



Enero 2018 - ISSN: 1988-7833

INTERSETORIALIDADE ENTRE A SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: CAMINHOS PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

Natalia Serafim Da Silva

Psicóloga, Mestre em Educação Profissional em Saúde,
Prof. Colaboradora da Universidade Federal do Pará

Intersectorality between health and social assistance: pathways for the integrality of attention

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Natalia Serafim Da Silva (2018): "Intersectorialidade entre a saúde e assistência social: caminhos para a integralidade da atenção", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (enero-marzo 2018). En línea:

<http://www.eumed.net/rev/cccss/2018/01/saude-assistencia-social.html>

RESUMO

Este artigo discute a intersectorialidade entre as políticas de saúde e assistência social para garantia da proteção social no Brasil. A metodologia é de revisão bibliográfica e análise documental. Apresenta-se um breve histórico da saúde como direito social no Brasil, a importância da integração intersectorial para integralidade da atenção, a atenção primária a saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro e da proteção social básica no Sistema Único da Assistência Social no mesmo país. Ao final, apontam-se avanços alcançados com a intersectorialidade, bem como as fragilidades ainda existentes.

Palavras-chave: integralidade; políticas públicas; intersectorialidade; saúde; assistência social.

ABSTRACT

This article discusses the intersectorality between health policies and social assistance to guarantee social protection in Brazil. The methodology is bibliographic review and documentary analysis. We present a brief history of health as a social right, the importance of intersectoral integration for integrality, primary health care in SUS and basic social protection in SUAS. At the end, there is progress made with intersectorality, as well as the weaknesses that still exist.

Keywords: integrality; public policy; intersectorality; health; social assistance.

INTRODUÇÃO

A noção de saúde como direito social é uma conquista de anos de luta do movimento da reforma sanitária, sendo garantida através da Constituição Federal do Brasil, que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado. O modelo de seguridade social do Brasil afirma o compromisso com a democracia e rompe com a lógica excludente anterior. (BAPTISTA, 2007)

A característica de ter um sistema de saúde não contributivo é o princípio fundamental da reforma sanitária brasileira. Antes da promulgação da Constituição, mais de 80% dos recursos da saúde eram vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)/Ministério da Previdência e Assistência Social, o que significa que eram provenientes da seguridade social. (BRASIL, 2013).

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

caridade, à assistência privada ou a alguns poucos serviços de saúde organizados pelo Estado. (BAPTISTA, 2007)

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

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

Em relação ao Brasil, a integralidade parece ser o objetivo-fim daquilo que desejamos para o SUS, ou seja, a imagem do que almejamos que o sistema consiga alcançar. (MATTOS, 2006)

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL NO BRASIL

Até a chegada da família real ao Brasil, a assistência à saúde era realizada sem qualquer regulamentação profissional. Naquele momento da história, o foco da atenção à saúde da população era garantir mão-de-obra saudável para a produção da riqueza do país, em especial no tocante à exportação de produtos. (BAPTISTA, 2007) Com isso, a atenção à saúde do trabalhador era consequência do interesse político em manter as cidades saudáveis e garantir a produção. Esta lógica do acesso à saúde vinculado ao trabalho se manteve por muitos anos no Brasil.

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

As primeiras ações de saúde de Estado tiveram início na Alemanha, em 1880, com objetivo de promover proteção social à população. Além das ações de saúde, a política também incluía a previdência social e questões relacionadas a acidentes no trabalho. Essas ações possuíam o caráter de medicina previdenciária, ou seja, não eram universais, uma vez que somente tinham acesso os trabalhadores que pagavam pelos serviços (contribuição financeira). O modelo alemão de proteção social serviu de base para a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps) no Brasil, regulamentadas em 1923 por pressão dos trabalhadores, que faziam reivindicações pela assistência à saúde e previdência. (MACHADO, FONSECA e BORGES, 2014)

Ainda na década de 1930 foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), divididos por categorias profissionais. Diferente das CAPs, que eram vinculadas a empresas empregadoras, os IAPs abrangiam toda uma categoria profissional. Cada instituto dispunha de rede própria de atendimento com ambulatórios e hospitais para assistência e recuperação da força de trabalho.

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

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

As políticas públicas para desenvolvimento social também foram deixadas de lado no período do Regime Militar, o que aumentou a pobreza e a desigualdade social. A contratação de serviços privados para atendimento à população gerou aumento de gastos com o setor saúde, que estava subordinado ao INPS, ou seja, só eram ofertados serviços àqueles que comprovassem vínculo empregatício. O II Plano Nacional de Desenvolvimento, de 1970, concretizou uma política estatal voltada para o desenvolvimento social, com a tentativa de integração das políticas estatais e um consequente impulso do movimento sanitário na segunda metade da década. (BAPTISTA, 2007)

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foram colocadas novas propostas para um sistema de saúde universal que deram origem aos objetivos do SUS expressos na Lei nº. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e

o funcionamento dos serviços correspondentes. Os objetivos do SUS são: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, o dever do Estado de garantir a saúde visando a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Os princípios de organização do SUS embasam as diretrizes de materialização do sistema de saúde brasileiro. Os princípios expressos na Lei 8080/08 são treze, dentre os quais pode-se destacar: universalidade, integralidade de assistência e igualdade da assistência à saúde.

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

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

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

INTEGRAÇÃO DOS SETORES: UM CAMINHO PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

A Organização Mundial de Saúde traz a abordagem da Saúde em Todas as Políticas como estratégia para aumentar a discussão sobre a intersetorialidade em saúde e os impactos das decisões dos outros setores na saúde das populações.

O debate sobre a intersetorialidade mostra-se ainda aberto. Nascimento (2010) destaca que há uma hierarquia de poder nas políticas públicas que fazem com que se destaquem políticas macroeconômicas. Nas políticas setoriais, as interferências econômicas e os interesses políticos dos responsáveis pelas decisões ainda possuem grande influência. Desta forma, cada política setorial acaba por ter um valor diferente atribuído, uma vez que atendem a interesses diversos, o que se reflete também em termos de financiamento.

A intersetorialidade pode ser ascendente (quando aplicada a partir da gestão municipal) ou descendente (quando considera diversos sujeitos de organismos públicos e sociedade civil para a formulação de propostas e atendimento dos objetivos). Nascimento (2010) propõe uma análise da intersetorialidade entre as políticas de desenvolvimento urbano e social, na qual as políticas de saúde e assistência social são identificadas como tendo tanto a dimensão setorial quanto a intersetorial. Da mesma forma, ambas possuem grau ascendente e descendente, sendo implementadas a partir de grau ascendente e propondo relação intersetorial de grau descendente em nível local.

No processo de implementação da política de assistência social, a intersetorialidade mostra-se necessária, sendo a mesma expressa muitas vezes a partir de palavras similares, como: interface, conexão, inter-relação, integração. Em relação a intersetorialidade na política de saúde, essa não aparece de forma tão expressiva, mas está presente em alguns pontos da lei 8080/90, em especial no processo de integração das políticas de saúde, meio ambiente e saneamento básico. Na época da promulgação da referida lei, no entanto, o debate acerca de intersetorialidade não havia, ainda, ganhado tanto foco, mas as palavras “articulação”, “participação” e “colaboração” podem ser entendidas como sinônimo para esta análise. (NASCIMENTO, 2010)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS

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

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

Os modelos de assistência à saúde são diversos. No Brasil, muitos já foram adotados, a exemplo daquele baseado em programas específicos (Programas Verticais) e do modelo flexneriano. A partir da década de 1990, após o início da implantação do SUS, o modelo adotado no país foi o da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste modelo, a rede básica de saúde é a porta de entrada preferencial do sistema. (SILVA JUNIOR e ALVES, 2007)

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

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

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



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

No círculo central da figura 1 encontram-se os valores básicos de uma atenção à saúde pautada da APS: direito ao mais alto nível possível de saúde, equidade (como obrigação legal e social) e solidariedade para alcançar o bem comum das sociedades. O primeiro diz respeito à oferta de serviços a todos, sem distinções e discriminações de qualquer tipo, ou seja, a saúde como direito dos cidadãos e responsabilidade do governo e atores sociais. Isso já se encontra expresso em diversas constituições nacionais (como a do Brasil) e tratados sociais. Esse direito visa garantir que as necessidades das pessoas serão supridas com qualidade, eficiência e efetividade, reduzindo-se os danos.

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

Os sistemas de saúde e seguridade social são mecanismos através dos quais a solidariedade se manifesta: em uma sociedade solidária, as pessoas trabalham juntas para alcançar o bem comum e para a solução de problemas. A solidariedade é manifestada a nível governamental e em formas de participação dos cidadãos na vida em sociedade, como na forma de organizações voluntárias e sindicatos.

No círculo intermediário da figura 1 estão os princípios para a operacionalização do sistema de saúde, que são sete: intersectorialidade, capacidade em responder às necessidades de saúde das pessoas; serviços orientados a qualidade; responsabilização dos governos; justiça social; sustentabilidade; e participação. Tais princípios trazem a base para as políticas de saúde, legislação, avaliação, recursos e operacionalização do sistema de saúde. Eles são a conexão entre os valores sociais e os elementos funcionais e estruturais do sistema.

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

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

No círculo externo da figura 1 estão os elementos estruturais e funcionais da APS como base de um sistema de saúde, no qual encontra-se a atenção integral, integrada e contínua à saúde e, novamente, a importância das ações intersetoriais. A atenção integral, integrada e contínua significa que os serviços devem incluir cuidados da atenção primária, secundária, terciária, de prevenção e também os paliativos. É necessária a integração em todo o sistema de saúde e os cuidados devem ser longitudinais no tempo e sem interrupções, incluindo outros serviços da seguridade social, quando necessários.

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

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

Os sistemas de atenção à saúde devem estar integrados para que seja possível a coordenação por todos os níveis de serviços, sendo importante o estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência para continuidade da atenção. O planejamento, avaliação e desempenho do sistema devem ser monitorados para a garantia dos melhores resultados possíveis. O sistema deve criar laços com os indivíduos, a comunidade e os demais níveis sociais, garantindo o acesso equitativo a todos, devendo estar fisicamente localizado o mais próximo possível das populações. (OPAS, 2008)

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

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

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

Dados apresentados em pesquisa realizada por Almeida et al. (2010) em quatro grandes centros urbanos brasileiros (Aracaju/SE, Belo Horizonte/MG, Florianópolis/SC e Vitória/ES) demonstraram dificuldades nos processos de referência e contra-referência fazem com que os profissionais da rede básica de saúde não consigam acompanhar completamente os casos encaminhados para cirurgias eletivas, o que poderia ser melhorado com a implementação de encaminhamentos via centros de saúde e maior integração entre profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde. Tal troca de informações é fundamental para a coordenação de cuidados pela APS e para a integralidade da atenção à saúde.

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO SUAS

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

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

Na saúde, a APS é pautada na ideia de atenção à saúde a partir da imagem de uma pirâmide, a qual teria como base a atenção primária à saúde, seguida da atenção secundária e da terciária, com complexidade que cresce em direção ao topo. (SILVA JUNIOR E ALVES, 2007) De forma análoga aos níveis de atenção à saúde no SUS, podemos pensar os serviços da assistência social a partir da imagem de uma pirâmide: a Proteção Social Básica seria a base, seguida pela Proteção Social Especial de média e alta complexidade.

A Proteção Social Básica acompanha sistemática e prioritariamente famílias em situação de vulnerabilidade social especialmente decorrente da pobreza e visa prevenir situações de risco, sendo realizada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). A Proteção Social Especial de média e alta complexidade atua quando os direitos dos indivíduos e/ou famílias foram violados e vínculos familiares e comunitários já foram rompidos, atendendo prioritariamente pessoas em situação de exclusão social das mais diversas formas e situações socioeconômicas, sendo ofertada pelos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) e abrigos.

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

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

O trabalho realizado pela equipe técnica dos CRAS tem por objetivo prevenir situações de vulnerabilidade social e fortalecer os vínculos comunitários e familiares, desenvolvendo potencialidades e aquisições nos indivíduos e famílias. Os CRAS têm a função de articular a rede intersetorial na sua área de abrangência e são também responsáveis pelo acompanhamento das famílias. Os profissionais que atuam nos CRAS devem ter total conhecimento da rede de serviços presente em seu território, bem como da rede de cuidados e garantia de direitos, tanto de seu território como nos demais, quando estes serviços estão indisponíveis na sua área de atuação.

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

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

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

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

O primeiro estado a implementar o PAIF no Brasil, antes mesmo da regulamentação do serviço pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, foi o Rio de Janeiro. Tal serviço foi idealizado visando atingir os objetivos da garantia dos direitos de cidadania, pautando-se na identificação de que as necessidades das famílias são complexas e multifacetadas, e que a assistência social possui forte característica de articulação. Esse serviço surgiu para organizar a rede local e a rede de proteção social, integrando a assistência social às demais políticas públicas. (RIO DE JANEIRO, 2013)

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

O PAIF iniciou-se em âmbito nacional nos anos 2000, sendo ao longo do tempo modificado e aprimorado. O PAIF é serviço obrigatório e exclusivo dos CRAS, conforme estipulado na Lei Orgânica da Assistência Social, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, tendo como princípios norteadores de seu trabalho a universalidade e gratuidade do serviço. (BRASIL, 2012a)

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

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

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

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

Apesar de trabalhar com o viés da subjetividade, as ações do PAIF não podem ter caráter terapêutico, como práticas psicoterapêuticas, psicodiagnósticas e psicopedagógicas, bem como terapias alternativas e holísticas. Tal vedação se justifica pelo fato destas práticas não estarem inseridas no rol das seguranças afiançadas pela política de assistência social, quais sejam: a acolhida, o convívio familiar e comunitário, a renda, o desenvolvimento da autonomia e a sobrevivência a riscos circunstanciais. Em situações em que tais intervenções se façam necessárias, os usuários devem ser encaminhados para os serviços competentes existentes no município. (BRASIL, 2012a)

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

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

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos é realizado a partir de encontros em grupos definidos por faixas etárias (até 6 anos; de 6 a 15 anos; de 15 a 17 anos; e para idosos). Podem também ocorrer grupos intergeracionais, organizados a partir de ciclos de vida. Este Serviço atua para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e prevenção de situações de vulnerabilidades, através do desenvolvimento de sentimentos de pertença e identidade, com ações de caráter preventivo e proativo. Articula-se com o PAIF para fortalecer o acompanhamento familiar, pautando-se na matricialidade sociofamiliar que embasa a política de assistência social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de; ESCOREL, Sarah; GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, fev. de 2010, p. 286-298.

ALVES, Jolinda de Moraes; SEMZEZEM, Priscila. Vulnerabilidade social, abordagem territorial e proteção na política de assistência social. Serv. Soc. Rev., v. 16. Nº 16. Londrina, 2013, p. 143-166.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à Saúde. In: Matta, G. C.; Pontes, A. L. de M. (orgs). Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.29-60.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>

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

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Resolução n. 269, de 13 de dezembro de 2006. Aprova a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS. Brasília, 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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