, talvez seja até mais pertinente dizer, duplicadas. Quer dizer, uma equipe pode estar investindo num trabalho que já vem sendo executado por outra e pode ser que seja desnecessário esse esforço. Em contrapartida, poderia ser dedicada atenção à outra intervenção que num território ainda é inexistente. Para ilustrar isso melhor, pensando na aproximação maior entre o campo da assistência social e o da saúde mental, o primeiro seria um local interessante para efetivar a proposta da reinserção social daquelas pessoas provenientes de longas internações psiquiátricas.

Desta forma, o CRAS – a partir do seu foco na promoção da cidadania, do fortalecimento de vínculos familiares/comunitários e no oferecimento de um espaço para a convivência – poderia ser um potencial aliado para a efetivação dos direitos desses pacientes, uma vez que estes podem estar em situação de vulnerabilidade e com isso se

⁴⁶ Foram citados nesse ponto os nomes de alguns serviços de saúde mental, os quais foram omitidos para preservar as suas equipes.

configurar também como público alvo de suas ações. Mas, o conhecimento de tais objetivos é a pré-condição para que isso se efetive.

O entrevistado 2 entende que essa dificuldade perpassa a rede de serviços como um todo, abarcando outros campos.

[...] na minha opinião, ainda não é claro para a educação, para a saúde e para as outras políticas qual que é o papel do CRAS. Não que a gente não leve, eu acho que há até o esforço de levar, de explicar, de contextualizar. É porque é muito novo mesmo. É uma política nova (entrevistado 2).

Como se viu, a alternativa que a equipe e a coordenação do CRAS encontrou para tentar superar esse obstáculo foi a de abrir as portas da instituição para diferentes eventos e reuniões da rede, para que as pessoas possam circular por ele, conhecê-lo e traçar projetos em comum. Descobre-se aí um curioso processo dialético: ao mesmo tempo em que a intersetorialidade viabiliza que as instituições se deem a conhecer, ela também é possibilitada por esse conhecimento. Ou seja, um fenômeno não acontece sem que favoreça a ocorrência do outro.

O entrevistado 2 avança demonstrando outra dificuldade:

Um grande outro dificultador, são os buracos da nossa rede. Por exemplo, eu te falei assim, às vezes nós recebemos aqui demanda de saúde, por exemplo, atendimento psicológico, uma atenção secundária da saúde. Não tem para onde encaminhar. Para onde que eu encaminho em Barbacena hoje uma pessoa que tem demanda de psicoterapia, que não seja um caso agudo, que não seja uma dependência, que não seja um surto entre aspas? Não tem. E aí o quê que às vezes a gente acaba fazendo? Acolhendo isso dentro do CRAS, deturpando um pouco do nosso serviço.

A inexistência desses serviços, pelo que se evidencia, acaba por agravar aquela sobrecarga já discutida nas equipes, entre elas a do CRAS. Nesta instituição, em particular, viu-se que o território de abrangência é amplo, as demandas são muitas e não se consegue atingir, a não ser em casos pontuais, como o entrevistado 2 citou, as comunidades mais distantes. O problema é que, fora tudo isso, há esses buracos na rede e, diante do compromisso ético de não se deixar numa situação de desamparo aquele que recorre ao setor frente a um dado sofrimento, acaba-se assumindo responsabilidades que não seriam da sua alçada. Na carência de um local pertinente para encaminhar esses usuários, as equipes existentes é que tentam absorvê-los, intensificando ainda mais o volume de trabalho. Que tempo irá sobrar para deslocar pelo território e investir na intersetorialidade?

E como fica a pretensão de se afirmar uma identidade para o CRAS, pertinente com o PAIF, ao ter que se implicar em causas que, prioritariamente, não são suas?

Eu acho que uma grande dificuldade hoje são esses buracos mesmo, aonde falta e aí o que está constituído fica absorvendo de uma forma errada e deturpando a característica do serviço (entrevistado 2).

Enquanto esses buracos da rede fazem com que demandas a mais sejam criadas para esse setor, menor poderá ser a sua disponibilidade para investir naquilo que é coerente com a sua tipificação: a intersetorialidade. Esse relato confirma a constatação feita anteriormente, quando o entrevistado 3 falou da dificuldade de resposta do conselho tutelar, sobre a necessidade de fortalecer a rede e não apenas um ou outro campo isoladamente. Uma vez que isso ocorrer e as responsabilidades puderem ser compartilhadas, poderá ser observado um clima mais propício para as interlocuções.

As lacunas indicadas pelo entrevistado 2 podem ser entendidas como uma expressão do que G. T. Silva (2008) afirma quanto ao descompasso entre os movimentos que se processam na sociedade e aqueles que ocorrem no Estado. Logo, esta situação não é específica ao município aqui estudado, mas algo que aponta para o cenário nacional mais amplo. Tem-se uma população com demandas muito diversificadas e a dificuldade em atendê-las, como exemplificado acima com relação aos migrantes, pois, como mostra o autor, o ritmo com que as mudanças se estabelecem na sociedade é maior do que a capacidade do Estado em se reorganizar. Ao passo que se transformam as relações humanas, de trabalho, as condições de vida, os hábitos e os valores, o aparelho estatal também deve se reeditar para que se faça compatível com as mais diferentes necessidades que vão se criando ao longo de tal processo.

Em contrapartida, o que o entrevistado 2 identifica como favorecedor à intersetorialidade, é o que, ao mesmo tempo, contribuiu para identificar e ressaltar a necessidade de superar aqueles buracos da rede.

Eu acho que é esse movimento de proximidade. Então, nós estamos, por exemplo, terminando de desenhar um fluxo de toda a rede: saúde, assistência social, acho que a educação foi convidada, mas não sei se de fato desenhou... está participando... Então, ali a gente começou a identificar: olha, você presta isso, eu presto esse serviço. Começamos a desmistificar, conhecer os caminhos e apontar esses buracos da rede. Isso foi demandado pelo ministério público, pela promotoria (entrevistado 2).

Às vezes, quando as pessoas aparecerem no CRAS com uma demanda que não é do CRAS, como que eu devo me portar? Ou se aparecer lá no CAPS com uma demanda que não é do CAPS é do CRAS, como essa devolução, essa referência, essa contrarreferência desse paciente... desse usuário, desse cliente. Então, assim, eu acho que isso tem facilitado (entrevistado 2).

A proximidade possibilitada pela construção desse fluxo da rede – identificando o que cada um disponibiliza, esclarecendo-se em que circunstâncias deve-se acionar outra instituição e conferindo, com isso, maior inteligibilidade sobre os caminhos que podem ser buscados para o atendimento de uma dada demanda – parece contribuir para superar, por exemplo, aquele problema do desconhecimento do que vem a ser o CRAS. Uma vez que isso é propiciado, abrem-se vias para que a intersetorialidade aconteça. O próprio fato de as equipes se reunirem para fazer esse desenho já pode ser indicativo de uma disponibilidade para a construção de projetos comuns. Ao mesmo tempo, esse passo de ‘sentar juntos’ para compor esse fluxograma foi importante por permitir identificar aqueles buracos e o quanto que cada serviço tem sido impactado por eles.

Eu vejo hoje, apesar de todas as dificuldades, de todos os buracos na rede, de toda a falta de alguns serviços essenciais, o que eu tenho visto é uma maior proximidade, até mesmo pessoal dos vários setores, eu acho que para consolidar uma proximidade de política pública, de fato. Hoje isso tem facilitado porque eu junto com meus técnicos nos disponibilizamos a estar próximos dos profissionais do NASF, por exemplo. Mas, assim, eu acho que falta ainda um elo de política pública para facilitar aquele atendimento intersetorial, interdisciplinar para atender essas diversas demandas do nosso cliente, do nosso usuário, do nosso público alvo (entrevistado 2).

Junto ao aspecto da proximidade, aparece nesse ponto a dimensão da pessoa, ou seja, aquilo que já foi muito discutido anteriormente sobre a personificação do serviço e o quanto isto tem repercutido numa certa articulação entre as equipes, por exemplo, entre o CRAS e o NASF. O que o entrevistado 2 diz acima, indica exatamente o peso que a vontade e a disponibilidade pessoal podem exercer no processo de construção da intersetorialidade. Mas, além disso, ele expressa também a fragilidade dentro das políticas públicas para que essas cooperações sejam estabelecidas, de forma que ficam vulneráveis aos interesses daqueles que estão nessas instituições e nos cargos de gestão. Durante a pesquisa observou-se que não havia nada em termos de legislação ou de regulamentação que colocasse aos setores o imperativo da ação intersetorial.

O que se constata são documentos que estabelecem a tipificação dos serviços e, entre as diversas orientações, a de que se faça a intersetorialidade. No entanto, há uma carência em termos de avaliação de impactos e de estratégias que garantam essa proximidade entre os setores, ficando isso a cargo da consciência daquelas pessoas que estão nas suas equipes e dos gestores. Nesse estudo de caso, a personificação se mostrou favorável à ação intersetorial, pois, como o entrevistado 2 afirma, percebeu-se iniciativas de aproximação entre o CRAS, a ESF (e também o NASF) e a escola, embora com a forte liderança do primeiro. Contudo, se o elo não está atrelado às políticas públicas e sim a essa disponibilidade pessoal, tem-se aí um processo arriscado, pois nem sempre as consequências podem ser positivas como as que se observou nessa realidade.

Finalmente, tem-se as percepções do entrevistado 3, que se refere à seguinte dificuldade:

Saúde é muito mais complicado da gente lidar, porque são muitas pessoas com muitos problemas, poucos médicos pra atender, [...] parece que tem uma cota, eles só podem atender dez.

Está se referindo aos problemas colocados pela sobrecarga, proveniente do descompasso entre os recursos disponíveis e as demandas da população. Pelo que está expresso acima, o profissional entende que a capacidade de atendimento na saúde, de forma geral, é menor do que o volume de problemas dos usuários. Essa questão colocada pela desproporção entre a oferta e a procura, como pôde ser visto, apareceu em vários momentos e na rotina das três instituições: grande área de cobertura e o desafio de se chegar até os locais mais distantes, o número limitado de médico e enfermeira para visitas domiciliares, os impactos dos buracos da rede que criam novas demandas para os serviços existentes, e as dificuldades para manter um fluxo de encaminhamento entre as diferentes equipes – como no caso da escola e do conselho tutelar. Então, o que se deve ponderar, é que essa dificuldade levantada pelo entrevistado 3, na verdade, pode envolver a rede como um todo e, assim, deixa de ser algo isolado de apenas um ou outro setor.

Sobre a marcação de fichas médicas, o problema é anterior a ela e se refere à capacidade de atendimento da equipe. Talvez ela seja realmente um recurso burocrático indispensável quando se tem essa desproporção entre a oferta e a procura, pois ela visa criar um critério democrático de acesso dos usuários (conforme a ordem de chegada ou a urgência que cada demanda requeira), uma vez que nem todos poderão ser atendidos num mesmo dia. Portanto, é diante dos desafios colocados para se fazer cumprir a

universalidade dos direitos que esses instrumentos se fazem necessários. E, ao se propor estudar a intersectorialidade, é inevitável questionar como os diferentes setores, juntamente com a sociedade, poderiam estar cooperando para enfrentar esses desafios, partindo de um [...] *pensamento capaz de não se fechar no local e no particular, mas de conceber os conjuntos* [...] (Morin, 2007a, p. 97).

Ao falar sobre o que facilita a intersectorialidade, o entrevistado 3 cita a sua relação com o CRAS.

[...] com o CRAS existe a facilidade de que eu já te falei: da gente está entrando em contato, está respondendo e aí começamos a parceria. Com o CRAS fica mais fácil o trabalho, primeiro porque está mais próximo da gente e aí eu acho que a burocracia é menor para se falar diretamente com o coordenador ou com o psicólogo. Então, isso é que eu acho que está facilitando, a princípio, a nossa conversa (entrevistado 3).

Mas, o próprio CRAS eu acho que, assim, até o ano passado eu acho que ele ainda estava, assim, muito que iniciando e tal. Esse ano é que parece que ele está mais fortalecido. Não sei se é porque mudou a administração lá, não sei. Eu sei que esse ano parece que ele está mais forte, mais disposto (entrevistado 3).

A proximidade referida não é aquela física, propriamente, pois a ESF está muito mais perto dela, está no mesmo pátio. O que se está dizendo é semelhante ao que foi apontado pelo entrevistado 2, quando ele retratou as relações interpessoais entre as equipes, a partir, por exemplo, da proposta de se fazer o fluxo da rede. Ou seja, o entrevistado 3 está falando de um estar mais próximo em termos de práticas. E isso se fez possível, em grande parte, pela iniciativa do CRAS de contatar a escola para ir a reuniões realizadas lá ou dele estar indo até ela propondo ações conjuntas, como as que foram citadas antes. Essa fala é coerente também com o que expressou o entrevistado 1, podendo-se, então, falar de um estar perto que se faz viável pelo diálogo, o que fica manifesto quando se refere à facilidade ou a menor burocracia para se conversar com a coordenação ou com a equipe do CRAS.

Por outro lado, fica nítida uma demarcação temporal quanto ao início dessa proximidade ou desse diálogo: o ano de 2013. O ponto de partida para a intersectorialidade entre a escola e o CRAS aparece atrelado à entrada da nova coordenação nesse último serviço, com o seu decorrente fortalecimento e, portanto, com a sua configuração como parceiro potencial. Faz-se uma vinculação entre a possibilidade de parcerias e a figura da

pessoa que, naquele momento, assumia o cargo de coordenador, mais uma vez reforçando a ideia da personificação como algo que favoreceu a cooperação.

No trabalho de revisão de literatura havia sido constatado que são muitas as variáveis que atuam de forma a favorecer ou não a intersectorialidade. Em contrapartida, percebe-se que o mesmo ocorreu durante a fase de observação participante e na condução das entrevistas, que pelo o que se pode ver, confirma esse material que tinha sido reunido previamente através das leituras e agrega a ele novas informações.

Então, a partir do contato com o campo de trabalho, pode-se sintetizar que a intersectorialidade se encontra favorecida pelos seguintes fatores: a atuação do NASF como serviço itinerante e difuso no território; a identificação entre equipes diferentes a partir do dilema profissional da psicologia, sendo a interlocução propiciadora para a reestruturação das práticas em si (tentativas de superar os estereótipos de uma atuação apenas clínica-individual); a escuta aberta que se contrapõe a definição rígida de papéis entre a instituição e o seu usuário, e conduz a abordagens pautadas na interdisciplinaridade e na integralidade; a personificação como sinônimo de disposição e de vontade pessoal para a integração; as afinidades pessoais entre os profissionais, abrindo espaços para as trocas de saberes e de experiências; os encontros e reuniões da rede como momentos de discussão do funcionamento e da organização da mesma; a construção do fluxo de rede para o conhecimento acerca do que se faz em cada setor e de quando um pode ser acionado pelo outro; o reconhecimento da complexidade que envolve o homem e as suas demandas; o PBF, especificamente, no acompanhamento das famílias em situação de descumprimento e de bloqueio do benefício, e a liderança do CRAS no acionamento dos demais setores.

E o que se verificou como obstáculos são: a desproporção entre a oferta dos serviços e a procura pela população; as trocas de coordenação na ESF em curto espaço de tempo, exigindo a retomada de parcerias; o possível conhecimento desigual no interior das equipes quanto às cooperações mantidas com os outros setores; o saber inexistente ou limitado acerca de instituições que poderiam ser parceiras potenciais; as expectativas que uma equipe pode ter em relação à capacidade de resposta de outra diante de uma dada demanda; a fragilidade da rede, o que ficou expresso pelos seus 'buracos' e pela sobrecarga de trabalho; a amplitude do território de cobertura, com a dificuldade de chegar, efetivamente, aos locais mais distantes, o que é o caso do CRAS; e a perda da articulação parte-todo, que, como visto, pode manter um dispositivo centrado na interdisciplinaridade, impedindo que se avance para a intersectorialidade e, finalmente, para a integralidade.

Para concluir, há ainda outro desafio que merece atenção: a ausência de um fluxo de informações e de comunicações entre os diferentes setores ao longo do processo de acompanhamento das condicionalidades do PBF, o que se mostrou como barreira para a manutenção de ações intersetoriais com o caráter preventivo, uma vez que estas só vieram a ocorrer quando as situações de bloqueio e de descumprimento já haviam acontecido.

10.6 – O PBF na rotina dos serviços e na vida da família

O entrevistado 1 inicia as suas considerações sobre o benefício referindo-se a sua capacidade de ajudar nos custeios de uma família.

Em relação ao bolsa família eu acho que não favorece tanto as famílias não. Porque na minha opinião, eu acho que é muito pouco. Porque, assim, pra mãe cuidar de uma criança, na minha área tem muita mãe que só ela que trabalha, depende do bolsa família. Aí pra mim eu acho que o bolsa família não favorece muito não (entrevistado 1).

Porque se tiver criança pequena e ela não tem o pai da criança junto, ou ela trabalha ou ela toma conta da criança. Aí pra ela, como a criança é pequena e não tem com quem ficar, aí depende do dinheiro e nem sempre o dinheiro favorece (entrevistado 1).

Tem-se a avaliação quanto ao valor do benefício ser pouco para que a mãe possa custear as despesas domésticas, sobretudo referindo-se ao caso de haver criança pequena e só a mulher ser a responsável por tais despesas. No site do MDS⁴⁷, foi verificado que esse valor do PBF varia conforme algumas condições da família, por exemplo, a renda *per capita* mensal e o número de crianças e de adolescentes. Embora o seu propósito seja o alívio imediato da pobreza, o desenvolvimento da família, além do fortalecimento de direitos sociais (MDS, 2010), pode-se afirmar que tudo isso não será alcançado por ele isoladamente, pois a realidade é complexa e requer intervenções que vão além de uma única política social (Junqueira, 2004).

Portanto, independente do valor que a família receba do PBF para arcar com os gastos da casa, é preciso entender que ele sozinho não conseguirá mudar a realidade desses indivíduos, pois para isso devem-se criar condições de integração entre os diferentes

⁴⁷ www.mds.gov.br/bolsafamilia, acessado em 21 de julho de 2012.

setores (como a educação, a saúde e a assistência social). Essa demanda de integração fica clara na fala do entrevistado 1, ao mencionar o impasse de uma mãe em ter que decidir por trabalhar ou por tomar conta da criança, evidenciando lacunas no interior das políticas públicas com relação à disponibilidade de creches ou de atividades de contraturno nas escolas. Esse dilema foi constatado no relato da família que foi acompanhada neste estudo, tendo sido expresso o desejo do informante em trabalhar, porém é impossibilitado ao não ter um local onde deixar os filhos que já estão acima do limite de idade da creche. Havia a expectativa de que, com a ação do CIAME, esse problema fosse solucionado, no entanto, tal ação foi extinta. O entrevistado 3 também havia reconhecido a demanda da comunidade por uma escola de tempo integral.

Por isso, o problema não está no PBF em si, mas na ausência de uma integração que possa favorecer o acesso dessas mães ao trabalho, de modo que o benefício não seja a renda familiar principal, porém uma complementação de caráter temporário, tendo em vista a necessidade de que o grupo alcance a sua autonomia e não dependa mais desse programa. Portanto, é importante que os profissionais tenham a consciência do real propósito do bolsa família e percebam que ele não é a solução para todas as dificuldades sociais. O campo da saúde, por exemplo, se faz relevante ao investir em ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, reduzindo os custos com medicamentos e garantindo que os membros trabalhadores permaneçam ativos; o da educação pode investir no oferecimento de creches, de escolas de tempo integral e de atividades profissionalizantes; e o da assistência social na disponibilização de vagas para oficinas de geração de renda e para grupos de socialização/recreação para crianças e adolescentes.

No entanto, o entrevistado 1 reconhece a sua importância como forma de garantir, por exemplo, a presença dos filhos na escola, pois se não houvesse essa obrigatoriedade da frequência escolar talvez a participação dessas famílias não fossem a mesma. Então, percebe-se o papel das condicionalidades como meio de garantir o acesso aos direitos que cabem ao cidadão, na medida em que isto pode não ocorrer nas condições naturais. Posteriormente, o profissional da educação traz uma discussão interessante que propõe pensar nas condições de acesso e de permanência desses indivíduos nesses espaços, especificamente, no que tange à escola.

Sobre essas contrapartidas das famílias beneficiárias, o entrevistado 1 afirma que:

Não, eu acho que é certo, que tem que cobrar mesmo, porque se eles já dão o dinheiro pra ajudar na educação das crianças, as mães, eu acho, que é obrigação delas trazer as crianças pra escola.

Mais do que simplesmente uma troca de favores entre o governo e a família, as condicionalidades vêm como tentativa de efetivar o acesso desta aos direitos sociais necessários para o seu desenvolvimento. A partir daí, deve-se indagar quais os resultados que de fato têm sido alcançados. O quanto o PBF tem conseguido impactar a vida desses indivíduos? Como o cumprimento das condicionalidades tem sido experimentado pelas equipes e pelas famílias? Essas indagações ressaltam a importância da avaliação dos programas do governo, como propõe Ananias (2007), para que se saibam os seus desdobramentos e impactos. E, ao *saber se os programas estão mudando a realidade e de que forma* (p. 64), evita-se que eles sejam geridos de maneira burocratizada.

O entrevistado 1 percebe que a condicionalidade relativa à saúde favorece o acesso dos usuários, pois

[...] tem gente que não vem aqui no posto pra consultar nem nada. Agora quando é em matéria de chamar para o bolsa família, todas vêm (entrevistado 1).

Nesse caso, mesmo que a procura dos usuários não seja espontânea, mas em função dessa obrigatoriedade, não se pode desconsiderar a sua importância no processo de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Pode-se dizer que essa seja uma das implicações que o PBF produz: o cuidado das condições de saúde da população beneficiária. Por isso, mais do que simplesmente pesar e fazer o controle de vacinas, está se investindo em ações que poderão repercutir na melhoria da qualidade de vida e no menor adoecimento, quem sabe até com a diminuição da demanda por intervenções médicas na ESF.

Dessa forma, o profissional confirma o impacto positivo sobre as condições de saúde das famílias através do PBF e a possibilidade de que isso seja potencializado, combinando-o com outras ações educativas.

Eu acho que favorece, porque tem palestras no dia da pesagem, tem vídeo educacional para as crianças pequenas, pra não ficar assim muito tempo... a nutricionista atende também as mães que querem fazer um tratamento, aí eu acho que favorece sim (entrevistado 1).

Já o entrevistado 2 resalta a novidade que é para a sua equipe o acompanhamento das condicionalidades e dos descumprimentos do PBF.

Isso para mim é um tema novo, assim, de trabalho aqui no CRAS. Então, nós começamos a trabalhar com as condicionalidades e, principalmente, com o não cumprimento dessas condicionalidades, faz dois meses (entrevistado 2).

O trabalho relativo ao acompanhamento das famílias beneficiárias não havia sido realizado anteriormente nesta instituição, tendo iniciado no decorrer do primeiro semestre de 2013. Para isso, a equipe contou com o apoio de profissionais do órgão que, no município, se responsabiliza pela gestão do PBF e, em função disso, várias reuniões foram realizadas tanto no CRAS quanto nesse outro setor, as quais serviram para: tomar conhecimento da listagem de famílias em descumprimento com o programa; traçar os caminhos e as intervenções a serem estabelecidas em parceria entre os dois serviços; construir a proposta de capacitação do programa junto aos funcionários e às famílias das escolas desse território; e trocar informações entre as duas equipes, sobretudo em relação às visitas domiciliares realizadas por um assistente social do CRAS, de onde se constatou as causas dos descumprimentos e, inclusive, aqueles erros de dados sobre a frequência escolar. O entrevistado 2 havia mencionado antes que de uma amostra de setenta famílias diagnosticadas, 90% não apresentava aquele problema que levou ao bloqueio do benefício. Ou seja, desse total, quatro, aproximadamente, estavam realmente em situação irregular.

Quê que eu tenho observado? Que, pelo menos no meu público, essas duas listagens que a gente começou a trabalhar, mais de 95% do não cumprimento das condicionalidades refere-se à frequência escolar. E, um dado interessante, como eu já tinha te adiantado, quando a gente vai de fato investigar, isso não... isso é errado. A criança teve frequência escolar (entrevistado 2).

Os casos relacionados à infrequência, como se pode ver, lideram as causas de descumprimento, tendo sido possível, durante a pesquisa, tomar conhecimento de um caso ligado ao campo da saúde. Tratava-se, como já foi dito em outro momento, de uma criança que faleceu e o seu nome continuou relacionado entre os demais filhos da família que deveriam ser acompanhados, por exemplo, em relação à vacinação e à pesagem. A consequência é que foi verificado o não acompanhamento dessa criança e o benefício foi bloqueado.

Então, assim, eu ainda não tenho uma opinião muito formada sobre isso não: se essas condicionalidades, de uma forma geral, favorecem o programa, favorecem o indivíduo lá na frente ser autônomo e não depender mais desse programa sócio assistencial (entrevistado 2).

Essa discussão é coerente com o que se argumentou antes, a partir da fala do entrevistado 1, quanto a necessidade de que se invista na integração entre os diferentes setores em prol da promoção da autonomia dos beneficiários. O profissional do CRAS traz a preocupação e a dúvida sobre a capacidade das condicionalidades propiciarem esse *status* de independência das famílias. O desenvolvimento desses indivíduos é uma das pretensões do programa, através do acesso aos direitos sociais, mas é preciso entender que o PBF por si só é pouco para conseguir mudar a realidade e as condições de vida desse público. Embora represente uma iniciativa importante para isso, ele deve ser potencializado pelas ações intersetoriais, a começar pelo acompanhamento integrado, entre a educação, a assistência social e a saúde, das suas condicionalidades. Com base na leitura de Morin (2007a), pode-se inferir que é primordial fomentar uma maior sinergia entre o que é feito por uma família num determinado serviço e o que se tem oferecido à ela de forma geral.

Ao considerar essa necessidade de se criar condições para a promoção de autonomia, o entrevistado 2 sugere uma possível solução:

[...] eu colocaria mais uma condicionalidade: que seria uma condicionalidade de trazer essas famílias para participarem, por exemplo, do Pronatec que é um programa de qualificação profissional, de trazer essas famílias para o CRAS, de estimularem essas famílias a estarem desenvolvendo habilidades sobre renda, para que lá na frente de fato elas sejam autônomas e não dependam mais desse programa.

Embora seja percebida certa lacuna ou limitação no PBF em relação ao estímulo para que essas famílias alcancem a sua independência, o entrevistado 2 considera o seu papel, mesmo que de forma impositiva, no acesso aos três serviços envolvidos pelas condicionalidades.

De uma certa forma, entre aspas, obriga essa família, esse indivíduo a permanecer com esses filhos na escola, a ter um acompanhamento de saúde adequado, mínimo, minimamente adequado, de manter seus dados cadastrais atualizados no programa, mas eu sinto falta de uma ação que de fato toque na autonomia dessa família, que toque na preparação para que ela não venha mais receber isso (entrevistado 2).

Como foi colocado pelo profissional da saúde, talvez essas famílias não tivessem a mesma presença e o acesso a estes serviços se não houvesse essas obrigatoriedades. No caso da saúde, viu-se que esse processo tem favorecido o zelo pelas condições de saúde dos beneficiários, representando uma importante via para a promoção de saúde e a

prevenção de doenças. Porém, os frutos poderiam ainda ser mais promissores se o acompanhamento cotidiano desses cumprimentos ocorresse de forma integrada, de modo que o homem e as suas necessidades fossem tomados dentro da teia e do contexto que pertencem e lhes dão sentido (Morin, 2007a).

E, especificamente, o profissional aponta alguns dos impactos que o PBF traz para o serviço do CRAS.

[...] nós somos muito procurados por demanda de atualização de dados cadastrais, de recadastramento e, principalmente, quando há o bloqueio desse benefício... A família recebe lá no extrato bancário – olha, seu benefício está bloqueado – tem uma demanda espontânea muito grande para procurar assistente social, para procurar-me para entender o que está acontecendo ali. Eu acho interessante que eles vêm aqui, por mais que a comunidade está sabendo que a gente ainda não está oferecendo esse serviço aqui dentro, assim, para abrir o cadastro, para ver no sistema (entrevistado 2).

[...] de dois em dois meses nós recebemos uma listagem com todos os beneficiários da nossa área de cobertura e, desses beneficiários, quais que não estão atendendo às condicionalidades do programa. E aí qual o trabalho que a gente fez? A princípio a gente selecionou um grupo de mais ou menos setenta pessoas, fizemos um diagnóstico para entender o que estava acontecendo e agora nós estamos desenhando ações para acompanhar essas famílias (entrevistado 2).

E, a segunda ponta, é o CRAS entrando na escola para trabalhar essa questão do programa bolsa família com os técnicos, com os professores, com os alunos e com as famílias (entrevistado 2).

Percebe-se nesses trechos a identificação de três impactos do PBF na rotina da equipe do CRAS. Primeiro, uma maior procura da comunidade para que se obtenham orientações e se faça o cadastramento ou atualização dos dados. Isso é um fato interessante diante da pretensão que o entrevistado demonstrou de que o serviço seja uma referência, um local em que as pessoas percebam que podem procurar e circular por ele. Então, parece que esse vínculo entre os usuários e a equipe é incentivado por essas demandas que se criam em torno do programa. Essa proximidade também apareceu na conversa com o informante da família, se referindo às situações em que procura a instituição quando deseja saber alguma informação sobre o benefício ou mediante alguma notificação⁴⁸.

Segundo, o deslocamento da equipe até as casas dos beneficiários, reforçando ainda mais o vínculo com a comunidade. Nesse caso, são os profissionais que saem do seu

⁴⁸ O trecho que retrata tais circunstâncias está presente na seção 10.2.1.

espaço de trabalho e vão até aquelas famílias que estão em irregularidade, viabilizando o conhecimento pertinente apresentado por Morin (2007a; 2007b), na medida em que leva à contextualização do objeto de investigação mediante o tecido do qual faz parte. Ou seja, ir até onde esses indivíduos estão, permite compreender a problemática do descumprimento face às suas condições de vida e ao seu território. Além disso, possibilita identificar os parceiros potenciais para superar as dificuldades diagnosticadas, o que se refere à outra repercussão que o PBF tem nesta instituição.

Portanto, em terceiro, vem a construção de ações intersetoriais ao longo do processo de acompanhamento dessas famílias com benefícios bloqueados. A demanda de que o CRAS faça um trabalho junto a esse público em situação de irregularidade, sendo quase a totalidade por problemas de frequência escolar, para que se possa entender essas causas e intervir para que elas sejam superadas, acaba possibilitando a articulação com outros serviços. Um exemplo disso é o que o entrevistado se referiu em relação à parceria com a escola para o desenvolvimento de um projeto que visa capacitar profissionais da educação e familiares. Percebeu-se que isso se faz necessário frente ao desconhecimento que persiste sobre o PBF e essa cooperação escola-CRAS demonstra que o sucesso do programa depende da ação intersetorial, quer dizer, da corresponsabilização entre as diferentes políticas públicas. No entanto, a intersetorialidade no controle rotineiro das condicionalidades, prevenindo o descumprimento e oferecendo a abordagem integral dos indivíduos, ainda se mostrou inexistente.

O informante da família chegou a mencionar uma situação relacionada ao bloqueio do recebimento do PBF e à articulação que pode derivar disso.

Se caso eu tiver alguma dificuldade, negócio do papelzinho que veio com algum problema: ah, não recebi hoje porque está faltando muito. Não cita o nome da criança não, mas fala: está faltando muito. A gente vai na escola⁴⁹ saber, porque sempre tem uma justificativa porque está faltando. Igual eu, se caso os meus meninos faltarem umas três, quatro vezes, é porque é motivo de doença, porque eu não deixo eles faltarem a toa, porque agora tem esse negócio que se falta três, quatro dias direto, tem algum probleminha, eles falam. Aí se caso eu vou na escola para ver esse negócio: por que veio o papel escrito isso se eu justifiquei as faltas? Aí eles pegam e falam: procura o CRAS. Aí do CRAS, eles já mandam a gente lá para o centro⁵⁰, para explicar [...] (informante da família).

⁴⁹ Foi omitido o nome da instituição.

⁵⁰ Está se referindo à sede da gestão municipal do PBF.

Nesse trecho o informante está se referindo às notificações que vêm no extrato quando vai receber o benefício e, uma vez que há o bloqueio, ele demonstra o percurso que faz para esclarecer a situação, que, de acordo com a sua fala, não parece ter fundamento por justificar sempre as ausências dos filhos na escola. Aliás, esse foi um importante exemplo identificado quanto à ação integrada entre mais de um setor para atender a uma mesma demanda dessa família. Essa experiência reafirma o papel do PBF como possível potencializador da intersetorialidade e da integralidade, embora nessa realidade estudada, como tem sido visto, observou-se que isso acontecia quando o problema do descumprimento já havia ocorrido.

Talvez se possa dizer que o CRAS seja o principal afetado por essa carência da intersetorialidade como instrumento de prevenção, pois será a sua equipe a responsável por construir, mais tarde, estratégias para o acompanhamento daquelas famílias em descumprimento. Se a corresponsabilização acontecesse no dia-a-dia dos serviços, no controle e no registro dos dados dos beneficiários, seria possível intervir antes que o problema do bloqueio viesse a ocorrer. O problema ainda é maior quando se verifica a existência de informações incorretas e a equipe do CRAS tendo que se deslocar para fazer o diagnóstico de uma situação de infrequência escolar, por exemplo, que não ocorreu, porque na realidade foi um erro de lançamento.

Quanto às implicações do PBF para a equipe da escola, o entrevistado 3 faz algumas considerações no que se refere ao acesso dos alunos e à qualidade dessa presença.

O que eu senti foi que a presença sim, eles preocupam com a presença do menino e justificar a ausência, em querer que o menino venha com medo de perder o bolsa família. Mas, é o interesse assim: o menino tem que vir, ele pode vir pra não fazer nada, ele pode vir só pra atentar a gente, ele pode vir só pra destruir a escola. Não interessa, ele veio por causa do bolsa família. Entendeu? Então, os pais sentem essa necessidade, de mandar ele pra escola pra ganhar o bolsa família (entrevistado 3).

De acordo com o profissional da escola, há a preocupação apenas com a presença em si e não com a forma como se dá a participação desse aluno. Então, segundo ele, a família deseja e se preocupa em garantir que a frequência esteja compatível com as exigências do programa, mas não há uma assistência ou suporte que garanta que isso não se faça aliado aos problemas relatados de indisciplina. Ou seja, demonstra-se uma inversão nesse processo: a atenção se volta para garantir as condições necessárias para o recebimento do benefício, mas não para fazer valer, de fato, o direito à educação.

Há um problema nesse quadro que foi relatado, pois o direito não se efetiva apenas pelo acesso por si só, sendo preciso garantir a esses alunos a permanência, a apropriação e a produção do conhecimento. Sem esses fatores não há o usufruto da escola e tampouco a inclusão (MEC, 2004) e não parece que a condicionalidade relativa à educação tem contribuído para oferecer essa segurança. Possivelmente, a solução esteja na transposição do caráter quantitativo da respectiva obrigatoriedade para o qualitativo, em que não apenas seja contabilizada a frequência, mas também a forma como essa tem sido estabelecida. Com base no que afirma o entrevistado 3, estar dentro da escola não tem sido correlato dessa efetivação do direito e os pais, por sua vez, não sendo os únicos responsáveis por essa situação, precisam ser corresponsabilizados junto à rede de serviços envolvida pelo programa. Para isso, é preciso que a família também receba o suporte necessário e a proposta de capacitação desenvolvida em parceria com o CRAS pode ser um caminho importante.

Há outra constatação que também reforça a importância da capacitação para que o PBF possa funcionar melhor: o desconhecimento das condicionalidades relativas aos outros serviços.

Eu acho pouco, só mandar pra escola e pronto acabou. Porque é só isso que o bolsa família exige, não é, frequência? Ou exige mais alguma coisa? (entrevistado 3).

Diante dessa afirmação, percebe-se que não há o domínio de conhecimento quanto a participação de outras políticas públicas no controle do PBF e de como esta se dá, demonstrando-se o entendimento que ele esteja vinculado apenas à educação. Talvez, isso explique a inexistência de parcerias no acompanhamento dessas condicionalidades, porque é como se apenas o próprio setor tivesse implicado nesse programa. Conhecer-lo se coloca como pré-requisito para que se possa conduzi-lo de forma adequada dentro da escola e se acionem outros serviços, o que confirma a urgência desse projeto de capacitação. Anterior à prática, propriamente dita, há um saber limitado acerca do benefício que tem impossibilitado investir na intersetorialidade, embora se acredite que isso não é algo que aconteça apenas nessa instituição ou nesse município.

Após uma conversa breve para se esclarecer as demais condicionalidades, o profissional ressalta que

é difícil fazer um outro tipo de controle, mas teria que ter um outro tipo de controle. Entendeu? Porque vim cá pesar no dia, olha pra você ver. A saúde é só

isso, pesar e medir? E a escola é só mandar o menino pra escola? O menino não faz tarefa, o menino não copia, o menino não se interessa por nada, não tem educação (entrevistado 3).

Acho pouco, acho que tinha que ter mais exigência em cima da família. Pra poder continuar recebendo tinha que ter, a família tinha que prestar mais conta de outras coisas (entrevistado 3).

Duas questões precisam ser refletidas a partir dessas falas: a complexidade humana e o papel da família e dos serviços. Quando o profissional considera ser pouco o que é exigido, entendendo que a saúde e a educação, por exemplo, são maiores do que aquilo que se cobra dos beneficiários, sugere-se um posicionamento que é compatível com todas as argumentações trazidas por Morin (2007a; 2007b), as quais apontam para o esquiteamento daquilo que é complexo. Assim, haveria um resultado inesperado no programa, que ao invés de contribuir para uma abordagem integral do homem estaria, na verdade, impossibilitando a visão do todo ao dividi-lo entre os três serviços aqui estudados. Porém, não se deve responsabilizar a família ou os profissionais por essas dificuldades, ao contrário, trata-se de instrumentalizá-los para que juntos possam reverter esse quadro. Será que adianta colocar um peso maior no núcleo familiar se não lhe oferecem as condições necessárias para isso?

Na entrevista com o informante da família, foi possível perceber qual o conhecimento que ele detém do PBF e como ocorre o acompanhamento das suas condicionalidades. Sobre essas obrigatoriedades, afirmou-se que elas envolvem:

deixar a criança na escola, a criança tem que frequentar, não é só colocar, tem que frequentar a escola. Tem o cartão de vacina que tem que estar em dia, nenhuma vacina estiver faltando, não pode. E mais o quê que eu posso falar? A pesagem... é isso não pode faltar não (informante da família).

O cadastro tem que estar atualizado. Tem que estar tudo batendo, tem que estar atualizado. Qualquer coisa, se caso a gente mudou, tem que avisar. Porque tem isso também. Eu já cadastrei, agora está na hora de cadastrar de novo [...] (informante da família).

Sobre o setor da educação, percebe-se o que já havia sido constatado na fala do entrevistado 3, um acompanhamento quantitativo da frequência, mas não uma preocupação de caráter qualitativo em relação a permanência e ao usufruto deste espaço pelo aluno. O informante frisa que não basta matricular o filho na escola, é preciso que ele a frequente, sendo 85% de presença para a faixa etária de 6 a 15 anos de idade e 75% entre 16 e 17

anos (MDS, 2010). Então, o que se percebe é a vigilância, tanto por parte da família quanto do programa, em relação a esses números e, de acordo com o informante, pode-se até faltar, porém deve-se justificar, como, por exemplo, nos casos de adoecimento.

Na saúde, mencionou-se as verificações de pesagem e de vacinação que ocorrem na UBS em dias previamente combinados pelos ACS. No entanto, esses acompanhamentos estão longe de serem compreendidos pelo informante como importantes estratégias de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de efetivação dos seus direitos, mas apenas uma exigência que deve ser cumprida para o recebimento do benefício. A outra condicionalidade seria a de manter os dados cadastrais da família atualizados no setor responsável pela gestão do PBF no município e isso deve ocorrer a cada dois anos.

Não se sabe o quanto de informação as famílias beneficiárias têm a respeito do PBF e de entendimento sobre a sua possibilidade de reforçar o acesso das mesmas a esses três direitos: saúde, educação e assistência social. O que dá a impressão é de que elas percebem as condicionalidades como algo que meramente implica no recebimento ou não do benefício, ao invés de compreendê-las como dispositivos que visam garantir-lhes o usufruto desses serviços e o seu desenvolvimento enquanto núcleo social fundamental. Em uma das falas do informante, essas exigências do programa aparecem como algo que se associa à possibilidade de punição.

Se a gente não pesar no posto, eu acho que dá alguma coisa lá em cima⁵¹. Porque não pode deixar de pesar quando eles pedem não e nem de deixar a criança atualizada (informante da família).

O que se pode evidenciar é a existência de uma situação paradoxal: como visto em Goldani (2002), Ribeiro (2004) e em Campos e Garcia (2007), a família assumiu um espaço de centralidade nas políticas públicas desde a década de 1980, porém não parece que isso se fez acompanhado de um processo de capacitação ou de instrumentalização para que elas possam desempenhar esse papel de partícipes e serem mais autônomas.

Por isso, é preciso fazer ressalvas sobre a colocação de mais responsabilidades sobre o núcleo familiar, como discutido anteriormente a partir das colocações do entrevistado 3. Tanto os profissionais quanto as famílias precisam dispor de mais informações sobre o PBF e, em função disso, a proposta de capacitação do CRAS junto à escola, parece ser bastante pertinente. Um conhecimento mais amplo do que vem a ser o

⁵¹ O entrevistado está se referindo ao local em que funciona a gestão do PBF no município, situado na região central da cidade.

programa e as suas pretensões é impreterível para que as equipes possam identificar oportunidades de articulação intersetorial, o que permitirá conceber a unidade complexa que é o ser humano e, assim, romper com o pensamento disjuntivo (Morin, 2007b). Para os usuários, em contrapartida, esse saber é fundamental para que eles exerçam o papel de atores políticos e, mais ainda, que eles alcancem aquela autonomia mencionada pelo entrevistado 2.

10.7 – Psicologia e políticas públicas: algumas considerações

Embora esta pesquisa trate das ações intersetoriais entre três importantes serviços públicos, não se pode deixar de refletir acerca da situação da psicologia dentro destes contextos, uma vez que a pesquisadora é psicóloga e este estudo se encontra inserido em um Curso de Mestrado em Psicologia. Portanto, é inevitável não elegê-la como objeto de discussão, abordando o seu papel nesses novos espaços de atuação. Para isso, serão apresentadas algumas informações obtidas em conversas informais com um psicólogo de um dos serviços estudados.

A inserção do psicólogo nas políticas públicas é algo que não pode ser desconsiderado, na medida em que tal fenômeno ressalta a necessidade de um processo de rearranjo das práticas e da formação profissional. Diante disso, o livro de Ferreira Neto (2011), intitulado *Psicologia, políticas públicas e o SUS*, se mostra como importante material para que se possa avançar nessa discussão.

De acordo com Ferreira Neto (2011), a psicologia vem passando, desde o final da década de 1980, por um reordenamento de suas práticas. Com isto, aquela atuação que outrora contemplava, prioritariamente, o contexto clínico-privado, acaba por assumir novos contornos, se fazendo cada vez mais presente no interior das políticas públicas. Anteriormente, a clínica havia conquistado lugar privilegiado na formação profissional e *marcou não somente os currículos, como também o imaginário social da figura do psicólogo* (p. 25).

Num levantamento dos primeiros estudos que descrevem a profissão nos seus anos iniciais no Brasil, Yamamoto (2007) confirma uma atuação clínica de caráter liberal e inspirada nas práticas médicas. Em consonância com a constatação apresentada por Ferreira Neto (2011), o presente autor também menciona a marca clínica deixada na psicologia e, além disso, ele aponta o seu distanciamento do setor público. Se ela era um bem precioso e, com isso, restrita a uma parcela muito limitada da população, as políticas

públicas representavam a possibilidade de uma maior ampliação do seu serviço, de forma que ele poderia ser disponibilizado àqueles que não tinham recursos para pagar por ele.

Através da leitura de Yamamoto (2007) pode-se perceber que a situação da psicologia, com a sua maior implicação com as questões políticas e sociais, começa a se redesenhar na década de 1980. Como exemplo, o autor menciona a sua participação em eventos importantes como o da luta antimanicomial e nas conferências nacionais de saúde, o que ele, aliás, identifica como condição favorável à entrada do psicólogo no setor público.

A transição da psicologia, do campo clínico para as instituições estatais, aparece fortemente vinculada às transformações ocorridas na organização do país. Ao ser estabelecida a Nova Constituição, percebe-se que “o campo das políticas públicas tornou-se o grande contratador de ‘trabalhadores sociais’, via Estado ou Organizações não Governamentais (ONGs), dentre os quais estão os psicólogos” (Ferreira Neto, 2011). Ou seja, junto com a superação da anterior repressão política, representada pela ditadura militar, veio a expansão do *fazer* psicológico.

Se, anteriormente, o psicólogo estava concentrado em uma clínica individual e de caráter privado, com esse deslocamento, ele passou a se deparar com uma nova configuração: a comunidade como pano de fundo e o intercâmbio com outros campos do saber. Isto é o que aponta Murta e Marinho (2009) ao se referirem à possibilidade de trabalho com grupos dentro de instituições públicas e não mais nos interiores dos consultórios particulares, como também para além delas, contemplando a realização de visitas domiciliares, por exemplo. Portanto, ao profissional é colocado o desafio de compreender e intervir sobre os contextos de vida dos usuários⁵² desses serviços em que ele se encontra e, ao mesmo tempo, é exigida a sua articulação com a equipe interdisciplinar.

Ou seja, a questão da abrangência começa a ser modificada. Qualquer comparação da cobertura da atenção do psicólogo nos dias de hoje em confronto com aqueles retratados nos estudos conduzidos nos primeiros vinte ou trinta anos de regulamentação da profissão vai nos mostrar um quadro em mudança, ainda que tendencial. Daquela realidade em que o psicólogo estava virtualmente ausente dos serviços públicos nos seus diversos campos, o quadro atual mostra uma presença dos psicólogos em alguns dos setores, o da saúde como o caso emblemático (Yamamoto, 2007, p. 31).

⁵² Ou melhor, os territórios, de acordo com o que se vê em M. Santos (1999; 2006).

E, nessas novas condições, pode-se afirmar que o psicólogo é chamado, enquanto trabalhador social, a operar conforme aquele ‘modelo dos Is’: interdisciplinarmente, avançando para as trocas entre as diferentes equipes através das ações intersetoriais e tendo como meta o atendimento integral dos indivíduos, o que, por sua vez, alimenta novas trocas num processo cíclico, dinâmico e constante.

O fato é que a inserção do psicólogo no campo das políticas públicas tem sido cada vez mais objeto de reflexão e, a partir disso, o conselho da categoria, desde 2006, tem investido no desenvolvimento do CREPOP com a construção e a disponibilização de materiais que servem de subsídio para a prática desses profissionais (CFP, 2010).

No entanto, em face desse novo momento da psicologia, alguns desafios puderam ser percebidos na conversa com um profissional de um dos serviços públicos investigados nesta pesquisa e entre eles está aquele que se refere à adequação entre a formação profissional e a demanda de trabalho colocada pelas instituições e pela sua comunidade.

Não adianta ter o referencial teórico que a universidade fornece e não saber como fazer na prática, a realidade do serviço⁵³ é muito particular. Então, nem sempre há correspondência entre o saber teórico e o saber prático. O grande desafio é o como fazer (psicólogo de um dos serviços).

Está sendo apontado um distanciamento entre o embasamento teórico e a realidade empírica particular desses contextos de atuação profissional, como se fossem dois polos desconexos. Por isso, o que se percebe é que não necessariamente a universidade tem oferecido um saber que seja adequado a esse novo momento da profissão e o resultado disso pode ser aquilo que Morin (2007a; 2007b) se refere quanto à incompatibilidade entre a natureza do conhecimento e a dos problemas dos quais ele trata. Se a transposição da categoria para o cenário público impõe a demanda de um rearranjo da formação, é preciso que se questione o quanto disso tem sido realmente efetivado ou se o ritmo com que tem sido operado é compatível com o das transformações vivenciadas pelos psicólogos.

Essa problemática que envolve a articulação entre a teoria e a prática faz retomar as argumentações de Morin (2007b) quanto ao conhecimento pertinente que seria capaz de contextualizar o seu objeto dentro do tecido que ele faz parte. Assim, na falta disso há essa dificuldade, já que a formação pode não se fazer acompanhada desses movimentos de contextualização e, conseqüentemente, o referencial teórico não dialogando com o

⁵³ O profissional citou o nome da instituição em que trabalha, o que foi omitido para garantir o seu anonimato.

empírico, dando aquela impressão de serem duas coisas antagônicas, corre-se o risco de tratar as questões sociais e o próprio homem como dimensões independentes e autossuficientes.

Talvez, uma das grandes saídas esteja no investimento crescente em projetos de extensão, o que se mostra como ferramenta potencial para essa aproximação entre o que se tem produzido e transmitido de saber na universidade e as demandas colocadas por esses espaços de atuação, identificando as inconsistências e os pontos que carecem de maiores ajustes na formação profissional. Quando Morin (2007a) afirma que a resposta a *quem somos nós? é inseparável de onde estamos, de onde vivemos, para onde vamos?* (p. 37), pode-se deduzir que o mesmo seja válido para pensar a situação da psicologia e, de forma correlata, pode-se dizer o seguinte: a resposta a ‘quem somos nós psicólogos’? depende do conhecimento dos territórios e das instituições que nos encontramos, de onde vivemos e dos movimentos delineados na história da profissão.

Outro desafio que se pôde perceber é a demarcação do papel do psicólogo nessas equipes: qual é o seu lugar? Acredita-se que essa definição seja uma necessidade que se faz mais aflorada mediante o marco da clínica-privada enraizado na história da psicologia que, como visto, se disseminou, inclusive, na própria imagem social a respeito da categoria. Então, se agora, como trabalhador social, não é esperado o mesmo modelo de prática que se tem nos consultórios particulares, quais são as expectativas e os referenciais para esse novo *fazer*?

O psicólogo, com o qual se conversou durante este estudo, entende que a sua profissão jamais deve fechar as *portas* à escuta e ao acolhimento de seu público. Mesmo porque, por uma questão ética, é imperativo oferecer espaços para que os usuários possam falar de si e de suas famílias. Neste sentido, ele diz não abrir *mão* dessa posição e reflete sobre o papel da psicologia na equipe a qual pertence. Finalmente, se questiona quanto ao entendimento que está por trás das políticas sobre o que vem a ser o trabalho terapêutico da psicologia e o atendimento individualizado:

*Por que em nenhum momento as diretrizes também fazem ressalvas sobre a atuação do serviço social de forma individualizada e, portanto, quais as representações da psicologia estão no imaginário daquelas pessoas que construíram o manual de orientações do serviço*⁵⁴.

⁵⁴ Foi omitido o nome da instituição a que pertence.

No manual de orientações técnicas do CRAS, de 2009, por exemplo, há uma ressalva quanto ao atendimento terapêutico e às atribuições da psicologia neste serviço:

Os profissionais da psicologia não devem adotar o atendimento psicoterapêutico no CRAS. Assim, esses profissionais não devem “patologizar” ou categorizar os usuários do CRAS nos seus atendimentos, mas intervir de forma a utilizar dos seus recursos teóricos e técnicos para: a) compreender os processos subjetivos que podem gerar ou contribuir para a incidência de vulnerabilidade e risco social de famílias e indivíduos; b) contribuir para a prevenção de situações que possam gerar a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, e c) favorecer o desenvolvimento da autonomia dos usuários do CRAS. Esses profissionais devem fazer encaminhamentos psicológicos para os serviços de saúde, quando necessários (MDS, 2009, p. 65).

Contudo, o psicólogo expressou que a dimensão terapêutica é inerente à sua disciplina e o espaço dedicado à escuta é fundamental para duas coisas: compreender os sofrimentos e as angústias de um determinado indivíduo ou família e identificar se o caso é pertinente ou não de ser tratado dentro de seu serviço. Nas situações que requeiram a psicoterapia ele afirma fazer os encaminhamentos necessários, porém na entrevista com o profissional 2 também viu-se a existência de lacunas no município quanto a este tipo de trabalho clínico, o que, por vezes, como indicado, acaba levando a abertura de certas brechas para acolher essas demandas. Então, embora as orientações possam até serem claras, as limitações do próprio sistema podem deixar o psicólogo nesse dilema entre o que está prescrito e o que de fato ele se vê obrigado a fazer.

Durante esta pesquisa, foi possível vivenciar algumas situações em que se pôde ver o anseio e o desafio para se colocar em prática uma psicologia que vá além da intervenção clínica individualizada, até pelas próprias marcas dessa forma de operar que ficaram historicamente registradas no imaginário social da profissão e hoje, pelo que se percebeu, há o desafio de mostrar que ela pode ser muito mais do que isso. Dentro disso, parece haver um duplo movimento nas políticas públicas: uma expectativa de atuação centrada na psicoterapia individual (tanto pelos usuários como por outros profissionais) e o esforço, como observado nessas oportunidades, de romper com esse modelo de ação e construir uma nova identidade para a categoria.

Pode-se constatar que a inserção da psicologia nas políticas públicas tem sido acompanhada de alguns desafios, como esses que foram identificados: o descompasso entre a formação profissional e a prática demandada por esse novo contexto, a indefinição quanto ao lugar do psicólogo nessas equipes e o embate entre a velha e a nova identidade que se tenta afirmar para a categoria. Mas, é preciso ter consciência de que esse

movimento é algo novo para a disciplina, estando longe de estar consolidado, e os próprios serviços em que ela tem se feito presente também estão em tenra idade, como a ESF que data de 1994 e o CRAS de 2003. Com isso, há um processo de construção tanto no que se refere ao fazer do psicólogo quanto ao dessas próprias instituições públicas de forma geral. O que não se pode é deixar de eleger esse fenômeno como um objeto de reflexão para que se possa continuar avançando.

Portanto, diante dessa situação que a psicologia e as políticas públicas se encontram, pode ser muito promissor retomar a proposta defendida por Morin (2007a): a reforma tanto das instituições quanto da organização do conhecimento. É preciso investir num saber psicológico que seja capaz de contemplar o social, [...] *o complexo, isto é, as condições do comportamento do humano* (p. 100), mas esses serviços, como o CRAS, a ESF e a escola devem, igualmente, se estruturar segundo esses mesmos referenciais. E, em síntese, aquela reformulação do ensino que o teórico propõe também é válida para a psicologia, de modo que a sua prática resulte de um bem-pensar ou de uma cabeça bem-feita.

10.8 – As concepções de família identificadas nos serviços e a relação com a promoção da intersetorialidade

Ao longo desta discussão, indicou-se a possível existência de diferentes concepções de família, tanto no que diz respeito à forma como esta mesmo se percebe quanto no que tange cada um dos serviços investigados. Além disso, sugeriu-se que essas percepções podem estar articuladas ao modo como a intersetorialidade tem sido construída e, assim, potencializando ou não a consolidação de projetos comuns e o atendimento integral desses núcleos familiares. Neste momento, visa-se realizar o aprofundamento dessas questões.

Na entrevista com o profissional de saúde, percebeu-se uma preocupação de que a equipe se mantenha próxima à comunidade, sobretudo daquela parcela ‘carente’ que depende do serviço público. Relatou-se a existência de pessoas que precisam de atendimento, mas que não o procuram. Aqui, começa, então, a se configurar uma possível forma de conceber a família: um núcleo que pode ser marcado por contradições.

Coerentemente com a literatura (MDS, 2009), a família pode ser tomada, a partir da entrevista, não apenas como um núcleo caracterizado pela afetividade e consanguinidade, como também pela contradição. Ou seja, embora apresentem demandas de saúde, isso não é correlato à procura por atendimentos. E, sendo assim, justifica-se a necessidade de um

deslocamento constante até essas residências, garantindo o controle e o acompanhamento desses indivíduos.

Portanto, aparece uma centralidade da ESF num tipo específico de família⁵⁵: aquela que é carente e que precisa do serviço, mas não o procura e que, em decorrência disso, precisa ser tutelada, principalmente, através das visitas dos ACS. Como se indicou anteriormente, nem todos os moradores do território do posto dependem do seu serviço e acolhem de bom agrado a presença dos agentes em suas casas, havendo, inevitavelmente, uma concentração de esforços sobre aqueles que têm na saúde da família a verdadeira porta de entrada na saúde pública. Com isso, é pertinente fazer esse recorte quanto ao foco de ação da equipe, uma vez que há um núcleo que, particularmente, demanda mais intervenções.

[...] na minha área tem muitas pessoas que não precisam do posto, procuram mais convênio, já é cadastrada em algum plano de saúde e aí não procura o posto. Aí nesses casos não precisam mesmo (entrevistado 1).

Na abordagem dessa família, para a qual o serviço se organiza, ressalta-se uma ênfase no atendimento interdisciplinar, possibilitado, sobretudo, pela equipe do NASF. Reconhece-se a existência de demandas tanto médicas quanto psicológicas e sociais, o que reforça as intervenções desse núcleo no espaço da ESF e, inclusive, com requisições para visitas domiciliares. Dada a relevância que se notou em relação à possibilidade dessa parceria em suprir as necessidades da saúde da família, foi levantada a preocupação sobre as oportunidades concedidas à ação intersetorial, o que muitas vezes observou ser promovida mais pelo NASF do que pela própria ESF.

Não significa que a ESF não tenha, durante a pesquisa, se implicado em projetos intersetoriais, como o que se verificou quanto ao grupo de gestantes construído juntamente com o CRAS, mas também não se pode desconsiderar que a maioria das parcerias observadas contou com a mediação do NASF. Então, percebe-se uma forma de conceber a família que reconhece as suas diferentes necessidades e que tem, através desse núcleo, destacado a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, porém ainda muito restrita ao setor saúde.

⁵⁵ De maneira alguma está sendo afirmado que a ESF não acolha as famílias providas de melhores condições financeiras ou que tenham até mesmo planos de saúde. Contudo, está se referindo ao fato de que aquelas que são carentes podem se encontrar mais dependentes e presentes no serviço do que essas que dispõem de outras oportunidades de atendimento em saúde.

Em síntese, pode-se inferir que se tenha a seguinte configuração: a interdisciplinaridade possibilitada pela fusão ESF-NASF, contribuindo para um atendimento mais integral das demandas, e a preocupação de que se mantenha um vínculo com a comunidade, mesmo que não seja essa que procure o serviço. Sobressai disso tudo uma visão de família caracterizada por ser carente, no sentido financeiro e de informação, que pode precisar e não procurar o serviço, demandando uma concentração maior de esforços, como o acompanhamento domiciliar regular. E enquanto no posto destaca-se uma maior tendência a respostas interdisciplinares, foi o NASF que representou a oportunidade de que o setor saúde avançasse em direção aos demais, através das parcerias intersetoriais mantidas com a escola e com o CRAS, por exemplo, permitindo abordagens ainda mais integradas.

No campo da assistência social, observou-se que a matricialidade sóciofamiliar se efetiva através do PAIF, o que no cotidiano de trabalho do CRAS também serviu como promotor de atendimento integral, ações interdisciplinares e intersetoriais e, em decorrência disso, verificou-se uma abordagem da família que se aproxima daquela proposta de articulação entre os três 'Is' discutidos no sexto capítulo.

Mobilizados em torno do PAIF, a equipe tem a consciência de que a família se constitui como um núcleo cujas demandas requerem tanto intervenções do próprio CRAS quanto de outros serviços, para que, assim, haja a promoção de autonomia e de cidadania. Aliás, percebeu-se que essas são duas importantes palavras de ordem na rotina da instituição, ao lado da proposta de operar no fortalecimento de vínculos e de ser um espaço de convivência.

Ao se intitular como a "A Casa das Famílias", o movimento que parece se delinear em torno delas é diferente daquele sugerido na ESF. Em vários momentos da conversa com o entrevistado 2, percebe-se um anseio de que a comunidade se desloque até a instituição, servindo como um local de referência. Então, embora ocorra a busca ativa e as visitas domiciliares, o que se verificou é o estímulo para que essas diferentes famílias se mantenham vinculadas ao cotidiano do serviço, de modo que ele funcione de fato como uma casa e um espaço de socialização entre elas. Sobre isso, a fala a seguir, que já foi apresentada antes, é bem emblemática.

Que a comunidade entenda que ali é um centro de promoção de cidadania, de autonomia, de reconhecimento de um espaço em que ela pode vir conviver, que ela pode sim estabelecer vínculos e que ela pode de alguma forma fazer a sua história diferente [...] (entrevistado 2).

No decorrer do trabalho de campo, observou-se que a visão da família dentro do CRAS contempla o entendimento de um grupo que deve ser potencializado em sua autonomia, de forma, por exemplo, a pensar em atividades que lhe permita produzir a sua própria renda e não depender eternamente de benefícios como o PBF. Outra questão interessante, presente nessa compreensão, é que essa mesma família é pensada para além da vulnerabilidade econômica, portanto, nem sempre ela será correlata de uma condição de pobreza.

Quando o entrevistado 2 indica que a família com a qual ele trabalha é caracterizada por demandas de diferentes ordens, ele se aproxima de uma abordagem que valoriza a complexidade e mais nítida fica a limitação de um único serviço ou política para atender de forma isolada esse grupo. Essa maneira de entender o núcleo familiar é coerente com o que Morin (2007a; 2007b) já havia indicado acerca da natureza humana, que ao mesmo tempo é unidade e diversidade, e na prática deu origem a abertura de um campo de interações.

A tentativa de mostrar a relação que há entre a forma como a família é percebida e as possibilidades de promover intersetorialidade, fica mais palpável no trecho que é retomado abaixo, quando o profissional se refere, de certa modo, ao que se constitui como condição para que a parceria entre diferentes setores aconteça.

[...] que a gente entenda que esse indivíduo, o nosso cliente, o nosso usuário tem demandas da saúde, educação e assistência social. Ele não demanda só saúde, não demanda só educação e muito menos só assistência social. Então, quando esses setores entenderem que esses indivíduos, essas famílias, esses grupos têm essas demandas diversas e se disponibilizarem para (entrevistado 2).

O que se constata é uma concepção de família que se mostrou mais propiciadora não apenas de interdisciplinaridade e de integralidade, mas, principalmente, de intersetorialidade, ao vislumbrar a complexidade de suas demandas e a limitação de uma resposta que seja unidimensional, levando a uma abertura do CRAS a constantes parcerias e a sua liderança na construção de projetos intersetoriais nesse território. Como se mostrou antes, esse processo foi possível, em grande parte, em função do modo de pensar do seu coordenador, que desembocou na reformulação do serviço. Isso é uma prova da relevância do que Morin (2007a) propõe sobre a necessidade de reforma tanto do pensamento quanto das instituições.

Conclui-se que a família que aparece dentro do CRAS é aquela que se caracteriza por ser: complexa, portando demandas de diferentes ordens; mobilizadora de ações sinérgicas para que tenha suas necessidades atendidas; e vulnerável, não apenas em termos de pobreza, mas também no acesso aos direitos. Diante disso, é um grupo que precisa ser estimulado em sua autonomia e que deve ter no serviço um local de acolhida, participando ativamente na mudança de suas próprias condições de vida. Portanto, esse entendimento que ressalta a pluralidade e a complexidade, se mostrou potente para que as trocas acontecessem entre os diferentes saberes e setores e, simultaneamente, serve para continuar reforçando que é preciso avançar ainda mais.

Então, eu acho assim, que a gente pode caminhar no sentido assim, de ter mais essa ação intersetorial mesmo para tratar de uma questão. Para tratar de uma questão só, tratar em conjunto, tratar em conjunto uma questão (entrevistado 2).

Finalmente, no campo da educação foi possível perceber outra concepção de família que se aproxima da situação retratada por Goldani (2002), isto é, enquanto núcleo portador de responsabilidades perante o Estado. Quando o entrevistado 3 menciona os objetivos do seu setor, viu-se que ele demarca o que também percebe como sendo papéis dos pais: à escola cabe a formação mais ampla e complementar àquela que deve ser oferecida em casa quanto aos ‘bons hábitos’.

Embora nos três setores a família apareça como núcleo norteador de suas práticas, processo que demarca essa centralidade assumida por ela desde a década de 1980, sendo a partir de então chamada a ser partícipe das políticas públicas (Goldani, 2002; Ribeiro, 2004) e, com isso, se encontrando na dupla condição de direitos e deveres (Campos & Garcia, 2007), talvez seja na educação onde se pôde perceber a maior responsabilização. Isso aparece, por exemplo, quando se indica as limitações no cumprimento de suas atribuições e as implicações disso na rotina escolar, onde, como já visto,

[...] o trabalho da escola tem sido até um pouco desviado, [...] assumindo um papel que não é o dela, apesar da gente realmente ter que estar ajudando nessa preparação do cidadão (entrevistado 3).

Então, tem-se o entendimento da família como núcleo importante para que a instituição possa funcionar dentro daquilo que é da sua competência. Porém, mais especificamente, como foi mostrado na seção 10.2, o grupo familiar ainda é pensado com certo destaque à figura da mãe que, como afirma Moreira *et al.* (2011), aparece vinculada

aos cuidados dos seus membros. A frase abaixo ilustra bem essa responsabilidade feminina.

[...] às vezes as mães não têm aquele pulso que deveria ter e vêm cobrar isso da gente (entrevistado 3).

No entanto, ao mesmo tempo em que o profissional reconhece a família com suas limitações no cumprimento de seus deveres junto ao Estado, também percebe que a escola não consegue responder a todas as suas necessidades, sobretudo pela ausência de uma educação de tempo integral e pela paralisação da creche para as férias, o que faz com que os pais não tenham, nesse período, onde deixar as crianças para irem trabalhar. Como se viu, essas dificuldades precisariam ser enfrentadas através de ações intersetoriais, mas, talvez, o problema esteja nessa concepção de família que se faz mediante a demarcação rígida de papéis.

Enfim, o que se constata é uma terceira concepção: a família com sua cota de responsabilidade, entre direitos e deveres, e, principalmente, com relação à figura da mulher; com dificuldades em exercer o seu papel no processo de formação dos filhos; portadora de diferentes demandas, embora nem sempre devidamente atendidas, até pela própria escola. Mesmo que se perceba a pluralidade e a complexidade de suas necessidades, a atribuição de funções rígidas entre as duas esferas parece dificultar um maior envolvimento e implicação entre elas. Quanto aos outros setores, evidencia-se buscas pontuais por parcerias pelo entrevistado 3, mas não uma agenda ou um planejamento intersetorial a longo prazo.

Quando se toma a família como um grupo com muitas demandas e limitações, porém com essa separação entre o que cabe ou não à educação tem-se uma situação que não contribui para avançar na intersetorialidade, pois esta requer não apenas que se dê conta da complexidade humana, como também da necessidade de respostas integradas a ela. Da mesma forma que a escola sozinha não consegue resolver todas as demandas familiares, essas também não irão ser capazes de mudar a sua história sem a parceria com essa equipe e as demais que aqui são estudadas.

E mais uma definição pôde ser observada, pois a própria família, através da entrevista com o seu informante, indicou outra possibilidade de conceituação que difere do que se viu na fala dos três profissionais.

Na primeira visita que foi realizada na casa da família, o informante apresentou para a pesquisadora a sua casa e, posteriormente, o que ele chama de terreiro, onde há seis

residências, aproximadamente, de outros parentes, como a sua mãe e os tios. Mais tarde, no momento da entrevista, ele sugeriu, na verdade, uma diferenciação entre dois tipos de família: ‘a de dentro e a de fora’. Ou seja, aquela relativa à sua própria casa e as outras presentes nesse quintal, mas distribuídas em moradias diferentes. Na frase abaixo, tem-se essa explicação de quem são as pessoas que residem nesse espaço e essa distinção referida entre os grupos familiares.

Os meus tios, as minhas tias e a minha mãe. É... da minha família assim por fora ali, que não mora aqui dentro de casa (informante da família).

O informante mencionou os parentes que moram nesse terreiro, deixando explícita essa demarcação de que há dois tipos de família: a que mora na mesma casa, que seria composta pelo casal e os seus três filhos; e a outra que envolve os tios, as tias e a sua mãe, mas que são externos à sua moradia. Aparece, neste sentido, uma vinculação entre o grupo familiar e a residência.

Ao mesmo tempo em que o informante não desconhece seu vínculo com os demais parentes, embora presentes em moradas diferentes, ele faz um recorte da sua família direta através da identificação daqueles que estão sob o único ‘teto’. Talvez, se mais pessoas, além do parceiro e dos filhos, morassem em sua casa, também fossem tomados como membros dessa família direta.

Percebe-se, portanto, a casa como elemento ordenador e organizador para se dizer o que seria a sua família direta e aquela mais ampla. Não foi possível saber se há mais algum parente que não mora nesse terreiro e, no caso de existir, se haveria uma concepção diferenciada por não fazer parte desse mesmo ‘território’. Possivelmente, existe uma relação vincular marcada não apenas pela unidade conferida pela residência, como também por esse quintal.

Deste modo, pode ser que se tenha o seguinte: a casa como delimitadora de uma micro unidade familiar direta e o terreiro, integrando todas as outras moradias, como macro unidade. Assim, cada residência se constitui enquanto parte de um grupo maior e o quintal como o todo. Essa relação que parece existir com o terreiro sugere que ele seja uma expressão do território usado (Santos, 1999), sendo muito mais do que algo geográfico e físico, onde se tem aquela mescla entre o chão e a identidade e, como diz Albagli (2004), *um pedaço de terra apropriado* (p. 26). É nesse lugar que as trocas e as vivências familiares se dão e é através dele que se diferem, inclusive, dos demais vizinhos dentro dos seus respectivos quintais.

Como M. A. Gomes e Pereira (2005) haviam apontado, o termo família comporta vários sentidos, podendo ser encontrados diferentes arranjos, na medida em que se muda o contexto de observação. Isso é o que pôde ser constatado nesta pesquisa, de modo que em cada local investigado se percebeu uma concepção específica. No caso dos serviços, viu-se que, de acordo com o conceito adotado, pode-se favorecer ou não as abordagens intersetoriais, interdisciplinares e mais integradas. Por isso, num estudo como este é imprescindível este tipo de análise, de tal modo que a compreensão de como as ações intersetoriais têm sido construídas passa, entre outras coisas, pelo entendimento de *como vai e para onde vai a família* (Moreira *et al.*, 2011, p. 164).

11 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pôde constatar, a intersetorialidade, desde a década de 1980, é afirmada como uma nova forma de operar na administração das políticas públicas, tendo como objeto de interesse uma visão que contemple o homem e as suas demandas de modo integral, superando, portanto, aquelas práticas fragmentadas e setorializadas que, até então, se mostraram insatisfatórias na resposta aos problemas humanos e sociais. Por isso, as ações intersetoriais surgem como possibilidade de mudar os rumos dessa história, representando um novo caminho para que se promova cidadania a partir, não só, do acesso integral aos direitos previstos na Constituição de 1988, como também de maneira igualitária.

No entanto, verificou-se que elegê-la como objeto de estudo requer considerar a sua complexidade que lhe é característica, buscando dar conta dos vários elementos que a configuram e lhe dão cor. Dentro disso, pôde-se realçar algumas questões, como: a sua singularidade face ao território; a relação que há entre a forma como é construída e as concepções de homem (ou, melhor, de família); os obstáculos que insistem em barrar a sua execução e as estratégias que podem ser buscadas; e ao contrário, o que se mostra como pontos favoráveis à sua concretização. Logo, o trabalho de campo consistiu, em breves palavras, em tomar contato com essas condições que constituem o pano de fundo para a grande indagação deste trabalho: como a intersetorialidade tem sido construída?

A primeira questão que foi abordada junto aos profissionais entrevistados se refere aos objetivos do trabalho das instituições a que pertencem, pois através deste entendimento é que se poderia avançar na compreensão de como as demandas e os usuários eram acolhidos e, com isso, dos espaços concedidos à prática sinérgica. No decorrer das respostas, verificou-se que na forma como se percebe o próprio setor estava explícita uma maneira de conceber a família (o foco de intervenção das três instituições), o que está diretamente relacionado com a possibilidade ou com a intensidade em que se investe ou não na intersetorialidade. Então, essa concepção acerca do núcleo familiar, como será retomada adiante, se articula, de modo especial, com o sentido que se atribui às ações intersetoriais.

No segundo momento, houve o aprofundamento no conhecimento do território, sendo possível perceber, através das falas, tanto dos profissionais quanto do informante da família, que se trata de um local carente de muitos cuidados, os quais representam

elementos potenciais para a consolidação de projetos em comum entre os três setores aqui estudados. Entre os principais problemas relatados estão: o esgoto ‘a céu aberto’, a ausência de um espaço de lazer para as crianças e de creche ou outra atividade em que os filhos fiquem enquanto os pais trabalham fora. Portanto, são necessidades diversificadas que irão implicar nos processos de produção da saúde e na efetivação do acesso aos direitos sociais. Contudo, apesar de tais dificuldades, a fala do informante da família serviu para indicar os vínculos que o grupo mantém com o contexto em que vive e que serve de cenário para as suas práticas sociais, com o forte sentimento de pertença a esse pedaço de ‘chão’ apropriado por ele, o que remete à noção de território usado, trazida por Santos (1999).

O terceiro momento, tendo em vista o levantamento das demandas da comunidade, foi dedicado a explorar as formas com que essas têm sido enfrentadas e em que medida tais intervenções apontam para a intersetorialidade. Quanto ao setor saúde, verificou-se que o NASF representa um importante instrumento na promoção de ações intersetoriais, além de oferecer à equipe da ESF o atendimento de profissionais que a mesma não dispõe, como, por exemplo, a psicologia e o serviço social. Essa referência entre os dois serviços não pode ser considerada como algo problemático, no entanto, destacou-se a necessidade de uma maior articulação parte-todo, mesmo porque a parceria com o NASF não anula a importância daquelas que podem e devem ser estabelecidas com os demais serviços e vice-versa.

Quanto ao CRAS, tomou-se conhecimento de diferentes ações sinérgicas com outros serviços (como a saúde mental e a atenção primária, INSS e educação) com a justificativa de garantir o acesso dos usuários aos seus direitos e, assim, promover cidadania. Com a coordenação que, durante a pesquisa, estava na frente dos seus trabalhos, observou-se que houve o incentivo de práticas interdisciplinares e intersetoriais, com a manutenção de relações amistosas entre a sua equipe e as demais do território, o que, por sua vez, possibilitou refletir sobre o processo de personificação nas políticas públicas e a sua implicação na intersetorialidade. De forma semelhante ao que havia sido constatado no campo da ESF, percebeu-se aqui a fragilidade quanto à cooperação com o setor da educação.

Na escola, verificou-se demandas e procuras de atendimentos relativos aos campos da saúde mental e do CRAS, especialmente, no que se refere à psicologia, com a responsabilização da família. A fala do entrevistado 3 deixou vislumbrar que a intersetorialidade comporta certa dose de incerteza, ocorrendo o processo já identificado

por Morin (2007a; 2007b) quando ele trata da noção de estratégia: as condições existentes é que definirão os caminhos escolhidos para a ação, mesmo que se tenha um planejamento prévio.

O distanciamento que o profissional da educação afirmou existir com o campo da ESF mostra que a hipótese de que a proximidade física, por si só, repercute na interlocução entre os dois serviços, não se confirma. Apesar de dividirem o mesmo pátio, eles seguem trabalhando de forma independente e a única articulação que ainda resiste é a que se dá através da presença do NASF na escola. Portanto, ser vizinho não resulta em trabalho intersetorial, pois com o CRAS, que está mais distante, a articulação tem se mostrado muito mais efetiva, mesmo porque este tem assumido a responsabilidade de chamar os demais serviços para a construção de projetos comuns. No entanto, o entrevistado 2 percebe que ainda há alguns desafios para as parcerias com a educação.

De modo geral, constatou-se que as ações intersetoriais ocorreram ora de maneira mais pontual e informal, diante de alguma demanda mais específica e não em longo prazo, ora através de um planejamento prévio, com o destaque a posição de liderança da equipe do CRAS nesse processo, como o grupo intersetorial de gestantes e o projeto de capacitação do PBF com a educação. Além disso, o profissional da saúde, por exemplo, se referiu a apoios eventuais, que ocorrem em certas situações, porém sem a implicação entre as gestões, sendo algo mais improvisado. Diante disso, julga-se que essas ações não podem ser consideradas de intersetorialidade, propriamente dita, mas apenas trocas de favores.

A etapa seguinte pretendeu demonstrar de onde partem as iniciativas de intersetorialidade e, embora, a vivência do trabalho de campo tenha deixado transparecer qual é o serviço que se destaca nesse processo, as falas dos profissionais foram divergentes entre si. Os entrevistados 1 e 3 concordam que não há uma instituição que se diferencie das demais, havendo um equilíbrio entre elas. Por outro lado, o entrevistado 2 afirma, coerente com o que a pesquisadora experimentou, que o CRAS lidera a fomentação de parcerias.

Não se pode desconsiderar o empenho da equipe do CRAS na promoção da intersetorialidade, que ganha sentido numa causa que lhe é muito particular: divulgar e fazer conhecer os seus trabalhos, trazendo as pessoas para dentro de um serviço que tem um histórico de vida pequeno em relação aos outros dois citados. Há, portanto, indícios de que a intersetorialidade representa uma estratégia de legitimação do setor CRAS. Neste espaço, as razões de ser das ações intersetoriais não apenas se devem à abordagem do homem em sua integralidade, como também à oportunidade que representam de fortalecer uma instituição que ainda é muito jovem e com poucas referências para o seu território.

Não significa que os demais setores também não se disponibilizem para isso, porém não mesma proporção que este.

No quinto momento, passou-se para a consideração do que se pôde levantar como elementos dificultadores e facilitadores da intersectorialidade. Os fatores favoráveis foram: a atuação do NASF como serviço itinerante e difuso no território; a identificação entre diferentes equipes a partir do dilema profissional da psicologia, sendo a interlocução propiciadora para a reestruturação das práticas em si (tentativas de superar os estereótipos de uma atuação apenas clínica-individual); a escuta aberta que se contrapõe à definição rígida de papéis entre a instituição e o seu usuário e conduz a abordagens pautadas na interdisciplinaridade e na integralidade; a personificação como sinônimo de disposição e de vontade pessoal para a integração; as afinidades pessoais entre os profissionais, abrindo espaços para as trocas de saberes e de experiências; os encontros e reuniões da rede como momentos de discussão do funcionamento e da organização da mesma; a construção do fluxo de rede para o conhecimento acerca do que se faz em cada setor e de quando um pode ser acionado pelo outro; o reconhecimento da complexidade que envolve o homem e as suas demandas; o PBF, especificamente, no acompanhamento das famílias em situação de descumprimento e de bloqueio do benefício; e a liderança do CRAS no acionamento dos demais setores.

E, como obstáculos, foram verificados: a desproporção entre a oferta dos serviços e a procura pela população; as trocas de coordenação na ESF em curto espaço de tempo, exigindo a retomada de parcerias; o possível conhecimento desigual no interior das equipes quanto às cooperações mantidas com os outros setores; o saber inexistente ou limitado acerca de instituições que poderiam ser parceiras potenciais; as expectativas que uma equipe pode ter em relação à capacidade de resposta de outra diante de uma dada demanda; a fragilidade da rede, o que ficou expresso pelos seus 'buracos' e pela sobrecarga de trabalho; a amplitude do território de cobertura, com a dificuldade de chegar, efetivamente, aos locais mais distantes, o que é o caso do CRAS; e a perda da articulação parte-todo, que, como visto, pode manter um dispositivo centrado na interdisciplinaridade, impedindo que se avance para a intersectorialidade e, finalmente, para a integralidade.

Houve ainda o problema da ausência de um fluxo de informações e de comunicações entre os diferentes setores no acompanhamento das condicionalidades do PBF, impossibilitando as ações intersectoriais com o caráter preventivo, uma vez que estas ocorreram quando as situações de bloqueio e de descumprimento já haviam acontecido.

Pode-se concluir que embora haja muitos desafios para a condução do trabalho intersetorial, isso não anula o seu sentido, a sua razão de ser, que nessa realidade estudada apareceu associado ao atendimento integral de demandas complexas, ao fortalecimento dos serviços e a sua difusão no território (sobretudo, no caso do CRAS), a promoção da cidadania e dos direitos sociais e, até mesmo, como uma saída diante da sobrecarga das equipes.

A seção posterior se dedicou a abordar o PBF, demonstrando as suas implicações sobre a rotina dos serviços e da família estudada. Nesse percurso, pode-se concluir que a forma como cada equipe entende e lida com o programa sofre variações, assim como o conhecimento que se tem a seu respeito. Apesar disso, as entrevistas serviram para ressaltar que mais do que meramente um conjunto de exigências, o benefício deve ser entendido como um mecanismo de garantir o usufruto pelo seu público dos direitos necessários ao seu desenvolvimento. Diante do que foi expresso pelos profissionais, talvez essas famílias não tivessem a mesma presença e o acesso a estes serviços se não houvesse essas obrigatoriedades.

No CRAS, por exemplo, o impacto do PBF tem ocorrido em três perspectivas: primeiro, uma maior procura da comunidade para que se obtenham orientações e se faça o cadastramento ou atualização dos dados; segundo, o deslocamento da equipe até as casas dos beneficiários, reforçando ainda mais o vínculo com a comunidade; e terceiro, a construção de ações intersetoriais ao longo do processo de acompanhamento dessas famílias com benefícios bloqueados. Na educação relatou-se uma maior preocupação apenas com a presença em si e não com a forma como se dá a participação desse aluno. Então, busca-se garantir que a frequência esteja compatível com as exigências do programa, mas não há uma assistência ou um suporte que garanta que isso não se faça aliado aos problemas mencionados de indisciplina.

No contato com a família estudada verificou-se a percepção das condicionalidades como algo que implica no recebimento ou não do benefício, ao invés de compreendê-las como dispositivos que visam garantir-lhes o usufruto dos seus direitos e o seu desenvolvimento enquanto núcleo social fundamental. De forma mais ampla, não se sabe o quanto de informação os beneficiários e os próprios profissionais públicos dispõem sobre o PBF.

Embora não se refira aos propósitos diretos desta pesquisa, a situação da psicologia – campo em que se insere o presente mestrado - demandou algumas reflexões. Apesar da inserção do psicólogo nas políticas públicas ser um fenômeno cada vez mais recorrente,

certos desafios puderam ser levantados: o descompasso entre a formação profissional e a prática demandada por esse novo contexto, a indefinição quanto ao lugar do psicólogo nessas equipes e o embate entre a velha e a nova identidade que se tenta afirmar para a categoria. Mas, como se destacou, esse movimento é algo novo tanto para a disciplina como para os próprios serviços em que ela tem se feito presente, que também são de pouca idade.

Finalmente, na última sessão, foi consolidada a argumentação quanto à relação percebida entre as concepções de família e a promoção da intersetorialidade. Os resultados indicaram que não apenas há diferentes formas de definição de família, como algumas delas são mais favorecedoras à abordagem interdisciplinar, intersetorial e, logo, integral. Assim, se esse núcleo é percebido na devida complexidade de suas demandas, há uma maior probabilidade de se cotejar a limitação de uma resposta que seja unidimensional, levando a uma abertura do serviço a constantes parcerias no seu território.

Mas, verificou-se também que a família trouxe uma concepção de si que difere da elaborada pelos profissionais. A casa foi tomada como elemento ordenador e organizador para se dizer o que seria a família direta (a de dentro da casa) e aquela mais ampla (de fora, no terreiro), sugerindo uma relação vincular marcada não apenas pela unidade conferida pela residência, como também pelo quintal em que se encontra.

Tudo isso confirma o que a literatura (Moreira *et al.*, 2011) indicou quanto a impossibilidade de trabalhar com políticas públicas sem considerar quem são as famílias e para onde elas vão, pois é nelas (nos seus mais diferentes formatos) que se encontra o centro da atenção. Por isso, acredita-se que há um campo potencial para pesquisas futuras que se dediquem a investigar um número maior de famílias, acompanhando de perto a inserção delas em serviços como esses estudados aqui e, principalmente, aprofundando no entendimento dessa relação causal que há entre as suas concepções e as práticas intersetoriais.

Embora a ausência do acompanhamento da família nos seus atendimentos nas instituições não tenha comprometido a concretização dos objetivos do estudo, supõe-se que ele poderia ter trazido dados ainda mais reveladores sobre como a intersetorialidade tem sido construída mediante as suas demandas. No entanto, julgou-se que essa decisão foi importante para preservar a identidade dos seus membros e, além disso, não se pôde garantir que a condução das observações não trariam prejuízos na interação entre eles e os profissionais.

Durante os trabalhos, houve a preocupação em dedicar o máximo de cuidado ético a todos os participantes da pesquisa, de modo que se pudesse alcançar os objetivos pretendidos sem a exposição de qualquer um deles a situações constrangedoras ou desconfortáveis. Há a consciência da complexidade que representa o objeto de estudo e, desta forma, da impossibilidade de esgotá-lo numa dissertação, permanecendo como um campo promissor para demais investigações.

É preciso ressaltar que este estudo retrata um fenômeno que se passa numa circunstância temporal específica, não se podendo fazer qualquer suposição quanto ao seu desenrolar futuro. Para isso, seria necessária a realização de outras pesquisas que abordassem longitudinalmente a intersetorialidade, verificando o que se manteve ou não do quadro apresentado nessa presente investigação, a qual se constitui apenas como um esforço aproximativo.

Apesar da generalização dos resultados não serem a principal meta de um estudo de caso, acredita-se que o que foi observado também possa ser válido para outros contextos, de modo que como Morin (2007a; 2007b) propõe, seja possível transpor o local/particular e pensar o global, os conjuntos, conforme a lógica do holograma. Isto quer dizer que as situações vivenciadas neste estudo devem conduzir ao seguinte questionamento: qual a relação que há entre o cenário político mais amplo e esse território singular e vice-versa?

Espera-se que os resultados desta pesquisa possibilitem aos profissionais do CRAS, da ESF e da escola estudada conhecerem as principais variáveis que perpassam suas práticas, permitindo identificar aquelas que impedem um funcionamento mais efetivo das mesmas no que se refere ao alcance dos objetivos de cada uma das instituições, fomentando, quando necessário, novas práticas e novas gestões. E, ainda, realçando aquelas variáveis que se apresentam como pontos fortes das equipes e favoráveis à ação intersetorial e que, inclusive, poderão servir de referência para práticas futuras, até mesmo, para outros territórios.

12 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrucio, F. L. (2007). Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *R de Administração Pública*, edição especial comemorativa, 67-86. Recuperado em 25 janeiro, 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000700005

Adriano, J. R., Werneck, G. A. F., Santos, M. A., & Souza, R. C. (2000). A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 53-62. Recuperado em 25 outubro, 2012, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63050106>

Albagli, S. (2004). Território e territorialidade. In V. Lages, C. Braga & G. Morelli (orgs.). *Territórios em movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva*. (pp. 23-62). Rio de Janeiro: Relume Dumará Editora/Brasília: Sebrae.

Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 9(16), 39-52. Recuperado em 10 maio, 2012, de www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf

Ananias, P. (2007). O SUAS e o caminho da intersectorialidade das políticas. *Caderno de Textos: VI Conferência Nacional de Assistência Social*. (pp. 63-67). Brasília, DF: Conselho Nacional de Assistência Social e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Andrade, L. F., & Romagnoli, R. C. (2010). O psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(3), 604-619.

André, M. E. D. A. (1984). Estudo de caso: seu potencial na educação. *Cadernos de Pesquisa*, (49), 51-54. Recuperado em 25 janeiro, 2011, de <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/528.pdf>

Artmann, E. (2001). Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e aids. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 183-195. Recuperado em 10 maio, 2012, de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232001000100015&script=sci_arttext

Benatti, B. C. G. (2008). *O serviço social e a estratégia saúde da família: potencialidade de uma aproximação*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia e Sociedade*, 17(2), 26-32. Recuperado em 12 maio, 2012, de www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27041.pdf

Campos, C. E. A., & Garcia, J. (2007). Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família. *Revista Katálysis Florianópolis*, 10(1), 95-104. Recuperado em 22 outubro, 2012, de www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a11.pdf

Caregnato, R. C. A. & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto: enfermagem*, 15(4), pp. 679-684. Recuperado em 20 de outubro, 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>.

Ciconello, A. (2008). A participação social como processo de consolidação da democracia no Brasil. In *From poverty to Power: How active citizens and effective states can change the world*. Oxfam International. Recuperado em 10 setembro, 2012, de <http://formacaoredefale.pbworks.com/f/Participacao+Social+como+Processo+de+Consolidacao+C3%A7+C3%A3o+da+Democracia+no+Brasil.pdf>

Ckagnazaroff, I. B., & Mota, N. R. (2003). Considerações sobre a relação entre descentralização e intersetorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. *Economia e Gestão*, 3(6), 23-41. Recuperado em 10 janeiro, 2011, de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/viewArticle/94>

Comerlato, D., Colliselli, L., Kleba, M. E., Matiello, A., & Renk, E. C. (2007). Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. *Katálysis*, 10(2), 265-271. Recuperado em 5 novembro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n2/a15v10n2.pdf>

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. (1978). Recuperado em 13, março, 2012 de <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. (1986). Recuperado em 13 março, 2012, de <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

Conselho Federal de Psicologia (2007). *Referência técnica para a atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Brasília, DF.

Conselho Federal de Psicologia (2010). *Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde*. Brasília, DF.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (2009). Brasília. Recuperado em 12 julho, 2012, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

Cordeiro, E. (1995). Foucault e a existência do discurso. *Cadernos do Noroeste*, 8(1), 179-186. Recuperado em 5 novembro, 2012, de <http://www.bocc.ubi.pt/pag/cordeiro-edmundo-foucaultd.pdf>

Cordeiro, H. (2004). O instituto de medicina social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(2), 343-362. Recuperado em 20 outubro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>

- Costa, R. P. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, 5(8), 107-124. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42050808>
- Cruz, J. M. O. (2009). Práticas psicológicas em centro de referência de assistência social (CRAS). *Psicologia em Foco*, 2(1), 11-27. Recuperado em 10 janeiro, 2011, de http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_073535_ARTIGO2Praticaspsicologics
- Cukierman, H. L. (2011). Abrindo mão da polarização entre o técnico e o social/cultural. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 6(2), 211-219.
- Cury, C. R. J. (2002). A educação básica no Brasil. *Educação e Sociedade*, 23(80), 168-200. Recuperado em 10 janeiro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12929.pdf>
- Cury, C. R. J. (2005). Políticas inclusivas e compensatórias na educação básica. *Cadernos de Pesquisa*, 35(124), 11-32. Recuperado em 5 novembro, 2012, de http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n124/en_a0235124.pdf
- Dagnino, E. (2004). Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In D. Mato (coord.). *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. (pp. 95-110). Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela. Recuperado em 5 novembro, 2012, de 168.96.200.17/ar/libros/venezuela/faces/mato/Dagnino.pdf
- Dalla Vecchia, M. (2012). Trabalho em equipe na atenção primária em saúde: fundamentos histórico-políticos. *Trabalho em equipe na atenção primária à saúde* (pp. 105-120). São Paulo: Cultura Acadêmica.
- Draibe, S. M. (2000). A reforma dos programas sociais brasileiros: panorama e trajetórias. *XXIV Encontro Anual da ANPOCS*, 1-41.
- Eduardo, M. F. (2006). Território, trabalho e poder: por uma geografia relacional. *Campo-Território: revista de geografia agrária*, 1(2), 173-195. Recuperado em 20 setembro, 2012, de <http://www.seer.ufu.br/index.php/campoterritorio/article/view/11790/8295>
- Fagundes, N. C., & Burnham, T. F. (2001). Transdisciplinaridade, multirreferencialidade e currículo. *Revista da Faced*, (5), 39-55. Recuperado em 24 abril, 2012, de <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/1386/1/2013.pdf>
- Fernandes, B. M. (2005). Movimentos socioterritoriais e socioespaciais: contribuição teórica para uma leitura geográfica dos movimentos sociais. *Revista Nera*, 8(6), 14-34. Recuperado em 24 abril, 2012, de <http://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/viewFile/1460/1436>
- Ferreira, I. B. (1999). Assistência social: os limites à efetivação do direito. *Katálisis*, 4, 66-74. Recuperado em 21 março, 2012, de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2928324.pdf
- Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.

Fisher, R. M. B. (2001). Foucault e a análise de discurso em educação. *Cadernos de pesquisa*, 114, pp. 197-223. Recuperado em 20 de outubro, 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a09n114.pdf>.

Freire, P. (1982). Educação: o sonho possível. In C. R. Brandão (org.). *O educador: vida e morte*. (pp. 89-101). Rio de Janeiro: Edições Graal.

Freire, P. (2005). Escola primária para o Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 86 (212), 95-107. Recuperado em 6 junho, 2012, de <http://rbep.inep.gov.br/index.php/RBEP/article/view/78/80>

Freitas (2007). O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. *Revista Katálysis*, 10(1), 65-74. Recuperado em 10 julho, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n1/v10n1a08.pdf>

Frigotto, G. (2008). A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. *Revista do Centro de Educação e Letras da Unioeste*, 10(1), 41-62. Recuperado em 21 março, 2012, de <http://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/4143/3188>

Gaspar, A. E. (2010). *Gestão unificada do sistema único de saúde e do sistema único da assistência social em Pindamonhangaba*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Giacomozzi, C. M., & Lacerda, M. R. (2006). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(4), 645-653. Recuperado em 21 março, 2012, de www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf

Goldani, M. A. (2002). Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 19(1), 29-48. Recuperado em 2 novembro, 2012, de www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol19_n1_2002/vol19_n1_2002_2artigo_29_48.pdf

Gomes, P. C. C. (1997). A dimensão ontológica do território no debate da cidadania: o exemplo canadense. *Revista Território*, 1(2), 43-62. Recuperado em 24 abril, 2012, de www.revistaterritorio.com.br/pdf/02_5_gomes.pdf

Gomes, M. A., & Pereira, M. L. D. (2005). Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2), 357-363. Recuperado em 29 outubro, 2012, de www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf

Gomes, R., Francisco, A. M., Tonhom, S. F. R., Costa, M. C. G., Hamamoto, C. G., Pinheiro, O. L., Moreira, H. M., & Hafner, M. L. M. B. (2009). A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema. *Interface – comunicação, saúde e educação*, 13(28), 71-83.

Graef, A. (2010). Articulação federativa na prestação de serviços sociais no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 61(1), 35-66. Recuperado 10 janeiro, 2011, de <http://www.gespublica.gov.br/projetos-acoess/pasta.2009-07-15.5584002076/Articulacao%20Federativa.pdf/view>

Haesbaert, R. (2005). Da desterritorialização à multiterritorialidade. *Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina*, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 24 abril, 2012, de www.planificacion.geoamerica.org/textos/haesbaert_multi.pdf

Haesbaert, R. (2011). *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. (6a Ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Haesbaert, R., & Limonad, E. (2007). O território em tempos de globalização. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e Outras Coisas*, 1(4), 39-52. Recuperado em 24 abril, 2012, de www.unifal-mg.edu.br/geres/files/territorio%20globalizacao.pdf

Holanda, S. B. (1995). Raízes do Brasil. *O homem cordial*. (26a ed., pp. 139-152). São Paulo: Companhia das Letras.

Inojosa, R. M. (2001). Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos Fundap*, (22), 102-110. Recuperado em 21 março, 2012, de www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf

Junqueira, L. A. P. (1997). Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*, 6(2), 31-46. Recuperado em 11 janeiro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>

Junqueira, L. A. P. (2004). A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 25-36. Recuperado em 11 janeiro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf>

Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 11 janeiro, 2011, de portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf

Lei n. 8742, de 7 de dezembro de 1993 (1993). Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 12 julho, 2012, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm

Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996 (1996). Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm

Lei n. 10172, de 9 de janeiro de 2001 (2001). Aprova o plano nacional de educação e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10172.htm

Lei n. 11274, de 6 de fevereiro de 2006 (2006). Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da

educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. Brasília, DF. Recuperado em 22 outubro, 2012, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11274.htm

Machado, M. F. A. S., Monteiro, S. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342. Recuperado em 11 janeiro, 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>

Magalhães, R., & Bodstein, R. (2009). Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3), 861-868.

Marques, R. M., & Mendes, A. (2003). Atenção básica e programa saúde da família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2), 403-415. Recuperado em 25 outubro, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf>

Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. (pp. 39-64). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO.

Meirelles, B. H. S., & Erdmann, A. L. (2005). A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), 411-418. Recuperado em 13 abril, 2012, de www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a13.pdf

Mello, G. N. (2000). Formação inicial de professores para a educação básica – uma (re)visão radical. *São Paulo em Perspectiva*, 14(1), 98-110. Recuperado em 20 outubro, 2012, de www.scielo.br/pdf/spp/v14n1/9807.pdf

Mendes, R. (2000). *Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiaí e Maceió*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Mendes, R., Bógus, C. M., & Akerman, M. (2004). Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 47-55. Recuperado em 21 março, 2012, de www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/06.pdf

Minayo, M. C. S. (2009). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In S. F. Deslandes, R. Gomes & M. C. S. Minayo (orgs.). *O desafio da pesquisa social*. (28a ed., pp. 9-29). Rio de Janeiro: Vozes.

Minayo, M. C. S. (2009). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In S. F. Deslandes, R. Gomes & M. C. S. Minayo (orgs.). *Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta*. (28a ed., pp. 61-77). Rio de Janeiro: Vozes.

Ministério da Educação. (2004). *Ensino fundamental de nove anos – Orientações gerais*. Brasília, DF: Ministério da Educação.

Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2006). *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2007a). *Caminhos do direito à saúde no Brasil*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2007b). *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2004). *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2005). *Política nacional de assistência social – PNAS/2004. Norma operacional básica – NOB/SUAS*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2008). *CapacitaSuas volume I. SUAS: reconfigurando os eixos de mudança*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2010). *Guia de atuações das instâncias de controle social do programa bolsa família*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2012a). *Orientações técnicas sobre o PAIF. O serviço de proteção e atendimento integral à família – PAIF, segundo a tipificação nacional de serviços socioassistenciais*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2012b). *Orientações técnicas sobre o PAIF. Trabalho social com famílias do serviço de proteção e atendimento integral à família – PAIF*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Monnerat, G. L., & Souza, R. G. (2009). Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *Ser Social*, 12(26), 200-220. Recuperado em 21 março, 2012, de http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewArticle/1023

More, C. L. O. O., Crepaldi, M. A., Queiroz, A. H., Wendt, N. C., & Cardoso, V. S. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1(1), 59-75. Recuperado em 21 março, 2012, de <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/representacoesSociaisPsicologoResidentes.pdf>.

Moreira, M. I. C., Bedran, P. M., & Carellos, S. M. S. D. (2011). A família contemporânea brasileira em contexto de fragilidade social e os novos direitos das crianças: desafios éticos. *Psicologia em Revista*, 17(1), 161-180. Recuperado em 20 outubro, 2012, de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/2292>

Moretti, A. C., Teixeira, F. F., Suss, F. M. B., Lawder, J. A. C., Lima, L. S. M., Bueno, R. E., Moysés, S. J., & Moysés, S. T. (2010). Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 1827-1834. Recuperado em 21 março, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700095&script=sci_arttext

Morin, E. (2007a). *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. (13a ed., 128 pp.). (E. Jacobina, Trad.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. (Obra original publicada em 1921).

Morin, E. (2007b). *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. (12a ed., 119 pp.). (C. E. F. Silva & J. Sawaya, Trad.). São Paulo: Cortez. (Obra original publicada em 1921).

Moroni, J., & Ciconello, A. (2007). A intersetorialidade nas políticas públicas. *Caderno de Textos: VI Conferência Nacional de Assistência Social*. (pp. 79-87). Brasília, DF: Conselho Nacional de Assistência Social e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Moysés, S. J., Moysés, S. T., & Krempel, M. C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 627-641. Recuperado em 2 novembro, 2012, de www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a10v09n3.pdf

Morgado, R. (2008). Escola que protege – uma contribuição à rede de proteção social. *Extensão em Foco*, (1), 25-32. Recuperado em 11 janeiro, 2011, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/extensao/article/view/11750/8290>

Murta, S. G., & Marinho, T. P. C. (2009). A clínica ampliada e as políticas de assistência social: uma experiência com adolescentes no programa de atenção integral à família. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 58-72.

Nascimento, S. (2010). Reflexão sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social e Sociedade*, (101), 95-120. Recuperado em 21 março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n101/06.pdf>

Oliveira, H. M. J. (1999). Controle social e assistência social: o desafio (im)possível. *Katálisis*, (4), 37-50. Recuperado em 21 março, 2012, de <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6251>

Passos, I. C. F., Duarte, M. N., Londe, D. R., & Barroso, L. G. S. (2007). Significação da loucura e modos de convivência social com o louco: estudo de caso na cidade de Barbacena-MG. *Vivência*, (32), 239-258.

Paul, P. (2005). Transdisciplinaridade e antropofomação: sua importância nas pesquisas em saúde. *Saúde e Sociedade*, 14(3), 72-92. Recuperado em 19 março, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300005

Paula, K. A., Palha, P. F., & Protti, S. T. (2004). Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da família do distrito oeste – Ribeirão Preto. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 8(15), 331-348. Recuperado em 21 março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a11v8n15.pdf>

Pereira, M. P. B., & Barcellos, C. (2006). O território no programa de saúde da família. *Hygeia*, 2(2), 47-55. Recuperado em 24 abril, 2012, de <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847>

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2005). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. *Interações*, 10(20), 109-126. Recuperado em 25 janeiro, 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v10n20/v10n20a08.pdf>

Portaria n. 648, 28 de março de 2006 (2006). Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Recuperado em 12 julho, 2012, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>

Projeto de Lei n. 8035, 20 de dezembro de 2010 (2010). Aprova o Plano Nacional de Educação para o decênio 2011-2020, e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 24 outubro, 2012, de http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=831421&filena me=PL+8035/2010

Quinhões, T. A., & Fava, V. M. D. (2010). Intersetorialidade e transversalidade: a estratégia dos programas complementares do bolsa família. *Revista do Serviço Público*, 61(1), 67-96. Recuperado 10 janeiro, 2011, de <http://www.gespublica.gov.br/projetos-aco es/pasta.2009-07-15.5584002076/Articulacao%20Federativa.pdf/view>

Raynaut, C. (2002). Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas ideias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), 43-55. Recuperado em 19 março, 2012, de www.scielo.br/pdf/rbepid/v5s1/06.pdf

Resta, D. G., & Motta, M. G. C. (2005). Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(esp.), 109-115. Recuperado em 21 março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a13v14nspe.pdf>

Ribeiro, E. M. (2004). As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). Recuperado em 21 março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a12.pdf>. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(4), 658-664.

Rosa, E. T. S. (2006). A centralidade da família na política de assistência social. *Anais do 1º Congresso Internacional de Pedagogia Social*, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 10 julho, 2012, de http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100011&lng=en&nrm=abn.

Rosa, W. A. G., & Labate, R. C. (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(6), 1027-1034. Recuperado em 21 março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>

Santana, P. R., Sousa, M. F., Costa, A. A. A., Osório, M. M., & Santana, P. M. A. (2008). As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica dos gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa – Paraíba. *Actas de Saúde Coletiva*, 3(2), 76-87. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/734/743>

Santo, E. E., & Bastos, A. N. A. (2007). Conselho tutelar e inclusão de adolescentes com problemas de adaptação social em Barra do Choça – Bahia. *Inclusão Social*, 2(2), 57-64. Recuperado em 11 janeiro, 2011, de <http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/83/0>

Santos, M. (1999). O dinheiro e o território. *Geografia*, 1(1), 7-13. Recuperado em 19 março, 2012, de www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/download/2/2

Santos, M. (2006). O espaço: sistemas de objetos, sistemas de ação. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. (3a ed., pp. 38-53). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Santos, N. N. (2011). *A intersectorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil: o caso do programa bolsa família no município de Guarulhos*. Dissertação de mestrado, Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, Escola de Administração de Empresa de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Santos, L. L. C. P., & Vieira, L. M. F. (2006). Agora seu filho entra mais cedo na escola: a criança de seis anos no ensino fundamental de nove anos em Minas Gerais. *Educação e Sociedade*, 27(96), 775-796. Recuperado em 20 outubro, 2012, de www.scielo.br/pdf/es/v27n96/a08v2796

Silva, E. I. (1991). O espaço: une/separa/une. *Terra Livre – AGB*, (9), 135-142. Recuperado em 19 março, 2012, de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/bgg/article/view/4402>

Silva, G. T. (2008). Políticas públicas e intersectorialidade: uma discussão sobre a democratização do estado. *Cadernos Metr pole*, 19, 81-97. Recuperado 21 março, 2012, de <http://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/8711>

Silva, K. L., & Rodrigues, A. T. (2010). Ações intersetoriais para a promoção da saúde na estratégia de saúde da família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 762-769. Recuperado em 21 março, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500011&script=sci_arttext

Souza, C. (2004). Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em Perspectiva*, 18(2), 27-41. Recuperado em 21 março, 2012, de www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a04v18n2.pdf

Souza, L. G. S., & Menandro, M. C. S. (2011). Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia nacional. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 517-539. Recuperado em 21 março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a10v21n2.pdf>

Teixeira, O. A. (2004). Interdisciplinaridade: problemas e desafios. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, (1), 57-69. Recuperado em 19 abril, 2012, de www2.capes.gov.br/rbpg/images/stories/downloads/RBPG/Vol.1_1_jul2004_/57_69_interdisciplinaridade_problemas_desafios.pdf

Teixeira, S. M. (2010). Trabalho interdisciplinar no CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza? *Textos e Contextos*, 9(2), 286-297. Recuperado em 14 janeiro, 2011, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7032/0>

Tenório, F. G. (1999). Inovando com democracia, ainda uma utopia. *Novos Cadernos NAEA*, 2(1), 149-162. Recuperado em 24 abril, 2012, de <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/viewArticle/214>

Theodoro, M., & Delgado, G. (2003). Política social: universalização ou focalização – subsídios para o debate. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, (7), 122-126. Recuperado em 19 abril, 2012, de www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ensaio3_Mario7.pdf

Thiesen, J. S. (2008). A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação*, 13(39), 545-598. Recuperado em 24 abril, 2012, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782008000300010&script=sci_arttext

Trzinski, C., Veiverberg, T., Cetolin, S. F., & Pinheiro, E. (2010). CRAS de Saltinho: rumo ao fortalecimento da rede de serviços socioassistenciais. *Textos e Contextos*, 9(2), 298-308. Recuperado em 10 janeiro, 2011, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7670/0>

Tumelero, S. M. (2011). Intersetorialidade na gestão de políticas públicas. *Anais do Seminário Nacional de Sociologia & Política*, Curitiba, PR, Brasil. Recuperado em 21 março, 2012, de http://www.seminariosociologiapolitica.ufpr.br/trabalho_detalhe.php?id=208

Vaitsman, J., Andrade, G. R. B., & Farias, L. O. (2009). Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a constituição de 1988. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3),

731-741. Recuperado em 15 janeiro, 2011, de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n3/09.pdf>

Vanderlei, M. I. G., & Almeida, M. C. P. (2007). A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 443-453. Recuperado em 24 abril, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a21v12n2.pdf>

Vasconcelos, E. M. (1997). Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. *Cadernos do IPUB*, 7, 19-40.

Vasconcelos, E. M. (1999). A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em debate*, 23(53), 6-19.

Vaz, F. T., Musse, J. S., & Santos, R. F. (2008). 20 anos de Constituição Cidadã: avaliação e desafios da seguridade social. In F. T. Vaz, J. S. Musse & R. F. Santos (coord.). *Introdução*. (pp. 11-17). Brasília: Anfip. Recuperado em 5 novembro, 2012, de http://www.anfip.org.br/publicacoes/livros/includes/livros/arqspdfs/Livro_da_20_anos_Constituicao72dpi.pdf

Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista Socerj*, 20(5), 383-386. Recuperado em 25 janeiro, 2011, de http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf

Yamamoto, O. H. (2007). Políticas sociais, terceiro setor e compromisso social: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. *Psicologia e Sociedade*, 19(1), 30-37.

Westphal, M. F. (2000). O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 39-51. Recuperado em 15 julho, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7078.pdf>

Westphal, M. F., & Mendes, R. (2000). Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 47-61. Recuperado em 24 abril, 2012, de <http://www.otics.org/rio/subpav/promocao-da-saude/cpai/CPAI%20-%20Leituras%20interessantes/cidade-saudavel-uma-experiencia-de-interdisciplinaridade-e-intersetorialidade/view>

Wimmer, G. F., & Figueiredo, G. O. (2006). Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(1), 145-154. Recuperado em 12 janeiro, 2011, de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n1/29458.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Roteiro de Entrevista para os Profissionais do CRAS

- 1) Em sua opinião, quais são os objetivos do trabalho do CRAS?
- 2) Você acha que a forma de funcionamento do CRAS atende às necessidades da comunidade?
- 3) Em seu cotidiano de trabalho, o que você percebe como sendo as principais necessidades da comunidade do CRAS?
- 4) Você pode citar um exemplo de alguma necessidade que o CRAS tenha atendido e como foi esse atendimento?
- 5) Você se recorda de alguma situação em que o atendimento feito pelo CRAS contou com a ESF e/ou a escola? Se sim, como foi este apoio?
- 6) De que forma você acredita que a educação e a saúde poderiam ajudar no trabalho do CRAS?
- 7) Em sua opinião, de onde costumam partir as iniciativas de contato com outros setores? Da escola, da ESF ou do CRAS?
- 8) Você se lembra de algo que tenha dificultado estes contatos? E que tenha facilitado?
- 9) Qual a sua opinião sobre as condicionalidades do PBF e sua relação com o trabalho do CRAS?

APÊNDICE 2

Roteiro de Entrevista para os Profissionais da Educação Básica

- 1) Em sua opinião, quais são os objetivos do trabalho da escola?
- 2) Você acha que a forma de funcionamento da escola atende às necessidades da comunidade?
- 3) Em seu cotidiano de trabalho, o que você percebe como sendo as principais necessidades da comunidade da escola?
- 4) Você pode citar um exemplo de alguma necessidade que escola tenha atendido e como foi esse atendimento?
- 5) Você se recorda de alguma situação em que o trabalho feito pela escola contou com a ESF e/ou o CRAS? Se sim, como foi este apoio?
- 6) De que forma você acredita que a assistência social e a saúde poderiam ajudar no trabalho da escola?
- 7) Em sua opinião, de onde costumam partir as iniciativas de contato com outros setores? Da escola, da ESF ou do CRAS?
- 8) Você se lembra de algo que tenha dificultado estes contatos? E que tenha facilitado?
- 9) Qual a sua opinião sobre as condicionalidades do PBF e sua relação com o trabalho da escola?

APÊNDICE 3

Roteiro de Entrevista para os Profissionais da ESF

- 1) Em sua opinião, quais são os objetivos do trabalho da ESF?

- 2) Você acha que a forma de funcionamento da ESF atende às necessidades da comunidade?

- 3) Em seu cotidiano de trabalho, o que você percebe como sendo as principais necessidades da comunidade da ESF?

- 4) Você pode citar um exemplo de alguma necessidade que a ESF tenha atendido e como foi esse atendimento?

- 5) Você se recorda de alguma situação em que o atendimento feito pela ESF contou com a educação e/ou o CRAS? Se sim, como foi este apoio?

- 6) De que forma você acredita que a assistência social e a educação poderiam ajudar no trabalho da ESF?

- 7) Em sua opinião, de onde costumam partir as iniciativas de contato com outros setores? Da escola, da ESF ou do CRAS?

- 8) Você se lembra de algo que tenha dificultado estes contatos? E que tenha facilitado?

- 9) Qual a sua opinião sobre as condicionalidades do PBF e sua relação com o trabalho da ESF?

APÊNDICE 4

Roteiro de Entrevista para a Família

- 1) Como é para você morar aqui?
- 2) Em sua opinião, quais são as principais necessidades da sua comunidade?
- 3) Em seu dia-a-dia, você e sua família participam de algum serviço oferecido na sua comunidade? Da escola, da ESF ou do CRAS?
- 4) Você se lembra de alguma situação que tenha precisado dos serviços do CRAS, da escola ou da ESF? Como foi?
- 5) Como foi que você teve o primeiro contato com esses serviços?
- 6) Em seu cotidiano, além da escola, qual o serviço que você e sua família mais busca? Do CRAS ou da ESF? Por que?
- 7) Você se lembra de alguma situação em que a sua família tenha contado com a ajuda de mais de um desses serviços? Se sim, como foi?
- 8) Para receber o PBF, há alguma exigência que a sua família deva cumprir?

APÊNDICE 5

Questionário Sociodemográfico dos Profissionais

Sexo do entrevistado: () F () M

1) Idade:

2) Há quanto tempo está na instituição?

3) Grau de escolaridade:

4) Cidade de nascimento:

5) Em que bairro mora?

6) Há quanto tempo mora na cidade? E no bairro?

7) Qual é a sua profissão?

8) Onde se formou?

9) Estado civil: () casada/o () solteira/o () outro: _____

APÊNDICE 6

Questionário Sócio demográfico da Família

Sexo do entrevistado: () F () M

1) Idade:

2) Grau de escolaridade:

3) Cidade de nascimento:

4) Em que bairro mora?

5) Há quanto tempo mora na cidade? E no bairro?

6) Qual é a sua profissão?

7) Estado civil: () casada/o () solteira/o () outro: _____

8) Quem são as pessoas de sua família? Moram todos na mesma casa?

9) Qual a idade dos seus familiares?

10) Mora em residência: () própria () alugada () outra _____

11) Qual a renda familiar?

APÊNDICE 7

TERMO DE ESCLARECIMENTO (para a família)

Você está sendo convidado a participar do estudo “Centro de Referência de Assistência Social [CRAS], Estratégia Saúde da Família [ESF] e Educação Básica: como vai a intersetorialidade?”.

Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são investigar como estão sendo construídas as ações intersetoriais, ou seja, as parcerias/diálogos entre o CRAS, a ESF e a educação básica da cidade de Barbacena, dentro de suas áreas abrangência.

E caso você participe, será necessário responder algumas perguntas, com duração de no máximo uma hora, e participar de observações em seu cotidiano durante a sua ida até o CRAS, a ESF e a escola em que a família é atendida.

Não há riscos ou desconfortos no estudo: está sendo informado de que não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Todas as informações coletadas serão arquivadas em local de acesso restrito da equipe de pesquisa para que não haja o vazamento de dados.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o
(nome do voluntário)

esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu atendimento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Barbacena/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador: _____

APÊNDICE 8

TERMO DE ESCLARECIMENTO (para os profissionais)

Você está sendo convidado a participar do estudo “Centro de Referência de Assistência Social [CRAS], Estratégia Saúde da Família [ESF] e Educação Básica: como vai a intersetorialidade?”.

Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são investigar como estão sendo construídas as ações intersetoriais, ou seja, as parcerias/diálogos entre o CRAS, a ESF e a educação básica da cidade de Barbacena, dentro de suas áreas abrangência.

E caso você participe, será necessário responder algumas perguntas, com duração de no máximo uma hora, e participar de observações em seu cotidiano na instituição em que trabalha.

Não há riscos ou desconfortos no estudo: está sendo informado de que não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu trabalho. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número. Todas as informações coletadas serão arquivadas em local de acesso restrito da equipe de pesquisa para que não haja o vazamento de dados.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o

(nome do voluntário)

esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Barbacena/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador: _____

APÊNDICE 9

Caracterizando os contextos de pesquisa:

A cidade de Barbacena

O trabalho de campo foi realizado em um CRAS, uma ESF e uma escola básica da cidade de Barbacena. No site do IBGE⁵⁶, tendo como fonte a *Enciclopédia dos Municípios Brasileiros*, volume XXIV de 1858, consta uma descrição da história da presente cidade.

De acordo com este material, Barbacena tem sua origem referenciada a uma aldeia indígena do tipo Puris, pertencente ao grupo Tupi, e que teve seu fim no decorrer do século XVIII. Além desses, os primeiros habitantes da região foram paulistas e portugueses que se dedicaram às atividades de mineração, lavoura e pecuária. De 1971, data a criação da Vila de Barbacena e de 1840, pela lei provincial nº 163, a elevação ao título de cidade. O município se encontra integrado por doze distritos, sendo eles: Colônia Rodrigo Silva, Correia de Almeida, Costas da Mantiqueira, Faria, Padre Brito, Galego, Mantiqueira do Palmital, Senhora das Dores, Pinheiro Grosso, Ponte do Cosme, Ponto Chique do Martelo e São Sebastião dos Torres.

Barbacena, ao longo de sua história, ficou conhecida, até mesmo a âmbito nacional, como sendo a “Cidade dos Loucos”. Aliás, segundo Passos, Duarte, Londe e Barroso (2007), Barbacena [...] *tem importância capital na história da psiquiatria no Brasil e, particularmente, em Minas Gerais* [...] (p. 240). Isso porque, de acordo com as autoras, o município acumulou de forma crescente instituições psiquiátricas no decorrer do século XX.

Porém, Barbacena também é reconhecida como sendo a “Cidade das Rosas”. O município que se encontra situado na Serra da Mantiqueira e com seus 1.160 metros de altitude, atraiu em 1948 imigrantes italianos e alemães. Esses povos representavam, de acordo com o site da Secretaria Municipal de Governo, Coordenação Política e Gestão Estratégica⁵⁷,

⁵⁶ <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/barbacena.pdf>

⁵⁷ As informações presentes neste parágrafo e nas duas citações que o acompanha, foram retiradas do site da prefeitura municipal de Barbacena, acesso em 05 de abril de 2013, no seguinte endereço: <http://www.barbacena.mg.gov.br/cidade/pag.php?cod=historia>.

[...] a esperança de superar as tristes lembranças da guerra e, quem sabe, construir um futuro melhor. Na bagagem, além de esperanças, trouxeram as primeiras mudas de flores e rosas que, mais tarde, dariam a cidade, distante de 170 km de Belo Horizonte, o título de Cidade das Rosas.

Vislumbrando novas oportunidades de negócios, em 1967 a região alcançou o número de 97 produtores de rosas que, unidos, formaram a primeira cooperativa de produtores da região. A união foi suficiente para garantir, entre as décadas de 70 e 80, uma produção expressiva, que possibilitou, inclusive, o fechamento de grandes contratos de exportação. Entretanto, faltava aos produtores maior capacidade técnica, gerencial e comercial. Por conta disso, a partir dos anos 90, os produtores entraram em crise e a cidade assistiu, atônica, o declínio da produção. Mas alguns produtores persistiram na atividade e jamais abandonaram a ideia de transformar Barbacena no mais importante polo brasileiro de Floricultura. Era necessário, contudo, garantir acesso a novas tecnologias e incentivos para que o setor pudesse retomar o espaço perdido no mercado nacional e internacional. Em 1999, os produtores novamente decidiram criar a Associação Barbacense de Rosas e Flores - Abarflores, responsável por liderar, a partir de então, a melhoria técnica e gerencial do setor.

De forma geral, sobre as suas condições mais contemporâneas, o Censo de 2010⁵⁸ contabilizou um total de 126.284 habitantes no município, em uma área equivalente a 759 km², sendo que, 66.122 pessoas eram do sexo feminino. Em 2000, a cidade possuía 114.126 habitantes, ou seja, em dez anos percebe-se que a população cresceu em uma proporção superior a doze mil pessoas. A distribuição dessa população, conforme a faixa etária, se encontrou mais concentrada nos seguintes intervalos: de 15 a 24 anos de idade = 17%; de 25 e 39 = 23,4% e de 40 a 59 = 26,7% .

Sobre o campo da educação em Barbacena, é observado no Censo de 2010 que a maior parte das instituições escolares era do nível fundamental, correspondendo a 45,1 %. Os demais níveis estavam distribuídos entre 41,4% de pré-escolas e 13,5% de ensino médio. Em relação a instituições de ensino superior, existem quatro na cidade, segundo o site da Secretaria Municipal de Governo, Coordenação Política e Gestão Estratégica.

E, no que se refere ao número de discentes, segundo as informações do IBGE, teve-se: 18.061 pessoas matriculadas no fundamental; 2.555 na pré-escola e 6.199 no ensino médio. Dentro do território do CRAS pesquisado (referente a quinze bairros), especificamente, existem oito escolas (sendo, quatro municipais e quatro estaduais). Na área de cobertura do outro CRAS existente na cidade (adstrito a onze bairros), tem-se ao todo quatro escolas (correspondendo a três do município e uma do estado). De acordo com as informações disponíveis no site da Secretaria Municipal de Governo, Coordenação

⁵⁸ As informações sobre o Censo de 2010 podem ser encontradas nos relatórios do IBGE, disponíveis no seguinte endereço eletrônico: www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Com acesso em 05 de abril de 2013.

Política e Gestão Estratégica, há, ao todo, trinta e quatro escolas municipais e dezesseis estaduais na cidade.

No setor saúde, o Censo de 2010 aponta que as instituições se encontraram distribuídas entre as instâncias pública municipal (34,8%), estadual (3,4%) e privada (61,8% - com fins lucrativos, sem fins lucrativos ou conveniada ao SUS). Portanto, os dados indicam que a maioria expressiva dos serviços estava presente no âmbito particular, seguido da cota referente ao município. Ao contrário, no nível do estado mineiro e do Brasil a proporção tende a ser maior de instituições municipais (respectivamente, 56,9% e 52,9%) seguidas pelo setor privado (42% e 44,7%). No que tange a atenção primária, no território de abrangência do CRAS selecionado, consta um total de oito UBS e no outro, apenas três. Com isso, Barbacena acumula dois CRAS e, na área de cobertura destes, doze escolas (entre municipais e estaduais), como visto acima, e onze UBS.

Com base nesses dados censitários, havia no município 111.699 pessoas alfabetizadas e 5.492 que não sabem ler e escrever, de forma que, deste valor, 17,5% (2810 indivíduos) eram referentes aos moradores com 60 anos ou mais de idade. A renda média *per capita* por domicílio foi verificada como sendo equivalente a R\$ 510,00 nas residências urbanas e de R\$ 326,00 no meio rural. Aliás, deve-se destacar que 91,5% da população barbacenense encontrava-se fixada na área urbana e é interessante observar ainda que ao todo existiam 39.566 unidades domésticas, sendo que em 73,5% o homem era o único responsável. Dessas organizações familiares, aquelas que eram constituídas pelo casal e pelos filhos corresponderam a 60%.

Finalmente, ainda dentro da dimensão relativa à organização familiar, o Censo de 2010 permitiu verificar que a maior parte das famílias urbanas barbacenenses era composta por apenas duas pessoas – 10.922 – seguidas por aquelas que tinham três membros – 10.653. Quanto às condições de saneamento, 90,3% das moradias urbanas o apresentaram em condições adequadas, ou seja, a maioria expressiva dos domicílios foi identificada como sendo atendida corretamente quanto a este aspecto.

O CRAS

Como já foi dito, a cidade possui dois CRAS e há a expectativa de abertura de uma terceira instituição. O serviço selecionado para este estudo se responsabiliza por quinze bairros, porém quando há demandas que se encontram fora dos territórios dos dois CRAS, um deles deve acolhê-la. A instituição pesquisada será neste estudo referida pelo nome

fictício de CRAS Cidade das Rosas e as descrições que serão feitas acerca de seu funcionamento estão baseadas no planejamento/relatório fornecido pelo próprio serviço e nos registros dos diários de campo.

O CRAS Cidade das Rosas passou, durante o primeiro trimestre de 2013, por um momento de redefinição da equipe e da organização do seu processo de trabalho. Grande parte dos profissionais foi demitida com a transição de governo na prefeitura, pois apenas dois deles (psicólogo e assistente social) eram efetivos. Então, durante este intervalo, ele permaneceu fechado.

Nesse período de fechamento, o CRAS passou por uma reforma de seu espaço físico. Uma sala maior, por exemplo, foi dividida em salas menores para a realização dos trabalhos de serviço social e psicologia. Outra, também com bom espaço, trocou o tipo de piso para que pudessem ser colocados tatames para as oficinas de capoeira. O banheiro também foi reformado e outras salas ganharam novo revestimento no chão. Além destas reformas e da redefinição dos ambientes, o serviço ainda ganhou uma nova pintura. Infelizmente, a quadra de esportes não pôde ser reformada, já que precisa ser pintada e realizado o recapeamento do piso. De acordo com um profissional da equipe, essa será uma investida posterior, pois irá requerer mais recurso.

Diante dessa situação de paralisação e da equipe totalmente defasada, o que impedia o seu funcionamento, a prefeitura garantiu a entrada de novos membros para que a reabertura da instituição pudesse ocorrer em abril de 2013. O CRAS ganhou mais um psicólogo e mais um assistente social, esperando que, com isso, ele possa atuar conforme aquilo que é proposto no PAIF, com uma conseqüente aproximação da comunidade e das suas demandas. Para tanto, foi construído pela coordenação um planejamento/relatório das ações tendo por referência o PAIF, o que foi aprovado pela sua respectiva secretaria – a SECOPS. Inclusive, na reunião que a coordenação teve com o secretário, apresentou-se este documento e justificou-se a requisição dos recursos humanos e materiais que foram, então, disponibilizados.

Com a equipe reforçada, a proposta é de que se acolham tanto as demandas que já são encontradas dentro da instituição, por parte daqueles usuários que a procuram, quanto aquelas que ainda não tenham chegado até lá e, assim, as traga para dentro do seu espaço. Quando se tem um número restrito de funcionários e dificuldades de deslocamento (por exemplo, ausência de carro), acabam-se tendo dificuldades para sair do interior do serviço e acolher essas outras demandas, o que até então foi um dos pontos críticos que o

planejamento/relatório indicou como empecilho para a concretização de ações como as de busca ativa e as de visitas domiciliares.

A equipe que compõe o CRAS Cidade das Rosas conta com: uma cozinheira (tendo em vista que há o oferecimento de lanches para as crianças que participam de oficinas), dois auxiliares de serviço geral, um auxiliar administrativo, um assistente social (perfazendo um total de dois profissionais, já que a instituição contava com um), um psicólogo (já que o outro que compunha a equipe assumiu outro cargo dentro do serviço), dois monitores de artes e um para atividades com crianças de 0 a 6 anos. Além desses, há o compartilhamento de outros funcionários com o outro CRAS da cidade, sendo eles: um professor de capoeira, um educador físico, um monitor de música e duas nutricionistas. Portanto, os dois CRAS ganharam um reforço em seus recursos humanos, mas mesmo assim, há o desejo de se poder contar com os trabalhos de dois outros profissionais: um monitor de dança e um monitor de teatro, os quais ainda não foram disponibilizados.

Somado a esse reforço da equipe, a instituição também passou a contar com um carro (compartilhado com o outro CRAS e com o CREAS) para viabilizar as visitas domiciliares e a busca ativa, as quais, de acordo com o planejamento/relatório, se mostram como ações que precisam ser mais contempladas para a efetivação do PAIF e que até então, no decorrer do ano de 2012, se constituíram como um desafio para a instituição.

É preciso destacar que os cargos de coordenação foram ocupados nas duas instituições por profissionais que já compunham a equipe no ano de 2012 e que são efetivos na prefeitura municipal. Essa característica de serem pessoas concursadas e que, portanto, têm estabilidade por serem efetivadas, é interessante por permitir a continuidade das ações no CRAS. Assim, as iniciativas e os planejamentos que vêm sendo construídos por esses coordenadores partem do conhecimento que eles já tinham dos acontecimentos e das dificuldades apresentadas na instituição durante a gestão anterior. Além disso, a probabilidade de que sejam substituídos numa futura eleição municipal é menor comparada aos profissionais que são apenas contratados e que, por isso, ficam mais vulneráveis.

Quanto ao funcionamento do CRAS Cidade das Rosas, no ano de 2012, eram realizadas as atividades de acolhida, através das quais as famílias eram recebidas na instituição, cadastradas nos seus serviços e encaminhadas para os atendimentos internos e os da rede. Isso era realizado pelo psicólogo, assistente social e um auxiliar administrativo. Ao todo, tomando como referência o mês de dezembro do mesmo ano, haviam 817 famílias cadastradas, sendo uma média de quinze famílias cadastradas por mês.

A visita domiciliar era realizada pelos técnicos de referência, porém com dificuldades. A equipe não tinha um carro exclusivo e este era disponibilizado uma vez por semana, sendo que, às vezes, esse agendamento não funcionava e a instituição, inclusive, chegou a ficar sem carro por mais de dois meses. Nesse sentido, foi requisitado um motorista pelo menos uma vez por semana que tenha um agendamento fixo para lhe atender. Da mesma forma, ocorreu com a busca ativa, que era realizada com dificuldades em função da carência de carro para o deslocamento dos profissionais.

O acompanhamento prioritário de famílias em descumprimento de condicionalidades do PBF não era realizado, isso porque havia a dificuldade de gerar essa lista e a falta de profissionais para fazê-lo. Portanto, estes acompanhamentos eram no máximo pontuais e sob demanda, nunca de forma pró-ativa e planejada. Além da carência de recursos humanos, o problema do carro também teve suas implicações nessa atividade.

As oficinas e os grupos de convivência com famílias eram realizados, sendo eles: grupo de mulheres, ginástica (em parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família [NASF]), oficina de artesanato para adultos e para idosos, recreação, oficina de música (violão e flauta), oficina de ballet (parceria TIM Arte Educação)⁵⁹ e banda musical (parceria com uma instituição municipal de educação). A média mensal era de 205 pessoas participantes, com 420 presenças, sendo que: crianças até 6 anos = zero, de 6 a 15 anos = oitenta, de 15 a 17 anos = zero, idosos = quarenta, pessoas com deficiência = zero e adultos = oitenta e cinco.

Quanto ao acompanhamento prioritário das famílias com BPC e com benefícios eventuais⁶⁰, este também não era feito. A explicação para isso também se deve a dificuldade de gerar a lista de beneficiários e a carência de profissionais para executar. Os atendimentos também eram pontuais e sob a forma de demandas, não de maneira pró-ativa e planejada.

A articulação e a gestão territorial (com o acompanhamento e a assessoria às entidades socioassistenciais) eram feitas, contando-se com mais de trinta instituições na sua área de abrangência. Em 2012, foram realizadas mais de cinquenta ações (reuniões, discussão e acompanhamento de casos junto à rede). Isso era realizado pelos profissionais

⁵⁹ Este programa foi vinculado à TIM no ano de 2001 e é amparado na Lei Estadual de Incentivo à Cultura. Entre os seus objetivos, está o estímulo à articulação intersetorial entre os setores da cultura, da educação e da ação social (arteducacao.art.br/scripts/site/index.php?area=programa, acesso em 09 de maio de 2013).

⁶⁰ Como o próprio nome sugere, trata-se de um benefício de prestação temporária em função da ocorrência de alguma situação emergencial ou transitória, por exemplo: nascimento, morte e calamidade pública (<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/beneficioeventuais>, acesso em 07 de abril de 2013).

de referência, juntamente com os funcionários das outras instituições parceiras, sendo que as demandas para essas reuniões eram tanto do CRAS quanto desses outros serviços (NASF, escolas, Centro de Atenção Psicossocial [CAPS] etc.). Por meio desses encontros, tinha-se a discussão de casos em comum, por exemplo, entre o CRAS e o CAPS, e das possíveis ações a serem estabelecidas em parceria, ou seja, podia-se definir como cada instituição poderia intervir naquele mesmo caso. Com isso, tinha-se um mesmo objeto de intervenção e mais de uma abordagem sobre o mesmo.

A orientação e o encaminhamento para a inserção no BPC eram feitos, principalmente, pela área de serviço social, no entanto, em conformidade com a demanda. O encaminhamento das famílias para a inserção no cadastro único também era realizado, sendo feito no próprio CRAS a inclusão e suas atualizações, como também do PBF e de outros programas como, o Minha Casa Minha Vida e o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego [PRONATEC]. Em 2012, foram realizadas, em média, 290 ações de cadastramento e recadastramento por mês.

Em contrapartida, nenhuma atividade com vistas à proteção social básica em domicílio para pessoas com deficiência e idosos era realizada. Com base nos dados sintetizados no planejamento/relatório apresentado à SECOPS, nenhuma atividade era feita nas residências dos usuários, com exceção das visitas domiciliares. Isso se deve a já conhecida carência de profissionais e de carro.

Portanto, todas essas informações sobre o que se fazia no CRAS até o ano de 2012 e suas respectivas justificativas, encontram-se presentes no relatório/planejamento apresentado à prefeitura, no qual se concluiu que o CRAS não atendia de forma ampla ao que era requisitado pelo PAIF. Na tentativa de reverter esse quadro, foram propostas as seguintes atividades:

Para crianças de 0 a 6 anos – dois grupos com até doze crianças e duas vezes por semana. Profissional com formação em pedagogia e experiência em educação infantil

De 6 a 17 anos (recreação) – dois grupos com até vinte e cinco pessoas e duas vezes por semana. Profissional com formação em educação física.

De 6 a 17 anos (artes marciais – capoeira e Taekwondo) – dois grupos com até vinte pessoas e duas vezes por semana. Profissional em educação física ou habilitado para artes marciais.

De 6 a 17anos (música) – dois grupos com até doze pessoas e duas vezes por semana.

De 6 a 17 anos (teatro) – dois grupos com até quinze pessoas e duas vezes por semana.

De 6 a 17 anos (ballet) – um grupo com até vinte e duas pessoas e duas vezes por semana.
Parceria com TIM Arte Educação.

De 6 a 17 anos (banda musical) – dois grupos com até dez pessoas e duas vezes por semana.

Adultos e adolescentes (orientação profissional) – dois grupos com até vinte pessoas e uma vez por semana.

Adulto (artesanato) – um grupo com até vinte pessoas e duas vezes por semana.

Idoso (artesanato) – um grupo com até vinte pessoas e duas vezes por semana.

Adulto e idoso (dança) – dois grupos com até vinte pessoas e duas vezes por semana.

Adulto e idoso (alimentação saudável) – um grupo com até vinte pessoas e uma vez por semana.

Adulto e idoso (grupo sobre direitos “Vivendo e aprendendo”) – um grupo com até trinta pessoas e uma vez por semana.

Adulto e idoso (ginástica) – dois grupos com até vinte pessoas e duas vezes por semana.
Realizado a partir de parceria com profissional de educação física do NASF.

Portanto, o planejamento/relatório previa ao todo quatorze temas, com um total de vinte e três grupos. Isso resultaria na participação de 250 crianças/adolescentes atendidos semanalmente e 170 adultos/idosos, perfazendo um número equivalente a 420 pessoas atendidas semanalmente.

Sobre as dificuldades e as limitações enfrentadas pelo CRAS há ainda outro ponto identificado no planejamento/relatório: a proposta do ano de 2012 de reuniões com a rede

não se manteve, sendo realizadas reuniões mais pontuais para a discussão de casos com a educação e a saúde, mas não com toda a rede. A coordenação percebia a necessidade de se retomar as discussões entre estes serviços, para depois realizá-las com toda a rede. Isso, inclusive, consta entre as atribuições dos técnicos de referência – fomentar o diálogo. A preocupação é de que esta instituição possa estar estruturada e funcionando bem para, a partir daí, poder buscar as parcerias. Ou seja, é preciso fortalecer-se setorialmente para que haja o êxito no âmbito intersetorial.

Durante as visitas de campo foi possível perceber que esse momento que a equipe do CRAS passou no início de 2013 foi, sem dúvida, desafiador, mas havia a expectativa de que com a reabertura ele pudesse funcionar de forma mais compatível com o seu papel, ou seja, com aquilo que é demandado pelo PAIF e pela gestão da proteção social básica. Durante o seu fechamento, a comunidade continuou a procurar pelos serviços e, aos poucos, conseguiu entender que essa interrupção das atividades era apenas transitória.

A aquisição da nova equipe e o grande momento da reabertura do CRAS

Para a reabertura do serviço, os novos profissionais contratados passaram por um processo de treinamento/qualificação que teve a duração de dois dias, de oito horas da manhã às dezessete horas da tarde. No evento, estavam presentes os coordenadores dos dois CRAS e os profissionais que já integravam as equipes, os novatos contratados e outros em expectativa de contratação, além da participação de gestores da secretaria a que pertencem as instituições.

Entre os objetivos do treinamento, constaram: dar boas vindas à equipe e introdução ao SUAS; definição do CRAS em termos de papéis e de funções (o que é, a sua constituição e os seus objetivos) e, especialmente, tratar das duas instituições presentes na cidade; a identificação dos serviços da SECOPS (como o CREAS, o PBF, o Minha Casa Minha Vida, o PRONATEC, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Adolescentes e Jovens [PROJOVEM], a Casa de Acolhimento e o Conselho Tutelar) e a apresentação do método de trabalho das oficinas e dos grupos – discutindo sobre a elaboração de projetos, atuação dos técnicos de referência, bem como dos demais profissionais, e a escala de trabalho.

Dentro desses anseios, as discussões foram esclarecedoras para os participantes e acredita-se que vale aqui apresentar algumas delas. O SUAS, por exemplo, foi apresentado como algo que surgiu depois do SUS e que ainda está se consolidando. A partir disso, fez-

se uma apresentação sobre as mudanças no campo da assistência social decorrentes do momento da Constituição de 1988, mencionando a mudança da concepção de pobreza como uma culpa de caráter individual ou de natureza divina, para uma abordagem que leva em conta a determinação social. Foi tratado sobre o caráter de favor e de ajuda das ações assistenciais, através das quais se criava um ciclo de dependência dos usuários. Apesar disso, falou-se sobre a dificuldade de se efetivar essa nova forma de pensar a assistência social enquanto direito, havendo pessoas que ainda continuam a associar este campo com o caráter de caridade. Ao contrário, os coordenadores mencionaram que essa noção de direito estaria melhor consolidada no campo da saúde e da educação.

Houve, também, uma discussão sobre a seguridade social (composta pela saúde, previdência e assistência social), com a diferenciação entre a ideia de seguro (de caráter contributivo) e a de seguridade (direito garantido independente de se pagar previamente pelos serviços). Dentro disso, o CRAS foi apresentado como direito que é garantido para todos aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade e que isto não quer dizer que ele seja apenas para os ‘pobres’. Foi importante esse esclarecimento, o que deixou clara a abertura da instituição para todos aqueles que estejam vulneráveis, indiferentemente de suas condições financeiras.

Finalmente, outro marco a ser destacado dos debates, se refere às questões sobre à intersectorialidade e à interdisciplinaridade que foram apresentadas durante o evento, sobretudo por meio de uma dinâmica de grupo⁶¹ logo no início dos trabalhos. Nesta técnica, discutiu-se a necessidade do trabalho em rede, onde cada um na equipe segure a ‘ponta’ no seu trabalho e não simplesmente jogue a responsabilidade para frente. Mas, como pode ser essa rede no trabalho? Falou-se, então, sobre o fato desta articulação poder ser frouxa ou justa e que o que se espera é que as pessoas se façam mais próximas entre si, onde cada um faça bem as suas atribuições. Com isso, apresentou-se a expectativa de um trabalho de corresponsabilidade entre os profissionais, ou seja, uma atuação em rede a partir da sua própria equipe e com os outros serviços do seu território. Portanto, a técnica contemplou tanto a ideia de interdisciplinaridade no CRAS quanto de intersectorialidade no território.

A reabertura do CRAS Cidade das Rosas se deu logo em seguida à realização do treinamento, com o agendamento da primeira reunião na própria instituição e com todos os

⁶¹ Foi utilizada a técnica do barbante envolvendo todos os presentes. O coordenador de um dos CRAS solicitou que cada pessoa segurasse a ponta do barbante, se apresentasse e, em seguida, jogasse o rolo para outro participante, o qual repetiria os mesmos procedimentos. Assim, seguiu-se a atividade, formando uma grande teia.

membros da equipe. Ao chegar, já foi possível perceber as diferenças no ambiente: a cozinha e todo o vasilhame sendo limpos; a reforma das salas em processo adiantado, já podendo em breve estar disponíveis para os atendimentos; os profissionais já presentes na instituição para dar início aos trabalhos, definindo o cronograma e o início propriamente dito das atividades. Era possível perceber que as pessoas estavam motivadas para o trabalho e que pouco a pouco o serviço caminhava para a retomada de sua rotina. Na visita inicial, duas semanas antes, quando ainda estava fechado, o ambiente estava em pleno silêncio e apenas com movimentos de reforma, mas nesse dia já se via outro tipo de barulho – a dos próprios funcionários – e novas perspectivas, ou seja, via-se vida novamente no seu interior.

A instituição é composta pelos seguintes ambientes: um salão central em que podem ser realizados eventos com um número maior de pessoas (capacidade de até oitenta pessoas sentadas), nesta área há um painel temático que, geralmente, é decorado conforme a data comemorativa, por exemplo, dia das mães, e um quadro destinado a divulgar um jornal informativo mensal do serviço e outro para exposição de fotos de eventos realizados no local; uma sala para as oficinas de artesanato; uma para a oficina de música; a da coordenação; a da brinquedoteca; a sala para os grupos de ginástica e atividades físicas; dois banheiros (masculino e feminino); um local de arquivos com armários e computador; recepção com banheiro; uma sala que foi dividida em três para abrigar duas assistentes sociais e uma psicóloga; uma quadra na área externa ao lado direito do CRAS e em volta desta uma pequena porção de terra onde se pretende futuramente construir uma horta.

Em cada sala da instituição se pretende manter fixado os direitos dos usuários e uma grade de horários das atividades que serão realizadas nela e, além da sua rotina, o CRAS deverá receber todos os treinamentos do MDS que forem desenvolvidos em Barbacena e na região. As salas (ao todo quatro) em que acontecem as atividades de grupo, como as de artesanato e de capoeira, têm aproximadamente quarenta metros quadrado cada uma e com capacidade para receberem até trinta pessoas.

Sobre o funcionamento do CRAS, este é de onze horas por dia, sendo que o horário de trabalho de cada profissional é acordado com o coordenador, conforme a demanda dos serviços e as preferências pessoais. Neste sentido, há flexibilidade para a forma como se dará o cumprimento das quarenta horas semanais.

Os profissionais de serviço social trabalham em horários alternados, mas em pelo menos um dia têm horário em comum para a discussão de casos e para a realização de visitas em conjunto. Na parte de educação física, os dois funcionários se organizam de

forma a contemplar os dois CRAS da cidade, ficando parte da semana em um e o restante no outro. Uma monitora, que já compunha a equipe no ano anterior e que também será compartilhada, se organiza desta mesma forma.

Os técnicos de referência, psicologia e serviço social, se comprometem na realização de algumas atividades em comum, como: o acolhimento e a escuta dos usuários que procuraram o CRAS; a visita domiciliar; a gestão territorial no que tange a busca ativa e a articulação com outros serviços socioassistenciais; o estudo e o acompanhamento psicossocial⁶² e; a inserção de pessoas em programas sociais. Além disso, são reservadas à psicologia a condução de psicoterapia breve⁶³ e a supervisão técnica dos grupos e das oficinas⁶⁴. O serviço social, particularmente, se dedica ao acompanhamento das famílias em descumprimento das condicionalidades do PBF; à articulação da rede (a terceira dimensão que integra a gestão territorial), com o agendamento de reuniões com os serviços; e ao atendimento domiciliar de idosos e de deficientes.

Para contemplar todas essas atribuições dos técnicos de referência, o cronograma da instituição está organizado da seguinte forma: realização de visitas domiciliares duas vezes por semana pelo serviço social e psicologia, uma reunião semanal entre os técnicos para a discussão de casos e uma mensal com toda a equipe. Esta agenda traz a preocupação com a construção de uma gestão territorial, através, por exemplo, da retomada das discussões de casos dentro da equipe e com os outros serviços, devendo estes encontros ser liderados pelos técnicos de referência, além das visitas intersetoriais. Neste sentido, a segunda-feira é reservada para as articulações do CRAS com a sua rede, realizada por um dos profissionais de serviço social, e a terça-feira para os contatos com as instituições do PROJovem, contando para isso com o outro técnico de serviço social e a psicologia.

⁶² O estudo psicossocial é uma ação conjunta do serviço social com a psicologia, através do qual, em visitas domiciliares, podem-se abordar as questões sociais mais amplas de um sujeito ou de uma família (por exemplo, as condições de moradia, renda, alimentação, trabalho, acesso aos serviços e aos direitos socioassistenciais, situações relativas a benefícios como o PBF etc.) e, além disso, focar a dimensão psicológica, especificamente (explorando as condições de vida sob o prisma emocional, investigando as situações de transtornos psíquicos, dependência química, conflitos familiares e comunitários, os vínculos, etc.).

⁶³ Quando se diz psicoterapia breve, a equipe do CRAS está se referindo ao processo de acolhimento, de escuta psicológica, bem como as orientações pontuais (que podem ocorrer num único encontro) e os encaminhamentos necessários que uma dada demanda requeira. Não significa a condução de psicoterapias individuais por várias sessões.

⁶⁴ Apoiando-se no referencial teórico-metodológico das Oficinas em Dinâmica de Grupo, proposto por Maria Lúcia Miranda Afonso, e do Grupo Operativo, de Pichón-Riviére, o profissional de psicologia presta supervisão aos monitores, de modo a auxiliá-los no manejo de questões subjetivas que emergem nos grupos, bem como dos processos vividos por eles, tendo em vista a efetivação do fortalecimento de vínculos familiares/comunitários.

Durante a reabertura da instituição ficou destacada a necessidade de se pensar em estratégias de busca ativa e de divulgação dos seus trabalhos na comunidade e em outros serviços. Sobre a difusão das suas atividades e do retorno do seu funcionamento, recorreu-se à entrega de panfletos aos moradores do território, aos estabelecimentos comerciais, à paróquia, às escolas e aos postos de saúde, além da propaganda em internet e em rádio. Esse investimento resultou numa grande procura da comunidade e numa taxa expressiva de matrículas para as oficinas.

Em função disso, a coordenação do CRAS avaliou como positiva e bastante produtiva a divulgação e o contato com as instituições, o que repercutiu em 340 matrículas para as oficinas, enquanto que o planejamento inicial era de 270, além do cadastramento de 146 novas famílias. A inscrição dos cursos iniciou-se na segunda semana da reabertura e a perspectiva era de que fosse até ao final da mesma, porém antes disso alguns deles (como de corte e costura, ginástica e grupo de nutrição) já haviam se esgotado.

No decorrer do primeiro mês de funcionamento (abril/2013) o número de matrículas ainda cresceu mais, chegando a 401 usuários (212 crianças/adolescentes e 189 adultos/idosos) e com um total de 971 famílias cadastradas. Considerando que cada pessoa pode se inscrever em no máximo duas atividades do CRAS e deve frequentar a instituição pelo menos dois dias da semana por curso realizado (pois, cada um ocorre em média duas vezes), isso resulta num montante de mais de 1500 presenças por semana. Com relação a esse período de funcionamento, deve-se também mencionar que foram realizados 250 atendimentos pelos técnicos de referência (por exemplo, as atividades de acolhimento), 51 visitas domiciliares (como aquelas demandadas por ordem judicial e para o diagnóstico das famílias em descumprimento com o PBF) e 353 atendimentos para esclarecimentos dos usuários acerca do PBF, PRONATEC, Cadastro Único, busca de serviços para migrantes e do funcionamento em geral do CRAS. Essas informações se referem àquelas prestadas na recepção da instituição pela profissional que desempenha a função de auxiliar administrativo.

Sobre a matrícula em atividades do CRAS, a pessoa, ao chegar à instituição, é acolhida primeiro na recepção e é verificado se a família já tem cadastro. No caso de ter, ela já realiza ali mesmo a inscrição no curso de interesse. No caso de não ser cadastrada, ela faz a matrícula e é encaminhada para um técnico de referência para a realização do cadastramento. Com o técnico é preenchida a ficha de cadastro que contém informações sobre os membros da família; renda; condições de moradia; gastos com alimentação, água, saúde etc.; escolaridade de cada membro, idade, problemas de saúde etc.; endereço e

telefone de contato; se recebe algum benefício; se possuem todos os documentos pessoais; se há gestante; entre outros dados. É verificado também se a procura pelo serviço se deve a encaminhamento ou, então, como ficou sabendo das atividades que, por exemplo, pode ser por meio de vizinhos ou amigos.

Percebeu-se que o cadastro permite o acesso a diferentes âmbitos da vida familiar, contendo dados que são transversais e que conduzem ao conhecimento quanto ao acesso do usuário aos outros serviços. De fato, ele contempla a vida familiar desde as suas condições de moradia até as suas condições de saúde, por exemplo. Ao final do cadastramento, é informado ao usuário quanto ao sigilo das informações, sendo estas de acesso exclusivo da equipe do CRAS. Em uma oportunidade, pôde-se presenciar esse cadastramento que, além de tudo isso, também envolveu o esclarecimento de uma pessoa quanto ao papel desta instituição junto às famílias em vulnerabilidade, sua contribuição na elevação da autoestima e o foco no fortalecimento de vínculos. Especificamente, também se falou do papel da psicologia na equipe, sendo não para fins clínicos, mas para o acompanhamento e o monitoramento dos usuários ao longo da sua participação nas atividades. Ou seja, tentou-se falar de uma atuação para além de uma abordagem individual, contemplando o grupo ou o social.

Quanto às atividades oferecidas, estas são estabelecidas mediante a apresentação e a validação de projetos construídos pelos profissionais monitores e pelos técnicos de referência à coordenação, sendo agendadas reuniões de equipe com esse propósito. A grande diretriz para o desenvolvimento dos projetos é a preocupação de se contemplar o público do CRAS conforme a sua singularidade e a do seu território. Ao todo, na reabertura, foram formados trinta grupos (enquanto que o planejamento inicial propunha sete grupos a menos), sendo que a quantidade de membros e a duração dos trabalhos variam de acordo com a natureza da proposta e do público alvo.

As primeiras oficinas ou grupos oferecidos após a reabertura foram: artesanato, corte e costura, o grupo ‘Vivendo e Aprendendo’ (discussão de direitos, saúde e educação com a distribuição semanal de legumes e verduras), orientação nutricional (tratando da alimentação saudável e da qualidade vida, com o aproveitamento de alimentos, receitas econômicas e o acompanhamento nutricional dos membros do grupo), ginástica (parceria com o NASF), capoeira, atividades de recreação (atividades lúdicas, esportes e entretenimento), escolinha de futebol, grupos com crianças de até sete anos de idade (trabalhos manuais, contação de histórias, recreação etc.), violão/flauta, ballet, PROJOVEM e orientação profissional.

No decorrer da realização dessas oficinas e grupos, é feito o controle das presenças de cada participante. Os monitores têm uma lista com a identificação do profissional, do curso, do dia/mês e, logo abaixo, colunas para a identificação do aluno e a marcação das presenças com um espaço para o registro de observações relevantes e do conteúdo ministrado naquele mês de referência. Ao final desse período, o monitor deve entregar a ficha para o auxiliar administrativo, sendo assim arquivado. Porém, antes de ser arquivada, a folha é ainda assinada pelo coordenador e pelos técnicos de referência.

A preocupação é de que se mantenha um controle rigoroso quanto às faltas, de modo que quem se ausentar duas vezes consecutivas deva justificar ou ser feito o contato do monitor com a família para identificar o motivo. No caso de terceira falta seguida, também deve ser realizada a visita domiciliar e, caso se constate o desinteresse em continuar no grupo, o usuário será suspenso. Após da folha, o monitor deve, então, registrar o motivo das ausências, o que poderá ser acompanhado pelo coordenador e pela equipe de técnicos.

Sobre a condução dos grupos, é importante ainda falar que, no decorrer dos trabalhos, é eleito um tema transversal que seja compatível com as demandas dos usuários e este é trabalhado por cada profissional da equipe. O primeiro tema foi o da reciclagem e, a partir disso, os cronogramas de cada monitor eram organizados de forma a contemplar essa temática no decorrer dos encontros. Outra preocupação que cada monitor deve ter, o que foi bastante focado pela coordenação do CRAS, é o de elucidar aos usuários o que é a instituição, de forma a contribuir para a sua diferenciação das demais e, conseqüentemente, solidificar sua identidade neste seu território.

Enfim, neste momento de reabrir as portas, pôde-se perceber a preocupação, sobretudo, a partir da iniciativa da coordenação do serviço, de se criar uma identidade que seja própria do CRAS, assim como a saúde e a educação já têm a sua. Naqueles contatos iniciais com a instituição, quando se encontrava com as atividades paralisadas, a sensação da pesquisadora foi de um profundo incômodo por verificar que tantas famílias poderiam estar sem receber o devido acompanhamento. A expectativa era de que tudo pudesse ser solucionado o mais breve possível para que esses usuários não fossem prejudicados no que se refere ao acesso dos direitos sociais e nem perdessem o vínculo com a proteção social básica. Sendo assim, foram muitas as dúvidas que essa situação suscitou: quando o local e a equipe estariam em condições de retomar os trabalhos; quais seriam as conseqüências desse quadro nas condições de vida das várias famílias; como ficariam as parcerias com os demais serviços do território e o quanto viável seria esta pesquisa.

Essa tristeza, que inicialmente mobilizou a pesquisadora, foi substituída, no momento de reabertura, por grande entusiasmo ao notar que a situação do serviço caminhava para a retomada de sua rotina de atendimentos. E, além disso, que a equipe estava motivada por fazer um CRAS muito mais ativo no processo de transformação da comunidade e das famílias, o que acabou produzindo uma cota extra de energia para se acompanhar de perto um momento que foi ímpar na história tanto dos profissionais quanto dos próprios usuários. O investimento de esforços foi orientado para que o serviço consolidasse a sua especificidade e, ao mesmo tempo, em constante parceria com a rede.

E nessa preocupação quanto à sua caracterização, termos importantes puderam ser identificados nos projetos e nas práticas cotidianas deste CRAS, reforçando o foco da instituição quanto ao desenvolvimento do PAIF, como: o fortalecimento do vínculo familiar, o trabalho com a população vulnerável, a prevenção de situações de risco e de exclusão social, a garantia de convivência familiar e comunitária, o acesso aos direitos e aos outros setores, o exercício da função protetiva, a matricialidade sociofamiliar, a segurança de acolhida, o respeito ao meio ambiente, as reflexões sobre a aprendizagem do grupo para além da tarefa, a promoção de autoconfiança e de autonomia, a elevação da auto-estima, a produção de efeitos mentais relaxantes, o desenvolvimento de potencialidades e a eliminação do sedentarismo.

O acompanhamento das famílias em descumprimento com o PBF pelo CRAS

No momento da reabertura do CRAS, este contava, no seu território e em outras áreas descobertas pelo serviço, com uma lista de 188 famílias em descumprimento com as condicionalidades do PBF, sendo que, apenas um caso era relativo ao campo da saúde e todos os outros eram por motivo de frequência escolar. Diante disso, sendo uma das prioridades e ao mesmo tempo também uma das limitações apresentadas no decorrer de 2012, a proposta de acompanhamento desses grupos foi colocada em prática.

Em função das dificuldades apresentadas pelo CRAS (especialmente, no que tange o ano de 2012, período em que se iniciou o acompanhamento da instituição nesta pesquisa), entre elas a conhecida carência de profissional e de carro, esse trabalho junto às famílias em irregularidade com o PBF é algo novo para a instituição. Portanto, não há referências anteriores, ou seja, vivências que sirvam de subsídio quanto ao ‘como fazer’.

Para se chegar a uma definição de como se daria esse processo de acompanhamento, houve a necessidade de se levantar a listagem de famílias em situação

de irregularidade com o benefício. Assim, com esses dados o CRAS pôde ter o conhecimento das mesmas e da origem do descumprimento (por exemplo, frequência escolar), cabendo, por meio de visitas domiciliares, descobrir e compreender a razão do problema (por que se está com baixa frequência nas aulas?) e, assim, poder intervir.

Diante disso, a coordenação do CRAS solicitou ao serviço social a construção de um projeto de intervenção com vistas à realização de visitas domiciliares, organizadas em blocos de trinta famílias, para o levantamento dos motivos do descumprimento, pois a partir daí é que seria possível construir um plano de ação específico para estes beneficiários⁶⁵. Além do projeto, foi elaborado um questionário que orienta a visita, com a identificação de alguns pontos importantes de investigação. Essas visitas visam o diagnóstico quanto às causas dos descumprimentos das condicionalidades e, de acordo com a coordenação, depende-se disso para que se saiba o que de mais apropriado deve ser feito no enfrentamento destas irregularidades.

A coordenação entende que, às vezes, o problema pode ser simples e a orientação familiar pontual pode dar conta de superar o problema ou, em alguns casos, ser necessária a intervenção e o acompanhamento mais próximo do grupo. Então, pode ser que ao fazer a visita domiciliar se constate, por exemplo, uma dificuldade dos pais em colocar limites na educação dos filhos (a criança não vai à escola porque ‘não quer’ e os responsáveis não tomam uma atitude frente a isso) e a orientação pontual pode ser resolutive. Diferentemente, pode-se constatar a necessidade de construir um trabalho grupal no CRAS ou reuniões deste com a escola e as famílias. Logo, as causas podem ser muito variadas e a melhor forma de enfrentamento depende desse diagnóstico.

Nas visitas iniciais, realizadas durante o mês de abril, o diagnóstico indicou que apenas duas famílias realmente apresentavam frequência escolar baixa, mas que as demais não haviam tido esse problema, embora tivessem identificadas como estando em descumprimento na área da educação. Inclusive, nestes casos as escolas até chegaram a emitir uma declaração atestando que a família estava em conformidade com a frequência exigida pelo programa. Pode ser que erros tenham ocorrido no processo de lançamento das frequências, o que deve então ser verificado junto ao campo da educação.

⁶⁵ Definiu-se uma média de seis visitas domiciliares por semana, com expectativa de se concluir as trinta primeiras famílias acompanhadas no decorrer de um mês. A partir daí, é que se foi avançando no acompanhamento dos demais grupos, repartidos em blocos de trinta famílias.

Em vista de casos como esses, têm sido constatadas algumas possíveis intervenções: a capacitação do PBF junto às escolas e às famílias (aproximando-os em relação ao funcionamento do programa); e o trabalho com aqueles beneficiários que apresentam dificuldades para se manterem frequentes no ensino. Um dos pontos problemáticos identificados é que na escola, geralmente, é um funcionário da secretaria que se responsabiliza pelos lançamentos do PBF, enquanto que quem responde perante o programa e aos outros setores são os diretores. Ou seja, há um distanciamento nesse processo, além de muitas vezes a escola ter que lidar com uma equipe limitada para que possa realizar o acompanhamento das suas famílias. O CRAS e o setor do PBF estão investindo num trabalho piloto com as escolas deste território (inclusive, com aquela que foi acompanhada nesta pesquisa), envolvendo todos os profissionais de cada uma destas instituições, e as visitas domiciliares são o grande norteador do que deve ser focalizado nesse processo.

Além de tudo isso, durante o trabalho de campo, foi verificada a fragilidade das relações entre os serviços da educação, saúde e assistência social em torno do programa. As condicionalidades não estavam repercutindo num trabalho integrado com essas famílias, pois cada instituição realiza o acompanhamento apenas das condicionalidades que lhes dizem respeito e não ficam cientes de como aqueles seus usuários estão quanto aos outros campos.

Essa proposta de acompanhamento das irregularidades parte de um debate dentro do CRAS que envolve aspectos das relações das famílias com o PBF. A coordenação da instituição entende que não se pode simplesmente julgar e dizer que essas pessoas não querem trabalhar e ficar só recebendo o benefício, pois é preciso antes pensar a relação público-privado que está em jogo. Nas conversas com os demais profissionais, a coordenação tem fomentado esse debate, pautando-se na leitura de Holanda (1995), o que na verdade diz de algo que é da cultura do brasileiro – fazer privado (o benefício) algo que é público. Assim, as famílias se sentem no direito de viverem do benefício e desejam continuar recebendo não por simples comodismo, mas por entenderem que ele é seu, um bem privado, ao invés de percebê-lo como uma assistência transitória e de caráter público, sendo, portanto, um bem comum.

São muito pertinentes essas constatações trazidas nas reflexões dos profissionais do CRAS, através das quais dá-se um salto do mero julgamento para a compreensão do problema tendo em vista as marcas culturais do brasileiro. Da mesma forma que Holanda (1995) percebe que no Brasil os interesses particulares têm sua marca histórica na

administração pública, na qual o brasileiro transpõe para o Estado uma relação tipicamente familiar, de intimidade, gerindo-o conforme seus desejos pessoais, o mesmo pode ser pensado na gestão familiar dos benefícios.

Talvez essa relação com o PBF como algo privado pode ter implicações no descumprimento, já que é algo seu e pode-se fazer dele o que bem quer, inclusive, não cumprindo as exigências necessárias para recebê-lo. Então, as relações e os usos que as famílias estabelecem com o benefício passam por esta dimensão do público-privado. E a proposta do CRAS não é de ser mais uma instituição que venha exercer este papel de punir e vigiar, mas de construir essa conscientização junto com as famílias sobre esses usos e as suas relações com o programa.

A ESF

A unidade de saúde acompanhada será designada por ESF Girassol e ela se encontra lado a lado com a escola também investigada. Trata-se de um grande pátio todo cercado e com duas portarias de acesso, uma na frente e outra na parte posterior. Dentro dessa área, há a ESF e ao seu lado esquerdo o estacionamento para todos os profissionais dos serviços ali presentes e à direita a escola. Em frente, está a creche também vinculada à educação. Nos fundos da ESF e da escola, há ainda uma quadra coberta que pertence a esta última instituição.

Na ESF, a primeira forma de contato das famílias com o serviço, geralmente, se dá pela visita domiciliar do ACS, sendo este profissional responsável por fazer essa articulação do território com a unidade e a equipe de saúde, realizando as atividades de cadastramento (MS, 2009), entre outras atribuições.

Quando o ACS vai às residências que se encontram em sua microárea, é realizado o cadastramento das famílias através da ficha A. Nesta ficha, constam informações sobre a situação de moradia e de saneamento, o acesso aos planos de saúde, os locais que se recorre em casos de doenças, a participação em grupos comunitários, a utilização de meios de comunicação e de transporte, as atividades produtivas domiciliares e o acesso a materiais de higiene bucal (pasta e escova de dente). A partir destas informações é feita a classificação do risco da família, que varia de escore 0 (sem risco) a escore 6 (alto risco) e, além dessas informações, o agente pode também registrar outras observações que julgar necessárias. Finalmente, é colocado o nome de cada integrante da família, sendo separados

entre aqueles acima de 15 anos e de 0 a 14 anos. São identificados: a data de nascimento; idade; sexo; se é ou não alfabetizado; se trabalha ou não e, se sim, qual a ocupação; renda declarada e doença ou condição referida. Entre as doenças ou condições estão: alcoolismo, epilepsia, hanseníase, chagas, gestação, hipertensão arterial, diabetes e tuberculose.

Na ESF, constam pastas com as famílias cadastradas por todos os ACS. A partir dessa ficha A, com a identificação das doenças e condições referidas, é feita a B. Esta é uma ficha específica em que os membros da família são separados conforme os grupos de doenças ou condição e ela também fará parte das pastas dos agentes. Assim, em cada visita, a equipe da ESF pode acompanhar a saúde dos usuários, conforme a sua situação específica.

Ao visitar os moradores, os agentes fazem o acompanhamento dos cartões de vacinação, verificam se há situações que mereçam atenção mais cuidadosa (como idoso acamado ou gestante para a realização de pré-natal – na ESF são realizados pré-natais sem risco, aqueles de risco são feitos em um hospital público), levam exames da unidade para a família que assistem e verificam questões a respeito do acesso às medicações. Em cada visita o ACS apresenta uma ficha de produção em que ele identifica a família por um número e, após a visita, esta assina.

Portanto, com todos os ACS há uma pasta constando os dados (fichas A e B) das famílias que assistem. O tamanho da microárea de cada um será ser determinado pelo número de famílias que devem ser acompanhadas, variando, portanto, o número de ruas. Cada agente pode assistir até setecentas pessoas, sendo realizadas, em média, dez visitas por dia. Mas, cada família recebe uma visita mensal, a não ser em situações mais específicas que sejam necessários acompanhamentos mais frequentes.

Na ESF, cada família tem também um prontuário com os dados das respectivas consultas e atendimentos realizados na instituição. Cada gaveta de um armário que fica localizado na recepção é relativa a um ACS e nesta constam as famílias (identificadas por um número) que ele acompanha.

Ao realizar as visitas e ser detectada alguma demanda, por exemplo, de assistência a uma pessoa idosa acamada, o ACS leva essa informação até a equipe da ESF. Então, o agente tem um papel importante de transmitir as demandas que identifica na comunidade dentro da unidade de saúde e, a partir daí, é que são programadas as ações necessárias. De fato, como foi verificado na revisão de literatura (MS, 2009), o ACS na realidade da ESF funciona como esse elo entre o serviço e a sua comunidade, permitindo que os diálogos fluam de forma mais fácil. Percebe-se que o agente tanto coleta as demandas que identifica

na comunidade quanto leva informações para essa, o que, conseqüentemente, favorece o processo de organização e planejamento dos serviços. Inclusive, a principal forma de contato com as famílias se dá pelo agente, no momento da visita domiciliar.

No entanto, as vistas domiciliares também são realizadas semanalmente por um médico de saúde da família, através de agendamento prévio ou, em casos específicos, por exemplo, de vacinação de pessoas acamadas ou com dificuldades de deslocamento até a unidade.

Sobre a composição da equipe da ESF, ela se dá dessa forma: nove ACS, um médico de saúde da família, uma auxiliar de enfermagem, uma enfermeira coordenadora, um dentista e um auxiliar, um recepcionista, um pediatra, um ginecologista e um clínico.

A unidade de saúde também conta ainda com um convênio com a faculdade de medicina da cidade, através do qual são disponibilizados quatro médicos. O objetivo do convênio contempla a formação dos alunos de medicina, de forma que a ESF cede seu espaço e seus usuários e, em contrapartida, os médicos e os alunos da universidade prestam os atendimentos.

Toda segunda-feira é realizado o agendamento de consultas na ESF para todos os médicos. Através disso, as marcações são feitas para toda a semana, de forma que são reservadas três vagas de emergência para cada médico. Num dia, por exemplo, em que há dois médicos, além dos usuários já agendados previamente, tem-se a possibilidade de se encaixar mais seis que possam procurar a ESF por alguma demanda emergencial, a qual é avaliada pelos profissionais de enfermagem. A concentração das marcações em um único dia se deve ao número limitado de profissionais, o que impede que esse agendamento dos usuários seja feito mais vezes durante a semana. Há a preocupação de se estimular o acompanhamento contínuo dos pacientes através desses agendamentos, por isso os usuários que têm alguma doença crônica e que fazem uso constante de algum medicamento têm que recorrer ao serviço sempre na segunda-feira, para que possam garantir as suas consultas de controle.

Toda quinta-feira a unidade conta com a presença do NASF através dos trabalhos da psicologia, do serviço social, da fisioterapia e da nutrição. Os dois primeiros profissionais ainda desenvolvem o grupo de psicoterapia de mulheres, abordando questões de violência e de cidadania.

Percebe-se que a possibilidade da ESF trabalhar com a saúde dentro de uma perspectiva macro, que contemple o social, pode ser potencializada pela parceria com o

NASF, na medida em que este, ao apresentar uma equipe mais diversificada, permite uma abordagem igualmente ampliada das demandas.

O espaço físico da unidade é composto por uma recepção com uma sala de almoxarifado, balcão de atendimento e um painel com informativos diversos (por exemplo, de desacato ao servidor público, da composição da equipe da ESF, dos seus princípios e das suas atividades, divulgação dos trabalhos do NASF, de vagas de emprego, das atividades do CRAS, do conselho tutelar e do BPC). Além disso, há a sala de enfermagem, de vacina, de curativo, de pesagem, cinco consultórios médicos (sendo dois deles com banheiro) e um odontológico (com banheiro), copa para os funcionários e dois banheiros para os usuários. Para o acesso a esse espaço interno da unidade, há um corredor com bebedouro.

Nesta ESF não há mais o funcionamento da farmácia e por conta disso houve uma reorganização do espaço. Aonde ela funcionava fica agora o balcão de atendimento do recepcionista e no lugar que antes era reservado para esta atividade passou a funcionar uma sala para os agentes de saúde. Os ACS, até então, se reuniam e organizavam as suas produções na copa, não tendo assim um espaço próprio para as suas atividades, consequentemente essas mudanças trouxeram maior conforto para esses profissionais.

A ESF funciona de 7 horas às 17 horas e todo dia primeiro é realizado o fechamento dos atendimentos realizados no decorrer do mês anterior. Esse procedimento envolve todas as produções realizadas pelos profissionais (enfermagem, médicos e ACS) que são repassadas à coordenação. Ao todo, com base em dados do mês de maio de 2013, o número de famílias cadastradas nesta unidade de saúde equivalia a 1.328.

O controle das condicionalidades do PBF no setor saúde

Quanto às condicionalidades do setor saúde, pôde-se observar o acompanhamento da pesagem e do controle da vacinação. A pesagem das famílias beneficiárias ocorre duas vezes por ano, sendo uma por semestre, e, para isso, é feito o agendamento prévio no posto com as famílias.

Na pesagem, todos os ACS informaram ao seu público do PBF, durante as visitas domiciliares, os dias que seriam realizadas a verificação da sua microárea na ESF. Neste dia de observação, era a pesagem das microáreas de dois dos agentes que, por conta disso, não realizariam as visitas no dia.

No momento da pesagem, a mãe, acompanhada dos filhos que são beneficiários, apresentava o cartão do PBF (que, geralmente, de acordo com os ACS, tem a mãe como a titular), os documentos de identidade dos filhos ou as certidões de nascimento e o comprovante de residência. Em uma folha, os agentes registravam todos esses dados dos usuários e, a partir daí, eles eram pesados e mensuradas as suas alturas. Essas informações eram somadas às anteriores e, antes de irem embora, a responsável do grupo familiar assinava uma ata. Apenas em um caso o pai compareceu, embora fosse a mãe a titular do cartão. No caso de haver gestantes, é registrada também a data da última menstruação. A maior parte das famílias compareceu com o cartão de vacinação, que também foi apresentado aos profissionais e verificado a data da próxima vacina.

Geralmente, de acordo com um dos ACS, o maior problema identificado na pesagem é de sobrepeso e não de desnutrição. Quando a pesagem coincide com a presença da nutricionista do NASF, esta ainda faz o cálculo da massa corporal e as orientações alimentares.

Quanto ao acompanhamento das condicionalidades, um dos ACS mencionou que isso deveria se dar de forma mais articulada, pois não se sabe como estas estão sendo verificadas nos outros campos além da saúde. Acontece, por exemplo, de em visitas domiciliares os agentes tomarem conhecimento junto às famílias sobre as situações de bloqueio do benefício.

O trabalho do ACS: o ponto de partida para o elo entre a ESF e a comunidade

Foi realizado o contato com três ACS dessa ESF e aqui eles serão apresentados por números, conforme a sequência dos contatos estabelecidos.

Alguns ACS podem não apenas morar dentro do território da ESF, como também dentro da própria microárea que assistem. Essa é uma situação que acontece na equipe dessa unidade acompanhada e, conseqüentemente, pode-se supor que o grau de conhecimento entre usuários e agentes será ainda maior, já que são antes de tudo marcadas pela condição de serem vizinhos de casa.

Durante o período de observação, foi possível acompanhar dois agentes em suas visitas domiciliares. O agente 1 mora em sua própria microárea e revelou que gosta da proximidade com os usuários. Disse que, frequentemente, há pessoas que vão até a sua casa para pedir alguma informação ou ajuda sobre os serviços da ESF e, inclusive, no dia

anterior a essa conversa, isso tinha acontecido. Quanto a isto, disse não se importar e que não há nenhum ponto negativo nessa proximidade com a sua área de trabalho.

Os agentes 2 e 3, que não moram em sua própria microárea, acreditam que é importante haver esse distanciamento do local de trabalho, justamente por essa busca dos usuários nas suas residências.

Durante as visitas, pôde-se perceber que há uma boa relação entre os moradores e os ACS, de forma que entram em todas as casas, se sentam e, por volta de uns 20 minutos, conversam sobre aspectos variados das vidas das pessoas e de suas demandas quanto ao serviço. Os agentes apresentam um conhecimento amplo sobre os usuários, dos seus históricos de vida, suas principais dificuldades, conflitos familiares, além das queixas e dos motivos de procura à ESF. Assim, o conhecimento vai desde situações mais particulares, por exemplo, de aspectos conjugais, até questões mais especificamente do setor saúde. Geralmente, a demanda que as pessoas mais manifestam, o que pôde ser constatado tanto pela fala dos próprios usuários quanto pela fala dos ACS, é por renovação de receitas médicas, pedidos de exames e marcação de consultas.

Pela proximidade que o ACS tem com os seus usuários, que são seus próprios vizinhos, ele pode ser peça fundamental na divulgação do trabalho da rede, podendo, através desse conhecimento diversificado das suas vidas, favorecer o movimento deles dentro desses diferentes setores. Pelo que se pôde vivenciar nessas visitas, o ACS tem total oportunidade de entender o quanto a saúde dessa população se encontra submetida às suas condições de vida, ou seja, esse profissional pode, por exemplo, perceber o quanto a vida conjugal ou familiar de um determinado morador tem repercussões sobre seu estado de saúde e até com desdobramentos psicológicos. Consegue dar conta de aspectos particulares que envolvem a relação de mães e filhos, do marido com sua esposa ou de uma família com os demais vizinhos, os hábitos alimentares e a prática de exercícios físicos etc.

Portanto, a relação que o agente apresenta com seus moradores é marcada por confiança e por um histórico de vivências que o permitem entender o quanto os processos de saúde-adoecimento são marcados pelas relações familiares, sociais e aspectos diversos do cotidiano dessas famílias. Essa realidade do trabalho do ACS é o que já se tinha discutido no terceiro capítulo, quanto ao fato de que o conhecimento que eles constroem sobre a sua microárea e a sua população os tornam capazes de orientar os usuários sobre os serviços prestados nas UBS e, ao mesmo tempo, levar esse conhecimento que dispõem até os demais profissionais da equipe de saúde da família (MS, 2009).

Porém, o questionamento que persiste é até que ponto esse conhecimento tem sido convertido numa articulação com a rede e numa abordagem da saúde que realmente contemple todas essas particularidades da vida do usuário. Pode ser que os ACS até acionem, contribuam ou favoreçam para que outros serviços da rede sejam implicados nas demandas de suas famílias e haja, assim, um diálogo em torno de uma mesma família, por exemplo, mas, talvez, não se deem conta da relevância disso que fazem. É primordial que o ACS tenha consciência da sua importância no processo de promoção da saúde e do conhecimento que ele tem do território da ESF.

O papel estratégico dos agentes na identificação de elementos que a comunidade possui e que podem favorecer as ações da ESF, bem como os seus limites e os possíveis parceiros (MS, 2009), foi observado, por exemplo, na colaboração dos ACS na divulgação da reabertura do CRAS pela comunidade.

O agente 3, relatou a preocupação em motivar as suas famílias a frequentarem os serviços do CRAS, como no caso daquelas que se sentem envergonhadas em participar do grupo psicoterapêutico realizado pelo NASF no espaço da ESF. Inclusive, este ACS mencionou o interesse em conversar com a sua coordenadora e com a equipe do CRAS sobre a possibilidade de atuar no encaminhamento de usuários para este serviço, já que acredita que é importante a vinculação das famílias nessas atividades que, ao seu entender, podem funcionar como uma terapia ocupacional. Por isso, fica expresso nesse discurso o entendimento de que o setor saúde e, sobretudo, as famílias, podem ganhar muito com esse trabalho articulado.

Esta é uma constatação do quanto o seu trabalho pode ser fecundo nessa mediação entre a comunidade, a ESF e os demais serviços, como o CRAS, por exemplo. Talvez, possa-se dizer que o ACS é um dos profissionais que apresenta maior potencial para abordar o usuário de acordo com a perspectiva defendida por Morin (2007a; 2007b), quando ele fala de um conhecimento pertinente, o que seria capaz de situar o objeto em seu contexto, dentro da teia/rede/conjunto que faz parte, engendrando aquele movimento de pensar o que se faz dentro do espaço daquele seu setor em particular e, ao mesmo tempo, de saber o que se tem feito pelos demais e como estas ações podem se articular.

A escola

Deve-se esclarecer que na escola foi estabelecido o contato com cinco profissionais, os quais serão aqui apresentados por números que indicam a sequência dos diálogos, e o nome fictício para a escola será Margaridas.

O espaço em que a escola se encontra presente, juntamente com a ESF pesquisada, foi criado em 1996 e no ano de 1997 é que foi aberta ali esta instituição municipal de ensino, exatamente no dia 25 de abril. No local onde funciona o CRAS Cidade das Rosas, era anteriormente uma escola estadual e esta se municipalizou indo para um dos distritos da cidade. Com esse fechamento, é que ocorreu a abertura da instituição acompanhada.

Sobre o funcionamento da escola, esta se orienta pela proposta do zoneamento. De acordo com o funcionário 1 da escola, há na superintendência de ensino de Barbacena um zoneamento, ou seja, um mapeamento das regiões que devem ser atendidas por cada instituição de ensino. Embora não haja também o impedimento de matrículas de pessoas de outros bairros da cidade, desde que haja a vaga disponível para a série solicitada. Assim, há uma mescla entre aqueles alunos que são da própria comunidade e os que vêm de lugares mais distantes.

Até o ano anterior, havia na Escola Margaridas um projeto de educação para o trabalho, denominado de Centro Integrado de Atenção ao Menor (CIAME), e este era responsável por envolver tanto os alunos dessa escola quanto a comunidade de forma geral. Atualmente, esse projeto não existe mais e os cursos têm sido oferecidos no espaço do CRAS.

A escola possui duas creches, uma que funciona no seu próprio espaço e outra que funciona num bairro próximo. Ao todo, são quinze turmas do berçário ao segundo período da educação infantil e apenas as crianças do berçário ao maternal III ficam na instituição em tempo integral, num total de cinco turmas. Para esse público, há o oferecimento de alimentação e até de serviços de lavanderia. Como decorrência dessas condições, há uma grande disputa por vagas, pois, de acordo o funcionário 2, isso é ótimo para as mães, uma vez que as crianças já saem de lá alimentadas e limpas.

No ensino fundamental, tem-se a seguinte distribuição: quatorze turmas do 1º ao 5º ano e doze turmas do 6º ao 9º ano. Assim, a escola acolhe desde as crianças de quatro meses de idade até os jovens de quatorze e quinze anos, o que resulta num total de 928 estudantes. Antes, este número ultrapassava mil alunos, pois havia aula no período da noite também. Na instituição já houve, por exemplo, a Educação de Jovens e Adultos [EJA] e o

Projeto Resgate, o qual funcionava como uma aceleração dos estudos, uma espécie de supletivo, e era destinado às pessoas acima de 17 anos. No ano de 2003 ocorreu a formatura da última turma do 4º ano, relativo à antiga oitava série.

A Escola Margaridas procura realizar todo final de bimestre uma reunião com os pais, onde são entregues os boletins dos alunos e, além disso, é uma oportunidade para conversar com eles, motivando-os e valorizando-os na participação da vida escolar. Um exemplo é a realização de palestras em que são oferecidos lanches ao final ou um sorteio de utensílios para o lar (por exemplo, de vasilhas), como forma de incentivar a presença das famílias. Os temas são relativos à família e à sua convivência, à violência, à importância de se acompanhar os filhos na escola e nas suas amizades, aos direitos e aos deveres. Neste último tema, foi possível abordar a importância de se estabelecer limites, esclarecendo que a tarefa da família no processo de formação do filho é anterior à do Estado. Sobre isso, também se abordou o desafio frente à ameaça de ser denunciado ao conselho tutelar.

O convite a outros profissionais para discursarem sobre esses temas que sejam importantes para as famílias da escola seria uma forma de se pensar junto com as demais instituições as demandas que são enfrentadas na rotina dos serviços. A partir de encontros como estes seria possível não só o desenvolvimento de palestras em comum, mas de uma agenda propriamente, em que a escola, o CRAS e a ESF poderiam compartilhar as suas necessidades e construir estratégias de enfrentamento. Ou seja, o convite para a palestra poderia se mostrar como um pano de fundo para as aproximações futuras.

Uma das necessidades, por exemplo, percebidas durante a observação do cotidiano escolar e na conversa com o funcionário 1, para essa maior aproximação entre a educação e a saúde, seria a condução de palestras entre os profissionais desses setores para esclarecimentos acerca dos seus serviços e das possíveis ações que podem ser tecidas conjuntamente. Aliás, um dos pontos que parecem demandar maior atenção entre os setores é justamente o conhecimento dos serviços oferecidos, o que por sua vez acabará por facilitar os intercâmbios e possíveis encaminhamentos entre eles. O CRAS Cidade das Rosas tem avançado neste sentido ao se esforçar na divulgação de seus trabalhos na comunidade e nesses outros setores, como ocorrido nas reuniões agendadas pelo setor para fins de articulação da rede e que foram citadas anteriormente.

A escola realiza reuniões com os professores quinzenalmente, porém estas não acontecem com todos os professores ao mesmo tempo, sendo organizada da seguinte

forma: relativo ao período da tarde, por exemplo, ocorre uma reunião com o grupo de professores do 1º e 2º ano e outra com o grupo do 3º, 4º e 5º ano.

A composição da equipe de profissionais, que atuam tanto na escola ou neste espaço como um todo (onde também está a ESF) e que são vinculados à Secretaria de Educação, se encontra dessa maneira: do berçário ao 5º ano = 34 professores; do 6º ao 9º ano = 20 professores; diretor pedagógico = 1; vice-diretor = 1; diretor geral = 1; orientador pedagógico = 1; supervisão pedagógica = 2; coordenador da creche = 2; secretário escolar = 1; auxiliares de ensino (trabalham na secretaria, providenciam documentação etc.) = 3; atendente escolar (antigo inspetor) = 3; monitor tele-centro = 1; cantineira = 5; servente (limpeza geral) = 10; monitora (creches) = 8; cozinheira = 1; porteiro = 2; encarregado de manutenção = 1; professor intérprete (Linguagem Brasileira de Sinais – Libras) = 1; professor de biblioteca = 3; e 4 professores em vias de se aposentarem.

O que era o CIAME

De acordo com o funcionário 2, o CIAME funcionava naquela instituição de ensino onde é atualmente o CRAS Cidade das Rosas e com o seu fechamento passou a funcionar na Escola Margaridas.

No CIAME eram oferecidas diferentes oficinas: marcenaria, bordados, pinturas, violão, teclado, capoeira, pedrarias, eletricidade, datilografia, costura, hip hop, manicure, futsal e vôlei. Ele era de responsabilidade da mesma secretaria municipal a que o CRAS estava vinculado e foi para a Escola Margaridas pelo fato de ser uma estrutura grande, dispondo-se de espaço para isso. Inclusive, a creche, até 2003/2004, era também de responsabilidade desta secretaria, só depois disso é que ficou vinculada ao campo da educação.

Os cursos do centro integrado eram gratuitos e oferecidos a qualquer pessoa da comunidade e aos alunos da escola. Na sua equipe, havia apenas dois funcionários efetivos e o restante eram de contratados. O CIAME permaneceu ativo até o final do ano de 2012.

O funcionário 2, disse ainda que os cursos possibilitavam, por exemplo, que as alunas montassem seus enxovais de casamento, a elevação da autoestima e a melhoria da renda familiar.

O controle das condicionalidades do PBF na educação

Sobre o PBF, há na escola (com referência ao ano de 2012), aproximadamente, 325 alunos. O controle de frequência é bimestral e no caso de algum aluno faltar, deve-se justificar ou apresentar atestado médico. Nas conversas informais com os funcionários, pôde-se perceber que a busca pela justificativa ou pelo conhecimento do motivo de ausência dos alunos ocorre através do contato com as famílias, havendo também a comunicação das faltas ao conselho tutelar. Porém, não se recorre aos outros serviços envolvidos no PBF (saúde e assistência social) para se saber quais as informações que eles dispõem sobre esses beneficiados. O contrário também não foi constatado nos outros serviços, de forma que houvesse um acompanhamento conjunto com a educação.

Relativo ao primeiro semestre, o dia 18 de abril de 2013, por exemplo, foi a data limite que a escola teve para enviar os dados relativos a dezembro; em 30 de abril ocorreu o envio dos meses de fevereiro e março; e 29 de junho para o período referente a abril e maio. Vinculado ao MEC, há o Sistema Presença, onde consta o formulário com a listagem dos alunos que a escola deve fazer o controle e essas datas específicas não são apenas para o fechamento e o envio de dados, mas também para o acesso a essa listagem e o lançamento de presenças. Para isso, cada escola tem a sua senha de acesso no site, de modo que as outras instituições não têm acesso às informações da Escola Margaridas e vice-versa. Da mesma forma, não se tem acesso a informações de outros setores, como a saúde, por exemplo.

A entrega das informações é feita na Secretaria Municipal de Educação e uma cópia desse controle fica na escola para possíveis reclamações ou esclarecimentos que alguma família necessite. O funcionário 2, disse que o arquivamento desse material é muito importante para a escola, pois, caso alguém reclame, eles têm tudo guardado.

Nas Secretarias Municipais de Educação há um profissional que é peça chave nesse processo de cuidado dos dados da frequência escolar, através do Sistema Presença: o Operador Municipal Máster [OMM].

No entanto, em um encontro de capacitação do PBF para a área da educação, realizado na cidade de São João del-Rei por um profissional do MEC, pôde-se compreender que o OMM não é simplesmente aquela pessoa que digita a frequência escolar no Sistema Presença, pois entre as suas funções está a de ser articulador da rede pública de educação com a saúde e a assistência social. De acordo com o palestrante, até se consegue realizar um trabalho razoável sem a intersectorialidade, mas ele não será efetivo.

Um exemplo foi dado quanto a uma situação de violência sexual que resulta na falta escolar. Nesse caso, sem articulação com os serviços competentes haverá um desafio para o seu enfrentamento e isso é ser, de certa forma, negligente.

Portanto, a identificação dos motivos de falta de um aluno demanda a articulação, pois sem articulação o que se terá são apenas números no controle da condicionalidade. Por isso, um questionamento levantado na capacitação foi: como a escola tem acesso a essas informações e que providência se toma em situações que podem ser semelhantes àquela da violência sexual? Em vários momentos do curso, evidenciou-se a necessidade de um diálogo constante entre os três setores envolvidos no PBF, pois por trás de uma baixa frequência pode haver questões muito maiores que a escola sozinha não dará conta de responder.

Características sócio-demográficas dos entrevistados

A caracterização dos participantes se encontra sintetizada nas duas tabelas seguintes:

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos profissionais

Participantes Variáveis	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3
Idade	36 anos	27 anos	50 anos
Escolaridade	2º grau completo	Pós-graduado	Pós-graduado
Estado civil	Solteiro	Solteiro	Casado
Naturalidade	Barbacena	Barbacena	Barbacena

Tabela 2: Características sócio-demográficas do informante da família

Participante Variáveis	Informante da família
Idade	29 anos
Escolaridade	Fundamental incompleto
Estado civil	Casado
Naturalidade	Barbacena
Renda familiar	Aproximadamente R\$ 566,00
Número de filhos	3
Situação da residência	Própria

APÊNDICE 10

Protocolo Comitê de Ética



Memo Nº 001/2014/UFSJ/CEPES

04 de fevereiro de 2014

De: **Prof.ª Tatiana Cury Pollo**
Presidente da CEPES

Para: **Pesquisador Prof. Walter Melo Junior - DPSIC**

Assunto: Parecer e considerações

Prezado pesquisador,

O protocolo de pesquisa encaminhado por V.Sa. à Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEPES) da UFSJ, intitulado "**Centro de Referência Social [CRAS], Estratégia Saúde da Família [ESF] e Educação Básica: como vai a intersetorialidade?**", obteve o seguinte parecer:

"Conclui-se que o projeto de pesquisa **Centro de Referência Social [CRAS], Estratégia Saúde da Família [ESF] e Educação Básica: como vai a intersetorialidade?**, esta em conformidade em os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo coerente em sua metodologia e contribuindo para *um melhor planejamento dos serviços, fins de que esses consigam atender as demandas que lhe são dirigidas.* Pelo Exposto, somos de parecer favorável à aprovação do referido projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tatiana Pollo', is positioned above the typed name.

Prof.ª Tatiana Cury Pollo

Presidente da CEPES/UFSJ