

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Gestão Unificada do Sistema Único de Saúde e do
Sistema Único de Assistência Social em
Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil, no período
de 2005 a 2008**

ANA EMILIA GASPAR

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

SÃO PAULO
2010

**Gestão Unificada do Sistema Único de Saúde e do
Sistema Único de Assistência Social em
Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil, no período
de 2005 a 2008**

ANA EMILIA GASPAR

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

SÃO PAULO
2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Gaspar, A. E.

Gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social em Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil, no período de 2005 a 2008 - São Paulo: USP, 2010.

Nº. folhas

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

1. Seguridade Social. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde Pública – Dissertação. I. Universidade de São Paulo, São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010. II. Título.

GASPAR, Ana Emilia

Gestão unificada do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social em Pindamonhangaba - São Paulo, Brasil, no período de 2005 a 2008

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Aprovada em...../...../2010.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as possibilidades concedidas em minha vida pessoal e profissional, e pela força, coragem para lutar pelos meus sonhos e objetivos, e discernimento para enfrentar os obstáculos desta caminhada.

A minha mãe pelo amor e dedicação.

Aos meus filhos Luan e Ana Luisa e meu companheiro Sergio pelo carinho.

A minha amiga Dra. Ana Maria Figueiredo pelo apoio e incentivo.

Ao Prefeito João Antonio Salgado Ribeiro e sua esposa Maria Angélica Salgado Ribeiro pela oportunidade de trabalho e pela compreensão de minhas ausências.

Ao meu orientador Prof. Dr. Paulo Capel Narvai meu respeito e admiração e meus agradecimentos pelos ensinamentos.

Aos meus colegas da Secretaria de Saúde e Assistência Social de Pindamonhangaba pelo carinho e pela tolerância nos bons momentos e nos mais difíceis compartilhados.

A Sandra e Márcia que estiveram sempre me auxiliando.

Aos amigos Marco Manfredini, Maria Aline, Beth Sartorelli e outros que me ajudaram a refletir sobre o tema.

Gaspar AE. Gestão unificada do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social em Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil, no período de 2005 a 2008 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Resumo

Este estudo considera como ponto de partida a Constituição Federal de 1988 onde no capítulo da Seguridade Social os direitos do cidadão na saúde, assistência social e na previdência social foram garantidos. Objetiva descrever e analisar o processo de gestão unificada, de dois sistemas públicos relacionados com a proteção e exercício de direitos sociais, o de saúde (SUS) e de assistência social (SUAS), segundo os componentes do financiamento, planejamento, gestão do trabalho e descrever a participação do controle social neste processo, dentro do centro integrado de saúde e assistência social (CISAS) em Pindamonhangaba, no período de 2005 a 2008. Utiliza como procedimentos metodológicos a pesquisa qualitativa descritiva, do tipo de estudo de caso onde foi realizada coleta de dados secundários para análise de estratégias para unificar o SUS e o SUAS no CISAS, um equipamento de atenção básica onde a estratégia de saúde da família e o centro de referência de assistência social atendem aos usuários dentro dos preceitos legais, na lógica da territorialização. Concluiu-se que a equipe gestora se empenhou em realizar uma gestão unificada mais não consolidou a proposta do trabalho unificado junto aos funcionários e a população, e encontra dificuldade para unificar políticas públicas que já se separaram em outras esferas de governo.

Descritores – Seguridade Social; Políticas Públicas; Saúde Pública; Assistência Social; Sistema Único de Saúde; Sistema Único de Assistência Social; Proteção Social

Gaspar AE. Shared management of the Unified Health System and the Unified Social Services in Pindamonhangaba, São Paulo, Brasil, from 2005 to 2008 [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública of USP, 2010.

Abstract

This study considers as a starting point the 1988 Federal Constitution, in which the rights of citizen's health, social care and social welfare have been assured. It aims to describe and analyze the process of unified management of two public systems, related to protection and social rights, the Health System (SUS) and the Social Care (SUAS), according to the financing, planning and work management components and to describe the participation of the social control in this process, inside the Integrated Center for Health and Social Care (CISAS) in Pindamonhangaba, in the period of 2005 to 2008. As methodological procedures, it uses the descriptive qualitative research, such as the case study in which the secondary data have been collected in order to analyze the strategies to unify the SUS and the SUAS in the CISAS, a primary health care tool where the strategy of Family's Health and the Social Care Reference Center attend the users, according to the legal guidelines, following the logic of municipal territorialization. It has been concluded that the management team made efforts to perform an integrated and coordinated management, but it did not consolidated the proposal of unified network with the work-team and the population, and is finding difficulties to unify the public policies that have already been separated in other government levels.

Descriptors -Social Welfare, Public Policies, Public Health, Social Care, Health System; Single System of Social Welfare, Social Protection

LISTA DE FIGURAS

PÁG.

Figura 1 – Mapa da localização do município de Pindamonhangaba
no Estado de São Paulo

50

LISTA DE QUADROS

	PÁG.
Quadro 1 – Perfil municipal de Pindamonhangaba em relação à região e ao estado de São Paulo	96
Quadro 2 – Crescimento na aplicação dos recursos municipais no período de 2004 a 2008	67
Quadro 3 – Divisão para organização do município para realização do planejamento dos serviços	69
Quadro 4 – Respostas de cada grupo da Região do Centro, 2006	100
Quadro 5 – Respostas de cada grupo da Região Leste, 2006	103
Quadro 6 – Respostas de cada grupo da Região Sudeste, 2006	107
Quadro 7 – Respostas de cada grupo da Região do Araretama, 2006	112
Quadro 8 – Respostas de cada grupo da Região de Moreira César, 2006	115
Quadro 9 – Conclusão geral das oficinas	118

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

AB – Atenção Básica

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CISAS – Centro Integrado de Saúde e Assistência Social

CF – Constituição Federal

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro Referência Especializado de Assistência Social

CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social

DCNT – Doença Crônica não Transmissível

ESF - Estratégia Saúde da Família

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

FMAS – Fundo Municipal da Assistência Social

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNAS – Fundo Nacional da Assistência Social

FNS – Fundo Nacional de Saúde

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome

MPS – Ministério da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PAIF – Programa de Atenção Integral à Família

PEAD – Programa Emergencial de Auxílio ao Desempregado

PSB – Proteção Social Básica

PSE – Proteção Social Especial

PSF – Programa de Saúde da Família

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SS – Serviço Social

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

ÍNDICE

PÁG.

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	33
3. OBJETIVO.....	45
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	46
5. RESULTADOS.....	54
6. DISCUSSÃO.....	80
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
8. REFERÊNCIAS.....	87

ANEXOS

APRESENTAÇÃO

Opto por iniciar esta apresentação da dissertação com algumas indicações de meu próprio percurso profissional para que o leitor conheça o envolvimento da autora com o tema. Concluí em 1986 a graduação em Odontologia na Universidade de Taubaté e em 1987 iniciei minha trajetória profissional de trabalho como servidora pública na prefeitura de Taubaté. A prática da odontologia em unidade de saúde pública, na rede básica, onde passei a atuar, desde cedo me fez compreender o hiato na minha formação e o desejo de me especializar como sanitarista. Em 1990 pude realizar uma especialização em Odontologia Social e Preventiva – Saúde Pública onde me tornei sanitarista, desde então e até o momento atuo neste campo com dedicação exclusiva. A partir de 1995 passei a coordenar a divisão de saúde bucal da Prefeitura de Taubaté. Tornei-me em 1999 a Diretora Municipal de Saúde deste mesmo município e a partir daí venho atuando como gestora de vários municípios do Vale do Paraíba.

Após a experiência de Taubaté (1999 – 2000), tive a oportunidade de conhecer os desafios da gestão de outra realidade bastante diversa, em Lagoinha, município de pequeno porte com características ainda típicas de economia rural de 2002 a 2003. Após aceitei o convite para coordenar a saúde em Campos do Jordão de 2003 a 2004. Iniciei em 2004 em Santo Antonio do Pinhal onde fiquei por apenas 5 meses.

Finalmente em Pindamonhangaba iniciei o percurso em 2005 como assessora de gestão estratégica tendo me tornado secretária já ao final deste mesmo ano, concluído em 2008 um período de um primeiro mandato da atual administração, ali permaneço no segundo mandato até o momento.

Foi o convite para participar de uma proposta organizacional que considero arrojada, qual seja de operar parte dos sistemas que compõe a seguridade social de forma integrada, que me incentivou a realizar a formalização do estudo neste mestrado.

Entre os anos de 2000 a 2008 realizei também a especialização em Vigilância Sanitária e em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde. Neste período como gestora municipal desde 1999 até o momento, atuo também na diretoria do COSEMS/SP Conselho de Secretários Municipais de Saúde do estado de São Paulo, sempre participando junto com outros gestores do estado de São Paulo, pela implantação do SUS nos municípios paulistas.

Encontrei no município de Pindamonhangaba um diferencial na sua estrutura organizacional, o fato de dois sistemas de proteção social estar na mesma secretaria e isso representar uma situação pouco comum nos municípios do país. Isto me despertou muito interesse, resultando na formulação da questão para a pesquisa teórica instigada pela prática como gestora. Assim nasceu o projeto *“Gestão Unificada do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único da Assistência Social em Pindamonhangaba no período de 2005 a 2008”*.

Assim sendo, o trabalho parte da contextualização da idéia da Seguridade Social expressa na Constituição e que foi nos anos da década de 70 sonhada, na década de 80 planejada, continua sendo discutida mais infelizmente não consolidada no nosso país. Apresento e analiso uma proposta de compartilhamento dos sistemas, traduzidos em um equipamento de atuação na rede básica de Pindamonhangaba.

A estratégia metodológica utilizada foi o estudo de caso apoiada em análise de documentos de gestão como leis, decretos, portarias, normas técnicas, relatórios de gestão, atas de reuniões, sites institucionais, sem deixar de considerar a observação participativa da minha própria experiência.

Nos resultados mostro dados sobre a gestão da saúde e da assistência social com indicadores do município.

Na discussão busco refletir através dos dados apresentados, sobre o cotidiano da gestão municipal que está trabalhando em uma proposta inovadora de rede de proteção social, considerando que as políticas públicas estão sujeitas a múltiplos determinantes principalmente em nível local.

Nas considerações finais varias questões suscitadas, problematizando a estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) dentro da mesma estrutura organizacional.

O desejo é que a divulgação deste trabalho possa contribuir para a retomada e o aprofundamento da discussão de estratégias para a apropriação efetiva de uma política de Seguridade Social no Brasil.

1. INTRODUÇÃO

Os princípios constitucionais são os alicerces do ordenamento jurídico e servem para garantir um Estado democrático de direito. Nessa linha, os princípios da Seguridade Social correspondem a um conjunto de normas programáticas que orientam a elaboração das leis e devem ser observadas pela administração pública de modo a garantir o exercício de direitos sociais, por todos os cidadãos.

O atual texto constitucional brasileiro retoma uma discussão interrompida no final do segundo governo de Getúlio Vargas de 1951-1954 , quando foi aprovada, mas não implementada, a criação do Ministério dos Serviços Sociais. Para Noronha (2005) integrou-se conceitualmente sob a denominação de Seguridade Social o “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

O conceito de seguridade social expresso na Constituição Federal de 1988 foi um dos grandes avanços no processo de redemocratização da sociedade brasileira desencadeada no final da década de 70, que culminou na Assembléia Constituinte. Esse entendimento, contudo, não prosperou e nos anos seguintes a fusão da saúde, assistência social e previdência social foram ficando cada vez menos provável (VIANA, 2005).

Atualmente são três os Ministérios que compõem esta área: 1)Saúde, 2) Desenvolvimento Social e Combate à Fome; e 3) Previdência Social.

Segundo Viana (2005) a estrutura administrativa da seguridade social não tem existência formal, embora haja uma estrutura formal de proteção social, estabelecida pela Constituição Federal de 1988, como Seguridade Social, potencialmente capaz de combater a pobreza e diminuir as desigualdades, o raio de ação de tal estrutura ainda é restrito e insuficiente para enfrentar as imensas carências que assolam a população.

A realização da Proteção Social pressupunha, no entender de Viana (2005), explicitamente uma alocação mais democrática dos recursos públicos, a partir de uma base expandida no orçamento da seguridade social, na perspectiva de uma ampliação da cobertura, tendo em vista a idéia da universalidade do acesso a direitos sociais legalmente definidos.

Para garantia de recursos financeiros necessários a esse tipo de proteção social, ampliados no conceito de seguridade social, e também para tornar o financiamento menos dependente das variáveis da economia, os constituintes definiram que as fontes seriam os salários (contribuições de empregados e empregadores), o faturamento do COFINS (contribuição para o financiamento da seguridade social) que é uma contribuição federal, de natureza tributária, incidente sobre a receita bruta das empresas em geral, o PIS/PASEP (programa de integração social e de formação do patrimônio do servidor público), CSLL (contribuição social sobre lucro líquido) das empresas, a receita de loterias e contaria com impostos da União, estados e municípios (MARQUES & MENDES 2005).

O conceito da Seguridade social foi sendo fragilizado e o seu orçamento perdeu sua identidade. O Conselho da Seguridade Social a quem cabia entre outras atribuições aprovar o orçamento, foi extinto sem motivar nenhum esforço visível de mobilização social pela sua preservação (VIANA 2005).

A seguridade social é, sobretudo, um campo de luta e de formação de consciência crítica em relação à desigualdade social no Brasil, de organização dos trabalhadores. Um terreno de embate que requer competência teórica, política e técnica. Exige uma rigorosa análise crítica da correlação de forças entre classes e segmentos de classe, que interferem nas decisões em cada conjuntura. Força por outro lado a construção de proposições que se contraponham às reações das elites político-econômicas do país, difusoras de uma responsabilização dos pobres pela sua condição, ideologia que expressa uma verdadeira indisposição de abrir mão de suas taxas de lucro, de juros, de sua renda e da terra.

Nesta pesquisa pretende-se refletir sobre os aspectos relativos à proposta constitucional de seguridade social e especificamente, analisar a experiência desenvolvida no município de Pindamonhangaba, SP, com a gestão de duas políticas que se constituíram com diretrizes de descentralização e municipalização. O estudo parte das informações sobre as ações desenvolvidas no município pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), organizados na Secretaria de Saúde e Assistência Social.

Assim sendo das três políticas que compõem a Seguridade Social este trabalho se restringe a abordar fatores relacionados à Saúde e a Assistência Social, não envolvendo se à questão previdência social em particular, o que por certo reduz o escopo das conclusões.

1.1 A trajetória do SUS no Brasil

O texto da Constituição Federal de 1988 trouxe um conceito de saúde ampliado que foi regulamentado pela Lei 8.080/90 que dispõe sobre a organização e funcionamento dos serviços e pela Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão e sobre regulamentação das transferências intergovernamentais de recursos financeiros das três esferas de governo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS – 1948) ampliou a definição de Saúde para além do organismo enquanto corpo físico, e a dimensionou para as condições psicológicas ou emocionais e para os aspectos sociais, que deveriam atingir tal ponto de equilíbrio, que proporcionasse o estado ideal do estar completamente bem. Saúde é um bem-estar físico, mental e social. Saúde como qualidade de vida.

Em 1978 ocorreu em Alma-Ata, na Rússia, a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, que foi muito significativa para a saúde pública recomendando a adoção de um conjunto de medidas, entre outras, no campo da educação em saúde, prevenção de doenças e agravos, saneamento básico e prioridade para a atenção à saúde do grupo materno-infantil (mãe/criança). Algumas dessas

medidas tiveram alcances bastante significativos, como aleitamento materno, vacinação, a terapia de reidratação oral, controle da diarreia e de infecções respiratórias, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, chamadas de ações básicas de saúde.

No Brasil desde 1963 quando aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Saúde as questões da organização da saúde pública passaram a ocupar espaço na agenda política das instâncias governamentais, contudo, sem ainda ter expressão reconhecida como reivindicação pela sociedade. Mais de duas décadas foram necessárias para que no bojo das lutas pela volta das liberdades democráticas a sociedade brasileira pudesse incluir a temática da saúde pública como bandeira de luta.

Segundo MENDES (1993) emergem na área sanitária, novos sujeitos sociais portadores de interesses, ideologias e visões de mundos diferentes que vão conformando no período de 1980 – 90 dois grandes projetos políticos co-sanitários alternativos: o contra-hegemônico (a reforma sanitária) e o hegemônico (o projeto neoliberal). As Ações Integradas de Saúde (AIS) um programa de atenção médica, com rubrica específica para seu financiamento, no orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), introduziram nas instituições públicas, através de mecanismos de compra e venda de serviços, a cultura de atenção médica, reconhecendo o setor estatal como mais um prestador de serviços em condições semelhantes aos prestadores privados. No nível operacional as AIS propugnava-se um amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde na linha das prescrições do movimento sanitário. As AIS transitaram

para o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), proposta que vinha sendo construído com crescente base social. O SUDS incorporou conteúdos estratégicos da reforma sanitária , tentando realizar os princípios da reforma sanitária e preparar a transição do SUDS para o Sistema Único de Saúde (SUS). Após a implantação do SUDS, ações de saúde foram desconcentradas para os Estados e municípios de forma convencional acelerando a desestabilização programada do INAMPS.

Na dinâmica da organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi possível uma mobilização capaz de fazer aprovar a proposta de um sistema público de acesso universal. Deste modo após anos de luta a sociedade brasileira conquistou o SUS que foi criado com o objetivo de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população. No contexto do SUS as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser garantido pelo Estado e gerido sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo, o Federal, o Estadual e o Municipal, conforme o Pacto Federativo Brasileiro.

A partir do SUS, condições de saúde de uma população passam a ser compreendidas como expressões determinadas por fatores de espectro ampliado incluindo saneamento básico, alimentação, moradia, o trabalho, o meio ambiente, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. A saúde passa a ser compreendida como um direito social fundamental e produto das condições de vida.

O SUS é embasado nos princípios doutrinários da universalidade, integralidade, equidade, participação e nos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização e controle social. A implantação deste sistema de saúde aconteceu acompanhada de publicações de várias Normas Operacionais Básicas – NOB.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS é um instrumento jurídico institucional, editado periodicamente pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com gestores e outros segmentos da sociedade, negociado e pactuado na Comissão Intergestora Tripartite e aprovado no Conselho Nacional de Saúde, com objetivo de normatizar, aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, regular as relações entre seus gestores (SCOTTI, 1996). Foi à norma operacional básica de 1993 que estendeu a descentralização que se deu com a municipalização.

Para que os municípios organizassem o SUS para sua população, foi criado, pelo Ministério da Saúde, em 1994 o Programa de Saúde da Família estruturado para atender a Atenção Básica à Saúde dentro de uma nova lógica de organização. A estratégia adotada nos anos 1990 para se alcançar a atenção integral no Brasil, passou a instituir equipes multiprofissionais estruturadas para atuar a partir do contexto sócio cultural das famílias. Esta característica pretendia criar a possibilidade de integração e organização das atividades a partir de em um território definido, com o propósito de

propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados localmente (MARTINS, 2002).

Ficou definido o conceito de território como um espaço em permanente construção e de reconstrução, produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado (MENDES, 1993).

Segundo o Ministério da Saúde mediante a adstrição de clientela, as equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

A equipe de saúde da família incorpora intervenções que tem como foco a família e a comunidade. Essas novas abordagens são condições essenciais para cumprir o princípio da integralidade da atenção e implicam a necessidade de um importante processo de aprendizagem dos membros das equipes, formados apenas para a atenção individual e restrita aos aspectos biomédicos (SILVA, 2007).

Além de trabalhar com o princípio da integralidade as equipes também tem uma ação de intersetorialidade.

A intersetorialidade é a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social" (JUNQUEIRA & INOJOSA, 1997).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais de saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELLEGRINI, 2007).

1.2 A trajetória do SUAS no Brasil

Fazendo um breve histórico da Política Pública de Assistência Social no Brasil, podemos iniciar dizendo que até 1988 a Assistência Social era entendida enquanto caridade, filantropia, assistencialismo. A partir da Constituição Federal de 1988 reconhece-se a assistência social como Política Pública. Já com a publicação da LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social, em 07 de dezembro de 1993, iniciou-se o processo de construção da gestão pública e participativa da assistência social através de conselhos deliberativos e paritários nas esferas Federal, Estadual e Municipal.

Em 1997 foi editada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB) que conceitua o sistema descentralizado e participativo, amplia o âmbito de competência dos governos federal, estadual e municipal e institui a exigência de Conselho, Fundo e Plano Municipal de Assistência Social para o município poder receber recursos federais. Em 1998 uma nova edição da NOB diferencia serviços, programas e projetos; ampliou as atribuições dos Conselhos de Assistência Social; e criou os espaços de negociação e pactuação, que reuniram representações Municipais, Estaduais e Federais de assistência social.

Após ampla mobilização nacional, em 2004 foi editada a PNAS - Política Nacional de Assistência Social, e a seguir apresentada proposta da NOB 2005, após amplo debate em seminários Municipais e Estaduais. A versão final foi aprovada no dia 14 de julho em reunião do Conselho Nacional da Assistência Social e a partir de agosto de 2005 o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) se estabelece no país.

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome o “O SUAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo território nacional dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, de caráter continuado ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob critério universal e lógico de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil”, além disso, o SUAS definiu e organizou os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política pública de assistência social, possibilitando a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento aos usuários, indicadores de

avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede prestadora de serviços socioassistenciais.

O SUAS foi à principal deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília (DF), em 2003, e se inscreve no esforço de viabilização de um projeto de desenvolvimento nacional, que pleiteia a universalização dos direitos à Seguridade Social e da proteção social pública com a composição da política pública de assistência social em nível nacional.

Esse novo arranjo sistêmico supõe um pacto federativo, com a definição de competências e responsabilidades dos entes das três esferas de governo.

Segundo o MDS, o SUAS está sendo implementado por meio de uma nova lógica de organização das ações, com a definição de níveis de complexidade do sistema: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de média e alta complexidade, com a referência no território, considerando as especificidades das regiões e portes de municípios e com centralidade na família. E, finalmente, se apresenta como uma forma de operacionalização da LOAS, que viabilizou o sistema descentralizado e participativo e a sua regulação em todo o território nacional.

A Secretaria de Assistência Social é o órgão do Ministério do Desenvolvimento Social responsável pela gestão nacional da Política Nacional de Assistência Social. Implantado em 2005 em todo o território nacional, o SUAS tem como objetivo proporcionar às famílias em situação de vulnerabilidade ou em risco social e pessoal

garantia de maior acesso aos programas sociais. É caracterizado pela Gestão unificada e pelo co-financiamento pelas três esferas, sendo, os recursos para execução dos programas, projetos e serviços do SUAS provenientes dos orçamentos da União, Estados e Municípios.

O conceito de vulnerabilidade foi primeiramente associado especificamente à saúde pública, no contexto de epidemia da AIDS, por Mann e colaboradores, principalmente a partir de 1992, quando publicou o livro: “AIDS in the world”, nos Estados Unidos. Originado da discussão sobre Direitos Humanos, o termo inicialmente associado à defesa dos direitos de cidadania de grupos ou indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente, passou a serem utilizadas nas abordagens analíticas, teóricas, práticas e políticas voltadas à prevenção e controle da epidemia. De acordo com Mann e sua equipe, citado por AYRES (1999), buscando articular o aspecto envolvido na contaminação pelo HIV, estabeleceram uma classificação de vulnerabilidade baseada em três eixos: social, programático ou institucional e individual como os principais determinantes da infecção pelo HIV de pessoas, grupos ou nações. O eixo social inclui condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos e a situação sócio-política e cultural do indivíduo (PAULILO, 2002).

A fiscalização e o controle social das ações são exercidos através dos Conselhos Municipais, Estaduais e do Conselho Nacional de Assistência Social, órgãos

deliberativos e fiscalizadores, compostos paritariamente entre representantes do poder público e da sociedade civil.

No SUAS, as ações assistenciais são organizadas tendo como referência o território onde o cidadão está inserido, com as suas diferenças regionais, carências e potencialidades. Os programas, serviços e projetos devem ser desenvolvidos junto às localidades com maior vulnerabilidade social, prestados diretamente pelo poder público ou através de convênios com entidades de assistência social.

1.3 A trajetória da Previdência Social no Brasil

A primeira legislação relacionada à Previdência Social no Brasil foi datada de 1888, quando foi regulamentado o direito à aposentadoria para empregados dos Correios. A Previdência Social no Brasil possui então mais de 100 anos de história.

O fato considerado como ponto de partida da Previdência Social propriamente dita no País, contudo, é a Lei Elói Chaves (Decreto nº 4.682) de 1923. Ela criou a Caixa de Aposentadoria e Pensões para empregados de empresas ferroviárias, estabelecendo assistência médica, aposentadoria e pensões, válidas inclusive para seus familiares. Em três anos, a lei seria estendida para trabalhadores de empresas portuárias e marítimas (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985).

Na década de 30, através da promulgação de diversas normas, os benefícios sociais foram sendo implementados para a maioria das categorias de trabalhadores, do setor público e privado. Foram criados, também, seis institutos de previdência, responsáveis pela gestão e execução da seguridade social brasileira.

A partir de 1960 ocorre o início da unificação do sistema de Previdência com a Lei Orgânica da Previdência Social. Contudo as mudanças no setor da previdência aconteceram no regime militar. Em 1966 foi criado o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, garantindo aos trabalhadores formalmente empregados, isto é com carteira de trabalho e previdência social (CTPS), a extensão da assistência médica (COSTA, 2002).

Ainda em 1966, com a alteração de dispositivos da Lei Orgânica da Previdência Social, foram instituídos o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, uma indenização para o trabalhador demitido que também pode ser usada para quem quiser comprar sua casa própria.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social. Até então, o tema ficava sob o comando do Ministério do Trabalho e Emprego (na época chamada Ministério do Trabalho e Previdência Social).

A extensão dos benefícios da previdência a todos os trabalhadores se deu com a Constituição de 1988, que passou a garantir renda mensal vitalícia a idosos e portadores de deficiência, desde que comprovada à baixa renda e que tenham qualidade de segurado.

Em 1990, o INPS mudou de nome, passando a ser chamado de INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social.

Segundo o Ministério da Previdência Social em dezembro de 1998, o governo mudou as regras da previdência passando a exigir uma idade mínima para a aposentadoria, que, no caso das mulheres, é de 55 anos e do homem, 60 anos. Anteriormente, a aposentadoria valia para quem contribuísse de 25 a 30 anos, no caso das mulheres, e 30 a 35 anos, no caso dos homens, sem limite mínimo de idade.

Segundo a definição deste Ministério “previdência social é um seguro que garante a renda do contribuinte e de sua família, em casos de doença, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice. Oferece vários benefícios que juntos garantem tranquilidade quanto ao presente e em relação ao futuro assegurando um rendimento seguro. Para ter essa proteção, é necessário se inscrever e contribuir todos os meses”.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A criação do Ministério da Seguridade Social tem sido discutida em vários espaços políticos com diversos atores que tentam recuperar e efetivar o texto da Constituição Federal de 1988.

O primeiro seguro social de que se tem notícia foi instituído por Bismarck, na Alemanha, nos anos 1880 e foi uma opção claramente política, ainda que autoritária. A política social de Bismarck tinha por objetivo o enfrentamento do movimento operário e conformava uma proposta intencional de organização do universo do trabalho – o corporativismo submetido ao Estado – e de controle social. Os propósitos e os efeitos da legislação social bismarckiana foram, de fato, muito mais políticos do que sociais. Bismarck compartilhava com os liberais (e com os empresários) a firme opinião de que qualquer interferência nos negócios privados seria nociva ao sistema. De todo modo, o modelo adotado por Bismarck, o seguro social, difundiu-se rapidamente pela Europa, deslocando seu alvo principal, da pobreza para o trabalho assalariado, a política social ganha papel pró-ativo no sistema: assegura direitos sociais aos que dele participam, hierarquiza o universo dos merecedores de tais direitos segundo as suas (dele) conveniências, e provê mecanismos de controle sobre os que dele se afastam (WERNECK VIANNA, 2002).

A crise dos anos 20, transformações ocorridas no padrão de produção capitalista, a vitória do socialismo na URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), a valorização do planejamento na própria teoria econômica, e duas guerras mundiais

compõem o cenário de um novo contexto, no qual emerge a terceira fase da política social no Ocidente desenvolvido. Nesta fase, a idéia de seguro é substituída pela de seguridade social, a natureza da política passa a ser universalista e seu alvo, a cidadania. Sistemas públicos, estatais ou estatalmente regulados, se tornam os produtores de políticas destinadas a garantir amplos direitos sociais a todos os cidadãos, configurando o que se convencionou chamar Estados de bem-estar social.

Após a II Guerra Mundial, praticamente todos os países desenvolvidos realizaram reformas em seus sistemas de proteção social. O marco reformista foi o relatório Beveridge apresentado ao parlamento inglês em 1942 e transformado em lei em 1946. A proposta estava fundamentada em dois grandes princípios, identificados com a nova concepção de proteção social. O princípio da unidade tinha por metas a unificação das múltiplas instâncias de gestão dos seguros sociais existentes e a homogeneização das prestações básicas. Universalidade, o outro grande princípio, dizia respeito à cobertura – todos os indivíduos – e aos escopos da proteção (todas as necessidades essenciais).

Segundo NORONHA (2005), em um de seus primeiros discursos, Getúlio Vargas depois da vitória da Revolução de 1930, afirmava que “não se podia negar a existência da questão social no Brasil, como um dos problemas que teriam de ser encarados com seriedade pelos poderes públicos”, afirma ainda que não existisse consenso sobre a interpretação dos primeiros esboços da Seguridade Social brasileira.

A Constituição de 1934, promulgada em 16 de julho pela Assembléia Nacional Constituinte, foi redigida “para organizar um regime democrático que assegure à Nação a unidade, a liberdade, a justiça e o *bem-estar social* e econômico”, segundo seu próprio preâmbulo. Ela durou três anos, mas vigorou apenas um ano e foi suspensa pela Lei de Segurança Nacional. O cumprimento à risca de seus princípios, porém, nunca ocorreu e a Constituição de 1934 foi uma grande mistura de princípios liberais, autoritários e corporativistas (ARRUDA e CALDEIRA, 1986).

Respondendo às demandas dos trabalhadores nesta época, ampliou-se o número de categorias cobertas pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP). Esse modelo ganhou maior definição, tomando a forma de um seguro obtido a partir de uma *contribuição suplementar*. Impôs-se então, pela via autoritária, um modelo contratual, de previsibilidade atuarial, no qual a extensão dos benefícios estaria relacionada à capacidade financeira do indivíduo (NORONHA, 2005).

Esse modelo não considera a prestação de serviços de assistência médica como um direito universal (COSTA, 2002).

Os movimentos sociais se caracterizam por se constituírem em "novos" sujeitos coletivos no cenário político em distintas e diferenciadas arenas e espaços que não aqueles tradicionalmente definidos pela concepção liberal clássica de democracia. Por outro lado, constituem igualmente sintomas de conflitos presentes na própria sociedade na medida em que se caracterizam por um forte traço reivindicativo na luta por conquistas na efetivação de demandas sociais, vale dizer, dos direitos sociais. A

partir de sua especificidade e, nesse sentido, de sua particularidade, reivindicam direitos sociais que implicam a igualdade de direitos associada ao direito à diferença, e, portanto a justiça social. (COHN, 2003)

Na segunda metade de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária teve papel fundamental para o processo de universalização dos direitos. A organização do "movimento sanitário" começou por volta de 1976, como um dos desdobramentos da vitória eleitoral do MDB (Movimento Democrático Brasileiro), do qual participou grande número de profissionais e técnicos da área da saúde vinculados ao Partido Comunista Brasileiro. Entidades civis como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós Graduação (ABRASCO) tinham uma influência "institucionalista" mais forte, em detrimento de experiências voltadas para a redemocratização "por baixo". A perspectiva da aglutinação das tendências renovadoras do setor saúde, em nível profissional, era uma manifestação da política de frente democrática ampla que estava na origem da sua liderança (FLEURY, 1977).

A esperança de uma redistribuição da renda fazia parte dos cálculos do processo democrático em marcha no período. Uma análise sociológica da reforma sanitária neste período deixa patente que os profissionais e técnicos da saúde, os professores universitários, enfim, um segmento das classes médias urbanas posicionou-se como porta-vozes dos anseios das camadas mais pobres da população trabalhadora perante o aparelho de Estado encarregado da provisão dos serviços públicos. (STOTZ, 2003).

Segundo SANTOS (2008), após a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, composta por representantes de todos os segmentos públicos, privados, partidários e não partidários envolvidos com a saúde e reconhecida por portaria interministerial, debateu por mais de um ano a formulação da proposta do que viria a ser o Sistema Único de Saúde, que foi a base da discussão e aprovação na Assembleia Nacional Constituinte. Essa formulação foi acompanhada e monitorada pela Plenária Nacional de Saúde, fórum dinâmico integrado por entidades sindicais, movimentos sociais, entidades da Reforma Sanitária, parlamentares e outros. Por final, o histórico Simpósio de Política Nacional de Saúde de 1989, que superou a resistência conservadora contra a apresentação e tramitação da Lei Orgânica da Saúde no Congresso Nacional. Todos estes eventos dos anos 1980 só foram viáveis com mobilização, organização e força política provenientes do pluralismo partidário, dos matizes ideológicos e dos corporativismos da época em torno do ideário republicano dos direitos sociais e do papel do Estado. Houve consciência suficiente de quais eram os principais interesses e setores contra a criação do SUS, e obviamente, quais as alianças capazes de superá-los.

Os constituintes da ala progressista, tendo clareza sobre a necessidade de resgatar a imensa dívida social brasileira herdada do regime militar, procuraram introduzir no texto constitucional direitos básicos e universais de cidadania, assegurando o direito a saúde, definindo o campo da assistência social, regulamentando o seguro desemprego e avançando na cobertura da previdência social dentro do capítulo da seguridade social (MARQUES E MENDES, 2005).

Mesmo tendo inscrito o capítulo da Seguridade Social na Carta Magna do país, não houve a efetivação de um sistema. Sua realização pressupunha uma base expandida de financiamento, um orçamento próprio e órgão gestor único (VIANA, 2005).

DRAIBE (2005) destaca que as políticas sociais brasileiras apresentam dois ciclos. O primeiro, nos anos oitenta, no quadro da instabilidade econômica e processo de democratização; o segundo, a partir da segunda metade dos anos noventa, em que no contexto da estabilização econômica e das reformas institucionais avançam os processos de descentralização e participação, a organização dos fundos para o financiamento das políticas, órgãos e conselhos estaduais e municipais.

A partir dos anos 1990, iniciou-se no país uma onda neoliberal e surgiram oposições a Seguridade Social. A implantação das políticas públicas que aconteceram nesta década tentou transformar em realidade as lutas pela garantia dos direitos de acordo com os dispositivos legais da Constituição Federal de 1988, embora o contexto político nacional e internacional não se mostrasse favorável, pois rediscutiam o papel do Estado, questionando a universalização de direitos. Com isso proliferavam propostas de focalização do gasto público para os setores mais pobres da população, deixando para o mercado a produção de serviços sociais aos setores mais favorecidos (VIANA, 2005).

Conforme destaca MENICUCCI (2006) a conjuntura de crise fiscal, com suas conseqüências sobre o financiamento dos serviços públicos, associada ao fortalecimento de posições conservadoras e voltadas para o mercado, limitou a

possibilidade de ampliação dos serviços de saúde, necessária para garantir a universalização. Para os gastos públicos isso funcionou como freio objetivo e ideológico para a atuação redistributiva do Estado. Na medida em que se tentava implementar a política de saúde, se dá paralelamente, a expansão e a consolidação do sistema privado de assistência à saúde.

A legislação que regulamentou a seguridade pavimentou caminhos distintos para cada uma das três áreas. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), a Lei do Custeio da Previdência (Lei 8.212/1991), a Lei dos Planos e Benefícios da Previdência (Lei 8.213/1991) e a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993), estabeleceram cada uma, suas diretrizes específicas e, progressivamente, efetivou-se a segmentação das áreas (VIANA, 2005).

A complexidade da composição partidária, corporativa e mercantil da sociedade e do Estado aumentou muito a partir de 1990. Muitas forças sociais e políticas se reuniram para a 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992, capazes de impulsionar a grande descentralização com ênfase na municipalização.

Em 1995, a 1ª Conferência Nacional de Assistência Social, com a participação de vários setores e organizações da sociedade, amplia a discussão de uma política de assistência social pautada em direitos. No entanto, o Estado continuava como financiador da filantropia, retardando a assimilação da assistência social como política pública inserida no âmbito da seguridade social. Ou seja, a

institucionalização avançava no plano da descentralização política, mas não na oferta de serviços e benefícios como parte de um sistema, o que só se colocaria na década seguinte. A introdução dos programas de enfrentamento à pobreza também caracterizariam esse período; no entanto, não de forma integrada aos programas tradicionais da assistência social (VAITSMAN *et al*, 2009).

Foi uma força plural gerada no contexto da 9ª CNAS que também pressionou a esfera federal durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996, a implementar a Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96, pactuada, mas retida com receio de provocar a elevação dos gastos federais.

Foi esta mesma força plural que entre outras mobilizou o Congresso Nacional, para a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) em 1996 e da Emenda Constitucional-29 (EC-29) em 2000, com papel determinante das entidades representadas no Conselho Nacional de Saúde. Em 2001, com base nessa mesma “força plural”, foi conseguida a retirada de Medida Provisória que dispunha sobre retrocesso contra o SUS na regulação dos planos privados de saúde (SANTOS 2008).

Uma nova etapa da assistência social é inaugurada com a deliberação de construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) pela IV Conferência Nacional de Assistência Social em 2003 e a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004, com a definição de dois níveis de proteção, a básica e a especial.

Os avanços na área da assistência social foram mais lentos e intermitentes - se comparados, por exemplo, aos do setor saúde - até mesmo pelo pouco poder de vocalização de sua clientela (VAITSMAN *et al*, 2009).

Segundo MARQUES e MENDES (2005) não foram poucos os conflitos ocorridos no interior da Seguridade Social onde as tensões deixaram clara a impossibilidade de sua existência administrativa, na medida em que a legislação ordinária separou as três áreas, e financeira, uma vez que na prática ocorreu uma progressiva especialização das fontes.

Para NORONHA (2005) devemos estabelecer recursos de blindagem para as políticas sociais, usando toda capacidade de mobilização e luta. Os preceitos da seguridade social devem ser cumpridos com rigor, denodo e aplicação, e requer uma defesa intransigente do princípio da universalidade da cobertura, embora seja necessário para isso, à recomposição do seu orçamento.

Duas décadas após a promulgação da Constituição Cidadã, a que se referia Ulysses Guimarães, e num contexto histórico em que se debate a superação do neoliberalismo, o papel do Estado e do mercado na garantia de direitos sociais, tem sido recolocada a necessidade de aprofundar a discussão e retomar o processo de construção da Seguridade Social no país. É com vistas a essa perspectiva que se propõe a realização deste estudo, uma vez que o processo de Gestão unificada da saúde e da assistência social no âmbito municipal pode contribuir para esse debate mais geral sobre os rumos da Seguridade Social no Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde entende-se gestão como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A palavra gestão definida como "o ato de gerir, administrar". Administrar, definido como "governar; reger; ordenar os fatores de produção e controlar sua eficiência e produtividade para obter determinados resultados". A partir desta definição, podemos concluir que o modelo de gestão refere-se à forma como as instituições organizam suas atividades com a aplicação de procedimentos, normas e regras alinhados aos valores e às crenças que determinam as escolhas por determinados comportamentos. Desta forma, a gestão da empresa reflete sua cultura organizacional e seus valores. Daí concluiu que gestão supõe um misto de tecnologias, ou seja, um conjunto de conhecimentos sistematizados e princípios estabelecidos que se desdobre em técnicas e procedimentos de trabalho. A Gestão unificada está entendida aqui, neste trabalho, como o conjunto de práticas para a condução do processo de saúde e de assistência social na Secretaria de Saúde e Assistência Social.

A função de gerir as políticas públicas em qualquer esfera institucional aponta vários desafios que precisam ser enfrentados. O principal desafio para a consolidação das políticas públicas é a materialização dos princípios que nortearam a sua concepção. Para isso, é preciso desenvolver no âmbito dos sistemas a capacidade criativa de

combinar forças técnicas, políticas e administrativas existentes no local. Essa capacidade deve ser desenvolvida por meio de movimentos dinâmicos que, a partir de uma ação, possam alavancar a organização de novos arranjos e ambientes favoráveis para novos avanços.

A função da gestão, de acordo com consenso tripartite (União, estado e municípios), deve ser exclusivamente pública, e que, portanto não pode ser transferida ou delegada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Segundo BARRETO (2006) cabe ao gestor a condução estratégica da organização, cabendo-lhe o estabelecimento de políticas e metas para o alcance do objetivo institucional.

O processo de construção colegiada dos arranjos de gestão do SUS tem produzido grandes acordos na busca de melhores alternativas. A norma operacional básica (NOB 1) de 1996 e a norma operacional de assistência a saúde (NOAS) iniciam a tentativa de inclusão de novos temas. A NOB 1/1996 traz a definição de responsabilidade de cada gestor nas diferentes esferas de governo, amplia o foco do modelo de atenção com a inclusão de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, e introduz o conceito de vínculo entre população e os agentes do sistema de saúde; cria o instrumento de Programação Pactuada Integrada (PPI). A NOAS procura induzir a regionalização do sistema de saúde por meio da regionalização, busca fortalecer o papel coordenador/negociador dos estados e garantir a integralidade da assistência consolidando a atenção primária como a porta de entrada do sistema. O Pacto da Saúde retoma as propostas da NOB1/ 96 e da

NOAS com ênfase na regionalização e na busca de melhor definição do papel dos gestores em suas respectivas esferas de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

3. OBJETIVO

Descrever e analisar o processo de gestão unificada, de dois sistemas públicos relacionados com a proteção e exercício de direitos sociais, o de saúde (SUS) e de assistência social (SUAS), segundo os componentes do financiamento, planejamento, gestão do trabalho; e descrever a participação do controle social neste processo, dentro do centro integrado de saúde e assistência social (CISAS) em Pindamonhangaba, no Estado de São Paulo, no período de 2005 a 2008.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O objeto da pesquisa foi uma descrição da estratégia para a gestão unificada das políticas de saúde e assistência social em Pindamonhangaba (SP), no período de 2005 a 2008, utilizando como instrumento de análise, um equipamento da rede básica (CISAS), componente de gestão (financiamento, planejamento, gestão do trabalho) e participação do controle social.

Foi realizado um estudo de caso. A expressão “estudo de caso” surgiu na área da pesquisa médica e da psicologia, significando uma análise detalhada de um caso individual, que pode ser um grupo, uma organização ou um setor (DESLANDES e GOMES, 2004).

Para DESLANDES e GOMES (2004), o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa mais freqüentemente utilizada na análise de experiências diversas. Este estudo realizou uma avaliação qualitativa analisando a realidade social, no que se refere à gestão pública, em um município de médio porte.

Segundo MARTINS (1994a), a abordagem qualitativa nos permite entrar na realidade social, onde com eventos e variáveis descreveram e compreenderam a complexidade do caso concreto.

Segundo GIL (2002), as pesquisas podem ser classificadas em três grupos: exploratórias, explicativas e descritivas. Este trabalho de pesquisa é do tipo descritivo onde se fez a descrição do Centro Integrado de Saúde e Assistência Social (CISAS), uma unidade pública, composta pela Equipe de Saúde da Família (ESF) que desenvolve a política de saúde integrante do SUS e pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que desenvolve a política de assistência social integrante do SUAS e atua em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinado à prestação de serviços de saúde e programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e indivíduos, e à articulação destes serviços no seu território de abrangência, e uma atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2008).

De acordo com GIL (2002) um estudo de caso é a construção de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro do seu contexto real, realizado através de dados secundários, sendo por pesquisa documental, através de um método de levantamento de dados realizado a partir de coleta de documentos e análise de registros em arquivos.

Para a exploração do objeto de estudo, foram utilizadas as seguintes fontes de dados: (a) Plano Municipal de Saúde e Assistência Social 2006-2009; (b) Relatório de Gestão de 2006, 2007 e 2008; (c) atas das reuniões dos conselhos municipais de saúde e de assistência social; (d) legislação municipal; (e) dado disponível na Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE; (f) dado disponível no

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e (g) sites oficiais e relacionados com o SUS e com o SUAS. Os documentos foram consultados na Secretaria de Saúde e Assistência Social de Pindamonhangaba.

O estudo de caso que se apoiou na análise documental compreendida como uma técnica de coleta de dados que visa tanto à complementação das informações obtidas por outras fontes como a descoberta de novos aspectos do problema estudado (LUDKE e ANDRÉ, 1986; TRIVIÑOS, 1987).

A pesquisa documental inclui o levantamento de material não editado, exposto em meios escritos e outros meios e que nesta pesquisa embasaram a descrição do município e do serviço de atenção básica, o CISAS – Centro Integrado de Saúde e Assistência Social.

A análise do caso concreto possibilitou identificar especificidades e características importantes na discussão da Seguridade Social. Isso propiciou a compreensão das relevâncias realmente observadas no processo social (MINAYO, 2004).

A análise dos dados teve início com a leitura dos documentos coletados. A partir disso se organizou o material observando diversos aspectos, buscando aprender e selecionar o que seria importante para o estudo do caso e estabelecendo as relações encontradas entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, procurando responder às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

Foram analisados também os dados resultantes da oficina realizada com os funcionários e a equipe de gestão da secretaria em 2006, sobre a descrição das áreas e quais as necessidades pontuadas pelas equipes.

Segundo Martins (2006) a análise dos dados é um etapa essencial e desafiadora de uma pesquisa qualitativa, pois envolve processo dialógico de descobertas constantes que normalmente ocorre ao longo da fase de coleta de dados.

PINDAMONHANGABA: o cenário escolhido

Pindamonhangaba é um município do Estado de São Paulo, localizado no Vale do Paraíba Paulista, microrregião de Taubaté. Apresenta 730,17 km² de área territorial total (urbana e rural) da localidade conforme a resolução nº 5, de 10/10/2002, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Figura 1 – Mapa da Localização do município de Pindamonhangaba no Estado de São Paulo



Fonte: IBGE, 2006

A população 2009 segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 146.003 habitantes com uma densidade demográfica de 199,96 Habitantes/ km².

Em 2007 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) registrou 0,815 segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) enquanto que do estado de São Paulo é de 0,814.

Quanto ao Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS 2006, Pindamonhangaba está classificado no Grupo 2 - Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais. O IPRS é divulgado a cada

dois anos e é uma adaptação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), da Organização das Nações Unidas (ONU), à realidade paulista. A ONU reconhece o índice, que avalia três indicadores avaliados como aqueles que podem ser modificados conforme a qualidade da gestão municipal: riqueza, escolaridade e longevidade da população.

O Vale do Paraíba é composto por 39 (trinta e nove) municípios variando entre 5 (cinco) mil e 600 (seiscentos) mil habitantes, sendo Lagoinha e São José dos Campos respectivamente, e está localizado no extremo leste do estado entre as capitais São Paulo e Rio de Janeiro. Segundo a Fundação SEADE a população da região em 2008 era de 2.253.249 (dois milhões, duzentos e cinquenta e três mil, duzentos e quarenta e nove) habitantes, o que corresponde a 5,5 % do total estadual, configurando – se como a quarta região mais populosa do Estado de São Paulo.

Pindamonhangaba esta inserida nesta região com grande atividade econômica voltada para área de serviços, seguido pela indústria, além da agropecuária. A região vem assumindo várias formas de desenvolvimento, que retomam quatro séculos de ocupação, a partir dos colonizadores portugueses. Diferentes ciclos econômicos resultaram complexas determinações socioculturais, com formas desiguais de alocação de riquezas, não só entre as classes sociais, como entre os municípios. No setor saúde, também estas características estão reproduzidas na distribuição desigual de equipamentos e serviços. (SOUZA, 1997).

Em 10 de julho de 1705, o povoado recebeu foros de vila, ficando, portanto, politicamente emancipado de Taubaté. Durante o século XVIII desenvolveu-se em Pindamonhangaba uma atividade agropastoril, com predominância da cultura de cana-de-açúcar e a produção de açúcar e aguardente, em engenhos.

No século XIX, Pindamonhangaba era parte do Vale do Paraíba Paulista, uma área de grande importância econômica e cultural no Brasil, na qual se destacavam também Taubaté, Guaratinguetá, Bananal e São Luis do Paraitinga. Em termos econômicos, isso decorria do cultivo do café, o principal produto brasileiro na economia da época. Do ponto de vista cultural, o destaque se dava pela proximidade da então capital do País, o Rio de Janeiro (FERREIRA, 2007).

No entanto, devido a diversos fatores, a produção do café entra em decadência a partir da segunda metade dos anos 1880. Em Pindamonhangaba, a economia passa a se apoiar na produção leiteira, em extensas culturas de arroz e na produção de hortifrutigranjeiros.

Após a Segunda Guerra, o Vale do Paraíba é favorecido pela instalação de indústrias, devido à sua localização entre os três principais pólos consumidores do País (os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) e pela inauguração da Rodovia Presidente Dutra, que facilitou a circulação de pessoas e mercadorias no eixo Rio – São Paulo.

A indústria chegou ao Vale do Paraíba a partir da década de 1960, beneficiando também Pindamonhangaba. Além da localização privilegiada, a topografia plana do município e os incentivos fiscais oferecidos pela prefeitura favoreceram a implantação de indústrias de grande porte (FERREIRA, 2007).

Atualmente a economia do município é baseada nas indústrias metalúrgicas de alumínio, tubos e papel, na pecuária leiteira e na agricultura de café e arroz.

No município de Pindamonhangaba 95,9 % da população vivem em área urbana e 4,1% vive em área rural.

A Secretaria de Saúde e Promoção Social integra o organograma da Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba e segue os preceitos legais da administração pública conforme previsto na Constituição Federal de 1988. As ações realizadas são norteadas pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 no Sistema Único de Saúde e a Lei 8.742/93 no Sistema Único de Assistência Social.

5. RESULTADOS

Os dados e informações obtidos a partir da consulta dos documentos serão apresentados e analisados.

Os dados sócios econômicos apresentados no anexo 1 foram obtidos a partir de site do IBGE e Fundação SEADE e mostram as características de Pindamonhangaba em relação à região do Vale do Paraíba e ao Estado de São Paulo, em aspectos fundamentais para análise da pesquisa.

Em relação ao IPRS foi observado que o crescimento econômico de Pindamonhangaba fez com que o município tivesse avanços, mais foi incapaz de transformar o dinheiro em benefícios para a população, pois, seus indicadores sociais se mantêm no mesmo grupo durante o período estudado.

A Lei nº. 3.618 de 03 de abril de 2000 de Pindamonhangaba desdobram a Secretaria de Educação e Saúde em duas outras a Secretaria de Educação e Cultura e Secretaria de Saúde e Promoção Social.

A partir de 2005 onde se inicia a análise do processo, o município já havia implantado os serviços de saúde na lógica do SUS, no entanto não havia implantado o SUAS.

De acordo com o relatório de gestão de 2008 a estrutura da Secretaria de Saúde e Promoção Social, com a implantação do SUAS favoreceu o desenvolvimento das ações como programas de transferência de renda e fortalecimento as famílias em situação de vulnerabilidade, melhorando a qualidade de vida da população, numa concepção que valoriza os determinantes sociais da saúde. Estas ações que acontecem promovem apoio temporário, complementar e auxiliam enfrentar o processo de empobrecimento das famílias em decorrência do desemprego ou subemprego, a falta de qualificação profissional e a dependência química.

A partir de 2006 iniciou a implantação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) em áreas de vulnerabilidades. O CRAS é uma unidade de serviço descentralizada, que presta atendimento social às famílias de seu território. A Proteção Social Básica, prevista na Política Nacional da Assistência Social de 2004, tem como objetivo prevenir situações de risco, por meio de desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. De acordo com o guia de cidadania do município de Pindamonhangaba editado em 2007, os programas, projetos, serviços e benefícios destinam-se à população de situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos relacionais e de pertencimento social como discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras.

No item I – Introdução, Concepções e Pressupostos do Plano de Ação do Plano Municipal de Saúde e Promoção Social de 2006 a 2009 encontramos o seguinte texto:

(...) O cabo pela SES foi o de Território, segundo as diretrizes do SUS e do SUAS, compreendido como o lugar aonde as práticas sociais se dão, em seu espaço físico (geográfico) e com o seu tempo (histórico), portanto, o lugar gerador de necessidades e de desenvolvimento da cidadania. Com a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e sua relação e identidade com o Sistema Único de Saúde (SUS), a lógica da integração entre saúde e assistência social, ficou facilitada nos termos da Lei e do aparato normativo pertinente aos dois sistemas, na medida em que, por exemplo, ambos trabalham com a lógica do território e os princípios da integralidade, da universalidade, da participação da sociedade e da gestão dos três conceitos escolhidos e pactuados durante uma experiência de planejamento estratégico e situacional levada a esferas do governo. Para tanto, adotamos a Estratégia de Saúde da Família como a mais indicada no momento para imprimir as modificações desejadas pela reorganização da Pasta. O passo seguinte foi estabelecer um processo de regionalização do município que fosse reflexo e objeto do desenvolvimento de práticas em saúde e assistência social, segundo os modelos adotados.

(...) processo de regionalização proposto implica a reorganização da rede de serviços da secretaria, que prevê a expansão da Estratégia de Saúde da Família para o restante do município, com a implantação concomitante e paulatina de 05 Centros de Referência em Assistência Social,

(...) que deverão seguir a estratégia de territorialização, adscrição de clientela e vinculação estreita com as pessoas e populações correspondentes. O processo, assim pensado, completará a cobertura de 100% do município.

A proposta da integração dos sistemas descrita no Plano Municipal e a concepção de uma gestão dos dois sistemas de forma unificada são traduzidas na criação do Centro Integrado de Saúde e Assistência Social - CISAS que é implantado como equipamento para que se materialize a proposta na base territorial.

CISAS – Centro de Referência de Saúde e Assistência Social

Segundo o Plano Municipal a proposta é que cada região tenha um CISAS com um trabalho integrado, com uma equipe de CRAS e as equipes de PSF realizando vários projetos de saúde e sociais de modo compartilhado, integrando os profissionais e fortalecendo vínculos com as famílias residentes na região definida.

No CISAS os profissionais trabalham com área de abrangência e foco na família. A área de abrangência da equipe da saúde é de até 1.000 famílias conforme territorialização e com 5.000 famílias de vulnerabilidade social conforme abrangência que é definida pelo centro de referência de assistência social. A territorialização se apresenta como a base territorial constituindo num dos princípios organizativo-assistenciais dos sistemas.

A reorientação do modelo de atenção da saúde e da assistência social no município de Pindamonhangaba foi proposta com objetivo de melhorar os indicadores sociais e de saúde, aprimorar a relação dos sistemas com seus usuários procurando atender de forma humanizada, integralizada e equânime (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

Segundo MENDES (1993, p. 222) o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para caracterização da população e de seus problemas, devendo ser detalhada chegando ao domicílio, o que possibilita a adscrição de clientela e o estabelecimento de ações de proteção da população, visando priorizar as atividades necessárias.

A importância do território pode ser atestada pela análise comparada de sistemas de saúde em diferentes países. Os sistemas de saúde mais eficazes, eficientes e equitativos tem como elemento comum a sua estruturação numa base territorial tal como acontece na Suécia, na Finlândia, na Inglaterra, em Cuba, na Costa Rica e em outros países. A concepção de território-processo transcende à sua redução de uma superfície-solo e às suas características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. Esse território, então, além de território-solo é, ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico (MENDES et al, 1993).

O objetivo deste trabalho integrado no CISAS, que é desenvolvido pela equipe multidisciplinar, é discutir os casos com visão geral olhando a especificidade de cada família e de cada indivíduo e com isso interferir na realidade, desenvolvendo ações sociais e de saúde que afetam as condições objetivas e concretas de vida das pessoas, principalmente das pessoas que vivem em contextos de forte desigualdade social. A busca diária é para melhorar a qualidade de vida num conceito definido por SPOSATI (2003) “a noção de qualidade de vida envolve duas grandes questões: a qualidade e a democratização dos acessos às condições de preservação do homem, da natureza e do meio ambiente. Sob esta dupla consideração entendeu-se que a qualidade de vida é a possibilidade de melhor redistribuição - e usufruto - da riqueza social e tecnológica aos cidadãos de uma comunidade; a garantia de um ambiente de desenvolvimento ecológico e participativo de respeito ao homem e à natureza, com o menor grau de degradação e precariedade”.

O trabalho compartilhado que acontece no CISAS é um conjunto de práticas direcionado aos problemas da comunidade que apontam alternativas para o desenvolvimento e o fortalecimento de populações principalmente as expostas a situações de vulnerabilidade social, com ações de vigilância aos riscos a saúde e condições de vulnerabilidade, prevenção a situações de risco e promoção social e de saúde. Procura-se promover a vida em todos os seus aspectos, atuando dentro da lógica de trabalho em rede, articulado, permanente e não ocasional, no reconhecimento da realidade local, na sua complexidade, nas suas brechas, nas suas possibilidades de alterar o que está posto.

A estruturação da equipe como base principal da organização dos serviços de saúde e de assistência social tem a missão de unificar o processo de trabalho segundo recortes verticais, composto de segmentos estanques por categorias profissionais e também de responsabilizar cada equipe por um conjunto de ações definidas a partir de um planejamento. Uma característica de grande importância é que a equipe se responsabilize pelos problemas coletivos além de conhecer os problemas individuais. Um dos objetivos estratégicos é reduzir a impessoalidade que reina nos serviços públicos, traço cinzento que reforça a burocratização da atenção médica – sanitária. A força de trabalho representado pelos funcionários que atuam na base territorial por meio de seus conhecimentos, competências, habilidades e comportamentos deve ser valorizado para que o trabalho unificado atinja o objetivo de atender a população adstrita (CAMPOS, 2006).

Esta equipe unificada realiza reuniões semanais para discutir os casos de famílias e individuais. Este espaço funciona para potencializar e refletir o trabalho do dia a dia.

Nos CISAS o programa de atenção integral à família (PAIF) é o principal programa de proteção Social Básica, do SUAS com o objetivo de desenvolver ações e serviços básicos continuados para famílias em situação de vulnerabilidade social, tendo por perspectivas o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, o direito à proteção social básica e a ampliação da capacidade de proteção social e de prevenção de situações de risco no território de abrangência. As diretrizes metodológicas do PAIF são de articular o conhecimento da realidade das famílias com o planejamento do trabalho; potencializar a rede de serviços e o acesso aos direitos; valorizar as famílias em sua diversidade, valores, cultura, com sua história, trajetórias, problemas, demandas e potencialidades; potencializar a função de proteção e de socialização da família e da comunidade; adotar metodologias participativas e dialógicas de trabalho com as famílias e implementar serviços socioassistenciais em comunidades tradicionais (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2008).

Cada unidade do CRAS conta com uma equipe formada por assistentes sociais, psicólogos, auxiliares administrativos e estagiários, conforme preconiza o Ministério de Desenvolvimento Social. Todo o trabalho visa promover a emancipação social das famílias, devolvendo a cidadania para cada um de seus membros.

O enfrentamento das situações de vulnerabilidade social e de saúde demanda um esforço das organizações civis, da sociedade e do governo que deve trabalhar de modo integrado e articulado na concepção de saúde e seus determinantes, além de pensar na expansão dos direitos de cidadania.

De acordo com o perfil de Pindamonhangaba, apresentado no anexo 1, observamos que o município apresenta em relação a território e população, valores semelhantes aos do estado de São Paulo com destaque para o índice de envelhecimento que no município apresenta o valor de 38,62% enquanto que no estado de São Paulo de 46,65%. O índice de envelhecimento mostra o número de pessoas de 60 (sessenta) anos ou mais de idade, para cada 100 (cem) pessoas menores de 15 (quinze) anos de idade, na população residente no município. Este índice mostra que a população municipal é mais jovem em relação ao índice estadual.

De acordo com os dados de estatísticas vitais e de saúde a taxa de mortalidade infantil (16,64%) se apresenta no valor bastante elevado em relação à taxa estadual (12,56%) e bem próxima da taxa da região (15,20%).

O município também apresentou uma grande proporção de mulheres com 7 (sete) e mais consultas de pré-natal (88,74%) e um índice de alto de partos cesáreos (64,24%) acima dos índices da região e estadual de 55,89% e 55,36% respectivamente.

Nos dados de condições de vida os indicadores agregados de riqueza, longevidade e escolaridade cresceu ligeiramente entre os anos de 2004 e 2006, mais seu escore permaneceu abaixo da média regional e estadual.

Na habitação, infra-estrutura urbana e educação os valores se aproximam dos valores estaduais.

Quanto ao emprego e rendimento nos valores observamos que o município oferece mais empregos na indústria, com rendimento médio dos vínculos empregatícios remunerados na indústria apresentando valor de 22,57% acima do valor estadual. Isto reflete nos dados da economia que tem percentual do valor adicionado do setor industrial, isto é, no valor que a atividade das indústrias agrega aos bens e serviços consumidos no seu processo produtivo de 47,59% acima do índice estadual. Em síntese o município apresentou crescimento da economia quanto a vários setores mais ainda não refletiu na melhoria da qualidade de vida de seus munícipes.

Participação do controle social no processo de gestão

Conselhos Municipais de Saúde (COMUS) e de Assistência Social (CMAS)

Os conselhos são canais efetivos de participação democrática da sociedade fazendo com que o direito social seja cada vez mais respeitado e tendo um papel importante na implementação das políticas públicas na cidade. (CAMPOS, 2006).

Em seu parágrafo 2º, a Lei 8.142/90 define: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância

correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”.

O COMUS de Pindamonhangaba é composto de 18 (dezoito) membros titulares, representando segmentos, sendo 9 (nove) usuários, 3 (três) profissionais de saúde, 3 (três) gestores e 3 (três) prestadores de serviço. Cada membro titular tem 2 (dois) suplentes. É deliberativo com comissões organizadas e representação no Conselho Estadual de Saúde.

Embora o termo “conselho” não seja uma expressão nova na história de participação política, os conselhos gestores de políticas públicas surgem a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 que prevê, no capítulo da Seguridade Social, como um dos objetivos, “o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados” (BRASIL, 1988).

Na sociedade brasileira, o processo de democratização vem se fortalecendo com a participação da sociedade civil em instâncias de deliberações políticas. Os conselhos deliberativos de políticas públicas apresentam-se hoje, como importantes mecanismos de democracia participativa.

A Lei Orgânica da Assistência Social nos garante no seu artigo 16 “as instâncias deliberativas no sistema descentralizado e participativo de assistência social, de

caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil, são: I - o Conselho Nacional de Assistência Social; II - os Conselhos Estaduais de Assistência Social; III - o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal e IV - os Conselhos Municipais de Assistência Social”.

O CMAS (Conselho Municipal de Assistência Social) de Pindamonhangaba é composto de 14 (quatorze) membros titulares sendo 7 (sete) representantes do governo e 7 (sete) das instituições de atendimento à criança, deficiente, idoso, família, associações de moradores de bairro, sindicato, conselhos e profissionais da área. Neste conselho da assistência social não há participação de usuários do SUAS.

O livro de ata do Conselho Municipal de Saúde mostrou que o número de reuniões no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2008 foi de 48 (quarenta e oito) reuniões, sendo uma reunião mensal.

No livro de ata do Conselho Municipal da Assistência Social no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2008 aconteceram 80 (oitenta) reuniões.

Após leitura das atas das reuniões no livro de ata do COMUS e do CMAS foi detectado que o tema da Gestão unificada do SUS e do SUAS não foi pautado como tema de discussão em nenhuma das reuniões. De acordo com a análise das atas das reuniões realizadas no período estudado, os conselhos tratam o SUS e o SUAS de modo separado, discutindo estratégias para melhorar e ampliar o número de serviços de saúde e assistência social de modo individualizado. Isto pressupõe que não

aconteceu um movimento político que mobilizasse os conselhos. A proposta de gestão unificada não foi incorporada pelos municípios.

Financiamento

As ações e serviços da área da saúde e da assistência social realizadas no âmbito municipal são financiados com recursos da União, dos estados e dos municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, conforme legislação existente no país.

De acordo com a Emenda Constitucional nº. 29, de 2000 cada esfera devem assegurar um aporte regular de recursos para a saúde. No caso do município é de 15%. Para assistência social não existe vinculação orçamentária obrigatória para os municípios.

Para que o repasse de recursos seja regular é importante que o município tenha a Leis Orçamentárias (Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Plano Plurianual), o Plano Municipal de Saúde, o Plano Municipal da Assistência Social além de outros instrumentos legais da gestão municipal (Termo de Compromisso de Gestão, Programação Pactuada Integrada, Relatório Anual de Gestão).

Os repasses ocorrem por meio de transferências fundo a fundo, realizadas pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) que tem por objetivo proporcionar recursos para financiar o benefício de prestação continuada e apoiar serviços, programas e projetos de assistência social e pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) que tem

também por objetivo proporcionar recursos para financiar os serviços e programas da saúde.

Em Pindamonhangaba a Secretária de Saúde e Promoção Social tem dois fundos sendo o Fundo Municipal da Saúde e o Fundo Municipal da Assistência Social onde o responsável e o ordenador de despesas é o Secretário, e funcionam com a fiscalização dos Conselhos Municipais.

O quadro 2 mostra no período de 2004 a 2008 como tem crescido a aplicação de recursos municipais nas áreas de saúde e assistência social mostrando vontade política para enfrentar as desigualdades sociais e melhorar os serviços oferecidos a população. Aponta também a diferença no montante de aplicação de uma área em relação à outra.

Observamos que o município tem aplicado na saúde, muito além do previsto na emenda constitucional. Atualmente o recurso aplicado é somente para manutenção da rede municipal de saúde já instalada.

Quadro 2 – Crescimento na aplicação dos recursos municipais no período de 2004 a 2008

Aplicação dos Recursos

	2004	2005	2006	2007	2008
Saúde	16,98%	21,91%	24,33%	25,28%	22,34%
Assistência Social	----	----	----	3,16%	3,49%

Fonte – Secretária de Saúde e Promoção Social

Planejamento da secretaria quanto à regionalização

O Plano Municipal de Saúde do período de 2006 a 2009 estabeleceu como prioridade da gestão a reorganização administrativa, tendo como base o conceito de *território* com o CRAS e a estratégia a Saúde da Família. Foi estabelecido um processo de regionalização do município, a partir dos modelos e práticas em saúde e assistência social, composto pelos eixos: programático, mudança do modelo de atenção e adequação da área física. A mudança do modelo de atenção, com ênfase na atenção básica teve como proposta ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção que já estava sendo realizada no município.

O eixo programático visou dar suporte técnico às ações, por meio do estabelecimento de programas para as áreas identificadas como prioritárias.

O texto constitucional, quando define Sistema Único de Saúde, explicita a estruturação de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada. Mas, para que se logre alcançar uma verdadeira transformação do sistema de saúde em vigor é fundamental que essa regionalização não se baseie exclusivamente em modelos teóricos, mas que se processe traduzindo distintas realidades através do planejamento local e da participação social (MENDES, 1993).

No eixo de adequação de área física tinha como objetivo buscar recursos financeiros para investimento realizando obras e reformas para ter condições sanitárias ideais para o funcionamento da rede municipal de saúde e de assistência social. Foi importante uma ação articulada para a concretização dos objetivos e uma gestão estratégica integrada das duas políticas públicas.

O quadro 3 apresenta como ficou definido os territórios dentro do município, dividindo em 5 (cinco) regiões de saúde e de assistência social.

Quadro 3 – Divisão para organização do município para realização do planejamento dos serviços

MAPA DE TERRITORIALIZAÇÃO DA REDE BÁSICA DE PROTEÇÃO SOCIAL E ATENÇÃO À SAÚDE

REGIÃO I CENTRO		REGIÃO II LESTE		REGIÃO III SUDESTE		REGIÃO IV MOREIRA CÉSAR	REGIÃO V ARARETAMA
PIRAQUAMA BOM SUCESSO-PSF	CAMPO ALEGRE JARDIM MARIANA	CASTOLIRA - PSF / CRAS LOT. SÃO PAULO	CIDADE NOVA PSF / CRAS	BORBA GOIABAL -PSF	PASIM	ARARETAMA - 3PSF	NOVA ESPERANÇA-CRAS
MANDUJ TRABUJ KANECAI MARTINS OLIVEIRAS	MOMBAÇA CAMPO BELO ALTO DO CARDOSO-CRAS	VILA SUIÇA JARDIM YASSUDA CARANGOLA	FBTAL PSF VISTA ALEGRE	POUSO FRIO PINHÃO DO UNIA PINHÃO DO BORBA QUILOMBINHO HORTO FLORESTAL	VILA SÃO BENEDITO - UBS VILA SÃO JOSÉ VILA SÃO JOÃO PORTAL DOS EUCALIPTOS MANTIQUEIRA TAIPAS	ITAOCA (CDHU) RESIDENCIAL DAS AMÉRICAS JARDIM ARCO IRIS U N A FAZENDA MOMBAÇA	
RIBEIRÃO GRANDE CRUZ GRANDE PSF CRUZ PEQUENA COLUMÉIA	JARDIM REZENDE LESSA SOCORRO GALEGA	SANTA CECÍLIA PSF HARAS PAULISTA JOÃO DE BARRO	JARDIM ELOYNA PSF CAMPININHA SANTA CRUZ VITÓRIA PARK	LAGO AZUL CAFEZAL CANTA GALO MONTE TABOR SANTO ANTONIO DO BORBA	IPÊ I IPÊ II LOTEAMENTO LIBERDADE FAZENDA SAPUCÁIA CÍCERO PRADO CURUPUTUBA	CIDADE JARDIM - PSF	JARDIM PRINCESA PARQUE LAGO AZUL FAZENDA MARÇOM FAZENDA SANTA RITA
PINGA GRAMINHA DAS BICAS ORVALINHO NOVA GOKULA BURAQUEIRA TETEQUEIRA ROLA MASSAIM	JARDIM CAMPOS MAIA SÃO JUDAS TADEU SÃO BENEDITO PARQUE SÃO DOMINGOS VILA BOURGUESE PARQUE IPÊ JARDIM ROSELI QUADRA COBERTA VILA PRADO	CHACARAS REUNIDAS MARICÁ - PSF	JARDIM REGINA PSF DUTRA FAZENDA BURITI		MOREIRA CÉSAR -3PSF/CRAS	DISTRITO INDUSTRIAL VILLAGE PAINEIRAS COLONIAL VILLAGE REAL VILLE	
BOA VISTA BOSQUE CRISPIM - UBS BEIRA RIO	JARDIM IMPERIAL PSF JARDIM CRISTINA PARQUE SÃO DIMAS		CAMPINAS - PSF SOLO RICO SHANGRILÁ		VALE DAS ACÁCIAS JARDIM CARLOTA JARDIM AZEREDO MARIETA AZEREDO LOTEAMENTO PAULINO DE JESUS PADRE RODOLFO LAERTE ASSUNÇÃO KARINA LOTEAMENTO RAMOS ATANÁSIO		
CENTRO - UBS ALTO DO TABAU VILA NAIR MARIA EMÍLIA SANTA LUZIA	PARQUE DAS NAÇÕES VILA VERDE BELA VISTA PSF PONTE ALTA		BETA DELTA TRIÂNGULO PSF RESIDENCIAL ALFA				

Fonte: Secretária de Saúde e Promoção Social

Neste processo a descentralização das ações de serviços de forma ordenada, para os bairros teve por objetivo organizar e conhecer a demanda de cada região, além de buscar a integralidade, através de um processo de conhecimento dos profissionais de suas áreas de abrangência. Todos os profissionais são contratados via administração direta, através de concurso público, o que permite continuidade e fortalecimento do processo de regionalização e da fixação dos mesmos nas suas áreas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006).

De acordo com documentos da Secretaria a equipe de gestão tem trabalhado para agregar os indicadores de saúde por região para que se tenha uma visão individualizada e com isso possa planejar e executar ações para atender as necessidades da população de cada área.

O município iniciou a implantação da estratégia saúde família em 2000. No início de 2005 a rede básica possuía 14 equipes de Saúde da Família. No período estudado outras equipes foram implantadas onde até dezembro de 2008 havia 21 equipes de saúde da família com 19 equipes de saúde bucal, o que representava em 2008 uma cobertura de 52% da população.

Os CISAS organizados no município de Pindamonhangaba podem ter uma ou mais equipes de saúde da família em seu equipamento que prioriza ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde dos indivíduos, da família, dos recém-nascidos, dos idosos sadios ou doentes de forma integral e contínua da sua área de abrangência.

Em cada região do município o CISAS tem uma implantação diferente. Na região de Moreira Cesar e Leste existe um prédio único onde está instalada a equipe do CRAS (assistentes sociais e psicólogos) e da PSF (medico generalista, dentista, enfermeira, auxiliares de saúde bucal, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Nas regiões do Centro, Araretama e Sudeste as equipes do CRAS e do PSF estão em prédios separados apesar de terem a mesma área de abrangência e o foco nas mesmas famílias.

Descreveremos as características do CISAS de cada região para mostrar como a gestão unificada se dá em cada região.

Região I – Centro

O CRAS e os ESF estão instalados em locais distantes. Existe um CRAS e quatro equipes de saúde da família sendo duas rurais (Bonsucesso e Cruz Grande), duas localizadas na área urbana (Jardim Imperial e Bela Vista) e duas unidades básicas de saúde (Centro e Crispim). A população aproximada desta região é de 50 mil habitantes. Corresponde a 31% da população do município. São cadastradas nos PSFs aproximadamente 17.500 munícipes. Os demais que corresponde a 32.500 utilizam as duas unidades básicas de saúde, portanto na área do Centro o CISAS é apenas um processo de trabalho, não existindo estrutura física para o equipamento.

Existe uma interface grande entre as equipes de PSF e o CRAS, embora as equipes estejam em espaços físicos distantes. As famílias são conhecidas e acompanhadas pelos profissionais que compõe estes serviços. A interface entre os profissionais do CRAS e

os profissionais das unidades básicas do modelo tradicional praticamente não existe. Estas unidades de saúde se limitam a atender e encaminhar os usuários, sem acompanhamento dos problemas familiares pela área de assistência social.

A região do Centro apresenta um grande contraste sócio-econômico. As regiões onde hoje estão fixadas as equipes do PSF são as áreas que apresentam maior vulnerabilidade e estas famílias são acompanhadas pelos CRAS.

A garantia do acesso na rede básica de saúde fortalece para que cada vez mais as unidades básicas sejam usadas como porta de entrada do sistema de saúde.

Segundo o Relatório de Gestão (2008) as famílias em situação de vulnerabilidade social que necessitam ser inseridas na rede de proteção social passam por entrevista, pois antes da inserção nos programas os profissionais devem conhecer a realidade daquele indivíduo e de sua família.

A região do centro tem uma característica de ter uma parte de zona urbana e uma parte de zona rural, isto faz com que os bairros nesta região com grande poder aquisitivo e outros bairros de extrema pobreza, acentuando a desigualdade social nesta região do município.

A partir de 2006 acontece a implantação do SUAS no município, onde a assistência social passa a ser encarada como uma política pública. Com isso muda-se a lógica de trabalho das equipes da assistência social. Os profissionais que somente entregavam cestas básicas como solidariedade e favor, passam a trabalhar com programas

promovendo a inclusão social nesta região e em todo o município (PLANO MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2006).

A população tem sido incluída nos programas e projetos mostrando que a proposta do SUAS tem sido cumprida conforme a Lei Orgânica da assistência social (Lei nº. 8.742/93), onde o enfrentamento da pobreza é uma diretriz primordial.

Região Leste

Nesta região o CRAS e a equipe de saúde da família estão lotados no Castolira e ocupam o mesmo espaço físico facilitando a atuação compartilhada dos profissionais. As equipes de saúde da família Santa Cecília e do Maricá ocupam outros prédios, mais mantém uma boa integração de serviços. Neste CISAS a equipe formada realiza reuniões e conduzem grupos educativos de promoção e prevenção.

As equipes de saúde relatam que os casos discutidos são resolvidos rapidamente. O bairro do Castolira é uma área de pobreza, um bairro que se formou com a doação de casas populares para famílias de risco, o que torna a área de grande vulnerabilidade social.

A equipe de gestão aponta como necessário discutir o modo de trabalhar da equipes, que ainda esperam os usuários irem até o serviço. Uma atitude pró-ativa dos profissionais facilitaria a consolidação destas políticas públicas (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2008).

Segundo as diretrizes do Plano municipal de saúde e assistência social (2006-2009) os profissionais do CISAS devem acolher as famílias e os indivíduos garantindo a defesa dos direitos humanos e sociais, além de realizar a proteção pró-ativa por meio de visitas às famílias que estejam em situações de maior vulnerabilidade como, por exemplo, as famílias que não estão cumprindo as condicionalidades do programa bolsa família ou em situação de risco.

Nesta região leste existe um grande número de projetos sociais para envolver a comunidade. Um dos projetos é o telecentro que foi implantado no bairro em 2007 tem por objetivo realizar a inclusão digital de jovens principalmente, atendendo também idosos e adultos. A equipe do CISAS tem como responsabilidade de resgatar a cidadania das famílias desta área de abrangência, principalmente do bairro do Castolira oferecendo cursos que capacite profissionalmente os munícipes promovendo sua inserção no mercado de trabalho (PROJETO TELECENTRO, 2007).

Região Sudeste

Na região sudeste a equipe do CRAS e do PSF da Cidade Nova formam um CISAS. Estão em prédios com entradas independentes mais vizinhos. Este CRAS também dá retaguarda para outras seis equipes de saúde da família. A abrangência do PSF nesta região é de 100%. É uma área de 20.192 munícipes que são acompanhados pelos agentes comunitários de saúde. Com isso existe uma grande demanda para a assistência social que tenta acompanhar todos os casos em situação de vulnerabilidade social.

Conforme vai existindo a integração da equipe, os profissionais vão conhecendo e acompanhando cada família, sabendo quais necessitam mais cuidados.

Nesta área existe além da procura espontânea da população pelo CRAS, os encaminhamentos, que são realizados por todas as categorias profissionais, sendo pelos médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Com a crise econômica de 2008 vários trabalhadores da indústria perdeu o emprego o que gerou conseqüentemente um aumento da demanda para o CISAS da região sudeste. O grande número de pessoas foi incluído e encaminhado para outras áreas, fortalecendo a intersetorialidade tão importante para que exista a integração, principalmente a nível municipal.

Região Araretama

O CISAS aqui também só existe com processo de trabalho. Existe pouca integração entre os profissionais das quatro equipes de PSF e do CRAS da região. A queixa dos profissionais da saúde é da demora do retorno para os casos encaminhados (DIAGNÓSTICO DO ARARETAMA, 2007).

Esta área tem 100% de cobertura de PSF, sendo 19.000 usuários cadastrados.

Nesta região aconteceu uma mudança de modelo de Unidade Básica de Saúde do modelo tradicional, onde havia um equipamento com as três clínicas básicas sendo clinico geral, pediatria e ginecologia para a estratégia de saúde da família. A mudança aconteceu em 2007 e no mesmo ano se deu a implantação do CRAS (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006 -2009).

Segundo o Relatório de Gestão 2008, esta é a área mais crítica em relação à organização de serviços e recursos humanos. Existe aqui um agravante que é a não aceitação da nova estratégia da saúde da família pela população, que reivindica a implantação de um pronto atendimento. Com esta tensão entre a população e as equipes gera um desgaste dos profissionais que solicitam rapidamente sua transferência das unidades do Araretama, dificultando a fixação de profissionais na equipe.

Apesar de a área ser composta por um CRAS e 4 (quatro) equipes do PSF, a equipe do Cidade Jardim tem características bem diferentes das 3 (três) equipes do Araretama. Na Cidade Jardim existe uma melhor integração entre a equipe e a comunidade.

Região Moreira César

Foi o primeiro CISAS a ser organizado no município e está estruturado com três equipes de saúde da família e um CRAS, além de outros serviços da área de saúde. Além destas três equipes de PSF, este CRAS, dá retaguarda para Unidade Básica de Saúde da Vila São Benedito.

Na região de Moreira César temos 28% da população, isto significa 40.000 munícipes sendo que 13.500 são cadastrados no PSF e os 26.500 são atendidos pela unidade básica da Vila São Benedito.

Observamos que existe uma grande interface com as equipes de saúde da família e nenhuma interface com a unidade básica da Vila São Benedito.

Gestão do trabalho

Para efeitos desta NOB/96, considera-se gestão do trabalho no SUS a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à Saúde dos seus usuários até as atividades - meio necessárias ao seu desenvolvimento. O "Trabalho no SUS" refere-se aquele que é exercido pelos trabalhadores dos serviços públicos e privados de saúde (contratados ou conveniados). Diz respeito às relações de trabalho de caráter permanentes e precárias, desde que exercidas no interior do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo a NOB/RH – SUAS para a implementação do SUAS e para se alcançar objetivos previstos no Plano Nacional da Assistência Social de 2004, é necessário tratar a gestão do trabalho como uma questão estratégica. A qualidade dos serviços socioassistenciais disponibilizados à sociedade depende da estruturação do trabalho, da qualificação e valorização dos trabalhadores atuantes no sistema único da assistência social.

No mês de dezembro de 2006 foi realizada pela Secretaria de Saúde e Promoção Social cinco oficinas onde participaram a equipe de gestão e os trabalhadores para discutir as prioridades das regiões, conforme anexo 2.

Nesta oficina os trabalhadores do CISAS de cada região do município foram chamados e divididos em grupos.

Após uma apresentação dos indicadores sociais e de saúde foram solicitados:

1. Traçar o perfil da sua região
2. Identificar as mais importantes “situações problema” e a partir das vulnerabilidades e riscos identificados, optar por 2 (duas) situações problema e propor formas de intervenção.
3. Identificar o “papel da equipe de trabalhadores/servidores” nas intervenções propostas

As equipes do CISAS de cada região assumiram o território geográfico definido no planejamento, onde estão coletivos humanos com modos de vida, relações sociais, culturais, políticas e históricas.

Segundo documentos preparativos das oficinas consultados, o objetivo das oficinas foi trabalhar a territorialização como importante ferramenta para o planejamento, para a organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde. Três pilares foram à base das discussões, o território, o risco sanitário e as vulnerabilidades epidemiológicas e sociais. Ficou claro o esforço da equipe de gestão em dar ênfase aos espaços de saúde e não exclusivamente de atenção à doença e ênfase nas relações sociais, onde a sua dinâmica define as necessidades de cuidados à saúde.

As reuniões e oficinas aproximam a gestão do cotidiano das equipes fazendo com que durante as conversas os problemas sejam identificados e melhore a relação entre trabalhadores e gestores.

Cada trabalhador teve um olhar diferente e considerar cada ponto de vista é importante para que se encontre uma solução coletiva, produzindo a pactuação por outro modo de cuidar, nascido do diálogo, da negociação e principalmente do comprometimento.

Os profissionais observaram que existe uma grande necessidade de se melhorar a política de educação no município, pois a baixa escolaridade e o desemprego apareceram na maioria dos grupos como problema.

A visão dos profissionais é ampla apresentando fatores no território que segundo eles estariam ligados a sua região e interfere diretamente na sua atuação.

Apontam a importância de articular também com outras secretarias como a educação, o esporte, o lazer e o meio ambiente, considerando a saúde já integrada com a assistência social.

Questões amplas como o tráfico de drogas e a baixa capacidade para o turismo também foram observadas por eles, como fatores que interferem diretamente nas regiões.

Nos relatórios, os profissionais tanto ligados ao SUS como ao SUAS, estão inseridos no seu território e mostram que conhecem a dinâmica social de sua comunidade, apresentando na oficina os relatos de seu cotidiano e propostas de intervenção.

Segundo documentos consultados a implantação de um modelo de atenção com responsabilização e vínculo entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores, a garantia dos direitos dos usuários e a valorização do trabalho nos serviços de saúde e assistência social são propostas para integrar os profissionais dos dois sistemas, garantindo o acesso universal na saúde e acesso as famílias vulneráveis na assistência social.

6. DISCUSSÃO

O trabalho consistiu no desenvolvimento um estudo preliminar procurando descrever e analisar alguns itens da gestão unificada. Foram analisados os dados secundários da Secretaria de Saúde e Promoção Social disponíveis do período de 2005 a 2008. Período esse curto, para se obter resultados e até impacto sobre os indicadores sociais e de saúde.

A equipe de gestão tem discutido com os profissionais em oficinas e reuniões as características da unidade de atenção básica, ressaltando sua potencialidade de trabalhar na sua área de abrangência, com foco nas famílias principalmente as em situação de vulnerabilidade social conforme descreve Silva (2007).

Atualmente um conceito bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Este conceito que pauta o trabalho das equipes do CISAS segue a proposta da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), citado por Buss e Pellegrine, 2007, que define os determinantes sociais de saúde como fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Trabalhando com o foco de atenção nas famílias, o CISAS realiza diversas ações de atenção básica. Como parte constitutiva da atenção básica, a promoção de saúde passa a ser compreendida como um processo de capacitação da comunidade para

interferir, com um controle cada vez maior, sobre os determinantes de saúde conforme a Carta de Ottawa (OMS, 1986).

Em 2005 equipes de Saúde da Família (ESF) já estavam implantadas na cidade sem o trabalho compartilhado com a assistência social, embora a secretaria já fosse à mesma. O trabalho conjunto, compartilhado tem início com as ações de territorialização. Após a proposta de territorialização, realizado em oficina ficou definido que cada região teria um CRAS trabalhando de modo integrado às unidades de saúde, iniciando-se então a integração entre saúde e assistência social. Em algumas regiões este processo acontece de forma melhor e em outras ainda existe muita dificuldade e a integração é superficial.

O Plano Municipal de Saúde e de Promoção Social de 2006 -2009 revela que o município adotou a lógica do planejamento de ações de saúde e assistência social encarando como esferas articuladas para o aperfeiçoamento da cidadania, centrada em quatro eixos: Promoção, Proteção, Assistência e Gestão Estratégica e definindo o conceito de Território, segundo diretrizes do SUS e do SUAS.

Em 2005 o município contava com 14 (quatorze) Equipes de Saúde da Família, 4 (quatro) Unidades Básicas e nenhum CRAS. A proposta do Plano Municipal de Saúde e Promoção Social era seguir a estratégia de territorialização e cobrir 100% do município.

Observamos através do Relatório de Gestão de 2008 que a proposta foi realizada em 80% pois, o número de Equipes de Saúde da família é de 21 (vinte um).

O trabalho multiprofissional e de saberes interdisciplinares discutido nas reuniões de equipe são de extrema importância para que seja efetivada a atenção integral à saúde e a assistência social, visto que os determinantes de saúde nas condições de vida, de trabalho e no estilo de vida dos indivíduos definidos a partir de suas relações sociais, demandam um conjunto de saberes que dêem conta da realidade. Esta proposta vivenciada pelo município segue, portanto a definição apresentada por Martins (2002).

A proposta de integrar tem sido um desafio para os profissionais e para equipe de gestão. Conforme citado na definição de Viana (2005) esta fusão das três políticas, constituindo assim a seguridade social, ficou cada vez menos provável. A percepção da área de assistência social é de que a saúde “engole” e não se consegue desenvolver na área social estando à política compartilhada.

Existe uma tensão interna, realizada por parte dos funcionários ligados a assistência social de que o melhor caminho seria separar, e se criar a Secretaria Municipal de Assistência Social (DELIBERAÇÕES DA CONFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2007)

Observamos que já existe uma separação no que diz respeito à parte financeira. Um funcionário faz a gestão do Fundo Municipal de Saúde e outro faz a gestão do

Fundo Municipal da Assistência Social, não existe nenhuma integração entre os fundos. Ocorre na gestão do SUS e do SUAS o que foi citado por Viana (2005), onde o conceito da Seguridade social ficou fragilizado e seu orçamento perdeu sua identidade.

Houve também um movimento para unir os Conselhos, criando uma ação conjunta entre os conselhos da saúde, da assistência social e outros, com a realização em 2006 do I Fórum de Políticas Públicas, proporcionado para todos os conselhos participantes a possibilidade que apresentar propostas conjuntos de ação, seguindo a definição de Cohn (2003) onde os movimentos sociais são os novos sujeitos coletivos. As propostas foram individualizadas, e cada conselho deliberou de forma isolada.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (BRASIL, 2006) ao preconizar que ações típicas da atenção básica sejam desenvolvidas por meio de práticas democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados, considerando sua dinamicidade existente no contexto em que vivem essas populações, ressalta a importância da participação de forma interativa na área da saúde, de outros profissionais e da própria comunidade. Esta política adota a estratégia da saúde da família como prioritária e reconhece que é necessário adequar as especificidades loco – regionais, face à diversidade existente entre os municípios brasileiros. O município adotou a estratégia como eixo estruturante da organização da rede de proteção social, utilizando como base a política nacional de atenção básica e a política nacional da assistência social.

Observamos neste estudo que os usuários que procuram o CISAS têm várias demandas tanto de saúde como para serviço social e cabe a equipe inseri-lo em programas assistenciais, ceder auxílio/benefícios que atendam as carências em que vivem. O agir dos profissionais deve sempre estar voltado para os princípios da cidadania e da justiça social e não apenas permeados por ideais de boa vontade e compaixão. Cortella (2002) partilha deste mesmo fundamento, ao alertar a importância para a assistência social, frente a sua herança profissional ligado a caridade, de distinguir os limites entre fazer o bem aos outros e ter um projeto profissional comprometido com a emancipação e autonomia dos usuários.

Na mensagem final do Guia de Cidadania cita:

“A Secretaria tem trabalhado na defesa da Assistência Social e da Saúde como política de seguridade, em uma perspectiva municipalista, buscando efetivar uma rede de serviços dinâmica e eficiente”.

A secretaria tem procurado unificar as políticas públicas com ações e serviços integrados seguindo da definição de Noronha (2005) de blindagem para as políticas sociais.

Aponta-se a necessidade de retomar a discussão da Seguridade Social em todas as esferas, enquanto proposta constitucional com orçamento próprio e estratégia para realmente incluir o cidadão, garantindo-lhe políticas públicas e apoiando propostas municipais capaz de tornar um país mais justo socialmente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe um fator que dificulta muito o trabalho integrado, a distância entre estas duas áreas nas outras esferas de governo. Tanto no governo federal onde encontramos o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social como no governo estadual onde vemos a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social sem nenhuma integração entre elas. Com isso os municípios são estimulados e pressionados a terem secretarias separadas, o que já acontece na grande maioria deles.

Pindamonhangaba tem sido cobrada pela esfera estadual de ter sua Secretaria de Assistência Social. Dentro do próprio município há cobranças para que se crie esta secretaria, por parte dos funcionários, conselheiros e da própria população em geral.

Outro aspecto a considerar é que o município não criou legalmente o CISAS. Não existe nenhuma lei, portaria ou decreto municipal apresentando a proposta de integração. Isso deixa o equipamento fragilizado, sujeito a desmonte frente a uma mudança política.

Um importante aliado neste processo é o fortalecimento das discussões com os usuários e os profissionais para que entenda a proposta de integração. A parceria de técnicos e comunidade em espaços verdadeiramente democráticos, em nível local, desperta a consciência de políticas que partam dos problemas e

necessidades que foram identificados e sejam significativos para os próprios usuários daquela unidade. Mesmo as ações ocorrendo a partir de uma mesma secretaria, se operacionalizam de forma sistemática, e com objetivos específicos bem definidos, sendo congruentes em situações que se façam necessários.

O trabalho multi e interprofissional ocorre na experiência relatada com objetivo maior de atender a população que se encontra em vulnerabilidade social, sendo uma proposta arrojada de gestão embora sua continuidade esteja fragilizado frente às dificuldades apresentadas.

As transformações reais nos processos de trabalho entre a saúde e a assistência social só se efetivarão num movimento de articulação entre a produção dos serviços, a participação social e a gestão na direção de uma lógica de uma de ação compartilhada consolidada entre todos os atores população, profissionais e gestores.

8. REFERÊNCIAS

Aureliano L, Draibe SM, A especificidade do "Welfare State" brasileiro. In: MPAS/CEPAL. *A política social em tempo de crise: articulação institucional e descentralização*. Brasília: Cepal, 1989.

Arruda M, Caldeira C., Como Surgiram as Constituições Brasileiras. Rio de Janeiro: FASE (Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional). Projeto Educação Popular para a Constituinte, 1986.

Barreto EF, Estilos gerenciais e o impacto na longevidade das organizações. Salvador: EDUFBA,2006, 124p.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, seção I, p.018055,20 set.1990.

_____. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 7 dez.1993.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 28 dez.1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM n.2.203, de 5 de novembro 1996. Aprova a NOB – SUS 1/96. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, seção 1, p.22932, 6 jul. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/ GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS – SUS 01/2001). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, seção 1, p.15, 29 de set 2001.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH – SUS), princípios e diretrizes, 2 ed. Brasília, 2000.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Resolução nº 269 de 13 de dezembro de 2006. Aprova a Norma Operacional de Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB/RH – SUAS), Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização, Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais do Pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, 2006. 76p.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. 20anos de SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008
[Acesso em 27 de março de 2010]. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/arquivos/file/sus20anosfinal.pdf>.

Bresser Pereira LC., Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In Pereira, Luis Carlos Bresser, SPINKS Peter. (Orgs). Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. Rio de Janeiro. Editora: FGV, 2001 a.p.21-38.

Bulla LC e Leal MLM., A participação da sociedade civil no Conselho Municipal de Assistência Social: o desafio de uma representação democrática. Revista Virtual Textos & Contextos, Rio Grande do Sul, nº. 3, dez. 2004.

Buss PM e Pellegrini AF., A saúde e seus determinantes sociais. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.

Campos WSG., Reforma da reforma repensando a saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Chizzoti A., A pesquisa em ciências humanas e sociais. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1995.

Cohn A., Estado e sociedade e as reconfigurações do direito a saúde. Ciência e saúde coletiva, v.8, n.1, 2003

Cohn A, Nunes E, Jacobi PR; Karsch U. S. A Saúde como direito e como serviço. 5 ed . São Paulo: Cortez, 2008.

Cohn A, Elias PEM., Equidade e reformas na saúde nos anos 90. Ciência e saúde coletiva, v.18, supl. Rio de Janeiro, 2002.

Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. [Acesso em 10 ago 2009]. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.

Cortella M S., O espaço da ética na relação indivíduo e sociedade. In: Bonetti; Silva; Sales; Gonelli (orgs). Serviço Social e ético: convite a uma nova práxis. 5ed. São Paulo: Cortez, 2002.

Costa RCR., Descentralização, Financiamento e Regulação: a Reforma do Sistema Público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Revista de Sociologia e Política*, n.18, p. 49-71, jun 2002.

Crepop. Referência técnica para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, CFP, 2007.

Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. Petrópolis: vozes, 2007.

Draibe SM. *Ciclos de reformas de políticas públicas em ambiente de consolidação da democracia: a experiência brasileira recente de reforma dos programas sociais*. Campinas: Unicamp; 2005.

Ferreira CC., *Pindamonhangaba: atlas histórico e geográfico*. São Paulo: Editora Noovha América, 2007.

Fleury SMT. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1994

_____. A questão democrática na Saúde. In: Fleury, S.M.T. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editora, 1997.

Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. *Histórico da Cidade*. [Acesso em 12 nov. 2008] Disponível em: <http://www.pindavale.com.br>.

_____. *Cidade*. [Acesso em 12/11/2008]. Disponível em: <http://www.pindamonhangaba.sp.gov.br>

_____. Lei Eloy Chaves. [Acesso em 27 nov. 2009]. Disponível em <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades [base de dados na internet]. Brasília (DF); 2007 [acesso em: 12 dez 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>

Jorge E., Setenta centavos: a réplica. Saúde e sociedade, São Paulo, v.14, n.1, p.23-26, jan-abr 2005.

Junqueira LAP, Inojosa ARM, Komatsu S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”. Caracas, 1997

Junqueira LAP & Inojosa RM., Desenvolvimento social intersectorialidade: a cidade solidária. São Paulo, FUNDAP, 1997.

Koster I., A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro; 2008. 206 p.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Programas, Rede SUAS, Proteção Social Básica [Acesso em 10 dez 2007]. Disponível em <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protacao-social-basica/paif>

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. [Acesso em 10 dez 2007]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/>

Marques RM, Mendes A. SUS e Seguridade Social: em busca do Elo Perdido. Saúde e sociedade, São Paulo, v.14, n.2, p.39-49, maio - ago 2005.

Martins GA., Epistemologia da pesquisa em administração. Tese (Livre Docência), Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1994a, 110p.

Martins JA, Programa de Saúde da Família: um novo desafio para o Serviço Social. Monografia (conclusão de curso) – Universidade do Estado de São Paulo- UNIFESP. Serviço Social. Franca, 2002

Mendes EV, Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.

Menicucci TMG., Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. Saúde e sociedade, São Paulo, v.15, n.2, p.72-87, maio - ago 2006.

Mínayo M C S., O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

_____. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Noronha JC., Os rumos do Estado Brasileiro e o SUS: a Seguridade Social como Política Pública da Sociedade e Estado. Saúde e sociedade, São Paulo, v.14, n.2, p.31-38, maio - ago 2005.

Oliveira JAA e Teixeira SMF (IM) Previdência Social 60 anos de história da Previdência no Brasil, Petrópolis, 1985

Organização Mundial da Saúde (OMS). Carta de Ottawa. 1986.

Palma e Silva LA, Stanisci SA. Assistência social parâmetros e problemas. Brasília: MPAS/SEAS; São Paulo: FUNDAP, 1999.

Paulilo, MÂ; Jolás, Leila Solberg. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade. Serviço Social em revista, Londrina, v. 03, nº 1, p.39-59, jul/dez. 2000

Paulilo, M Â; Dal Bello M G, Jovens no Contexto Contemporâneo: Vulnerabilidade, risco e violência. Serviço Social em revista, Londrina, v. 04, nº 2 jan/jun. 2002.

Pindamonhangaba. Plano Municipal de Saúde e Promoção Social 2005- 2008

Pindamonhangaba. Plano Diretor [Acesso em 18 de dezembro de 2009]. Disponível em: <http://www.pindamonhangaba.sp.gov.br/planodiretor>.

Pindamonhangaba. Relatório de Gestão da Saúde e Promoção Social, 2008

Pindamonhangaba. Guia de Cidadania, Departamento de Promoção Social, 2007.

Pindamonhangaba. Deliberações da Conferência Municipal de Assistência Social, 2007.

Rodrigues, NS. Encruzilhada nos rumos do SUS: considerações, 2008.

Rondinelli DA. Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries. *Internacional Review of Administrative Sciences*, 1981, 47(2).

Scotti RF. Informações Sobre A NOB-96. [Acesso em 12 de outubro de 2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/nob-info.html>

Severino A J. Metodologia do trabalho científico. 21. ed.São Paulo: Cortez, 2000.

Silva A C. Saúde da família, saúde da criança: a resposta de Sobral. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed, 2007.

Souza AMAF. Sistemas de informação em saúde e avaliação de serviços de saúde: o SIA do SUS. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1997.

Sposati A. Políticas Públicas proteção e emancipação pelo Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC/SP, em parceria com o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais - INPE e Instituto Polis, com apoio da FAPESP - linha de pesquisa em Políticas Públicas (2001-2003)

Stotz E N. Trabalhadores, direito á saúde e ordem social no Brasil. São Paulo me perspectiva, vol.17 nº. 1 São Paulo Jan./Mar. 2003

Unglert C V S. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993. p. 221-35.

Vaitsman J, Andrade G R B, Farias LO. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. Ciênc. saúde coletiva vol.14 no. 3 Rio de Janeiro May/June 2009.

Viana A L A et al. Proteção Social Dilemas e Desafios. São Paulo: Hucitec; 2005.

Viana S M. A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema. Saúde e sociedade, São Paulo, v.14, n.1, p.7-22, jan-abr 2005.

_____. Voltando ao tema: tréplica. Saúde e sociedade, São Paulo, v.14, n.1, p.27-29, jan-abr 2005.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.

ANEXOS

Quadro 1 – Perfil municipal de Pindamonhangaba em relação à região e ao estado de São Paulo

Território e população	Ano	Pindamonhangaba	Reg. Gov	Estado SP
Área (em km)	2009	730,17	4.237,89	248.209,43
População	2009	146.003	560.818	41.633.802
Densidade Demográfica (Habitantes/km2)	2009	199,96	132,33	167,74
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2000/2009 (Em % a.a.)	2009	1,67	1,48	1,33
Grau de Urbanização (Em %)	2009	96,05	91,84	93,76
Índice de Envelhecimento (Em %)	2009	38,62	44,34	46,65
População com Menos de 15 Anos (Em %)	2009	23,77	22,94	23,17
População com 60 Anos e Mais (Em %)	2009	9,18	10,17	10,81
Razão de Sexos	2009	98,52	98,59	95,65
Estatísticas Vitais e Saúde				
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	2007	14,67	13,85	14,65
Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	2007	51,32	48,83	51,55
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	2008	16,64	15,20	12,56
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2007	16,83	18,37	15,20
Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2007	122,62	131,19	127,50
Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2007	4.057,06	3.811,99	3.750,80
Mães Adolescentes (com menos de 18 anos) (Em %)	2007	7,84	7,10	7,31

Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-natal (Em %)	2007	84,41	72,79	75,73
Partos Cesáreos (Em %)	2007	64,24	55,89	55,36
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)	2007	9,77	9,91	9,09
Gestações Pré-termo (Em %)	2007	18,64	9,46	8,25
Condições de Vida				
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Riqueza	2004	47	48	52
	2006	51	50	55
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Longevidade	2004	67	67	70
	2006	70	69	72
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Escolaridade	2004	50	54	54
	2006	58	60	65
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS	2004	Grupo 2 - Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais		
	2006	Grupo 2 - Municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais		
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM	2000	0,815	...	0,814
Renda per Capita (Em salários mínimos)	2000	2,19	2,60	2,92
Domicílios com Renda per Capita até 1/4 do Salário Mínimo (Em %)	2000	6,95	5,15	5,16
Domicílios com Renda per Capita até 1/2 do Salário Mínimo (Em %)	2000	15,92	12,56	11,19
Habitação e Infraestrutura Urbana				
Domicílios com Espaço Suficiente (Em %)	2000	88,30	87,98	83,16
Domicílios com Infraestrutura Interna Urbana Adequada (Em %)	2000	90,86	91,15	89,29

Coleta de Lixo - Nível de Atendimento (Em %)	2000	97,80	98,74	98,90
Abastecimento de Água - Nível de Atendimento (Em %)	2000	97,50	96,40	97,38
Esgoto Sanitário - Nível de Atendimento (Em %)	2000	88,90	89,78	85,72
Educação				
Taxa de Analfabetismo da População de 15 Anos e Mais (Em %)	2000	5,57	6,16	6,64
Média de Anos de Estudos da População de 15 a 64 Anos	2000	7,80	7,70	7,64
População de 25 Anos e Mais com Menos de 8 Anos de Estudo (Em %)	2000	52,65	54,33	55,55
População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo (Em %)	2000	40,13	40,42	41,88
Emprego e Rendimento				
Participação dos Vínculos Empregatícios na Agropecuária no Total de Vínculos (Em %)	2008	4,05	2,46	3,20
Participação dos Vínculos Empregatícios na Indústria no Total de Vínculos (Em %)	2008	42,72	28,15	23,46
Participação dos Vínculos Empregatícios na Construção Civil no Total de Vínculos (Em %)	2008	4,31	3,30	4,39
Participação dos Vínculos Empregatícios no Comércio no Total de Vínculos (Em %)	2008	17,68	17,34	19,01
Participação dos Vínculos Empregatícios nos Serviços no Total de Vínculos (Em %)	2008	31,25	48,75	49,93
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Agropecuária (Em reais correntes)	2008	662,40	633,48	876,36
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Indústria (Em reais correntes)	2008	2.551,22	2.555,80	1.975,31
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Construção Civil (Em reais correntes)	2008	1.395,51	943,08	1.297,33
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios no Comércio (Em reais correntes)	2008	824,82	878,23	1.211,80
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios nos Serviços (Em reais correntes)	2008	1.241,22	1.211,77	1.771,40

Rendimento Médio no Total de Vínculos Empregatícios (Em reais correntes)	2008	1.710,49	1.509,12	1.663,36
Economia				
Participação nas Exportações do Estado (Em %)	2008	1, 021314	2, 582692	100, 000000
Participação da Agropecuária no Total do Valor Adicionado (Em %)	2006	0,65	0,85	2,11
Participação da Indústria no Total do Valor Adicionado (Em %)	2006	59,33	48,47	30,18
Participação dos Serviços no Total do Valor Adicionado (Em %)	2006	40,02	50,68	67,72
PIB (Em milhões de reais correntes)	2006	2.993,70	9.354,94	802.551,69
PIB per Capita (Em reais correntes)	2006	20.827,63	16.974,66	19.547,86
Participação no PIB do Estado (Em %)	2006	0, 373023	1, 165650	100, 000000
Economia				
Participação nas Exportações do Estado (Em %)	2008	1, 021314	2, 582692	100, 000000
Participação da Agropecuária no Total do Valor Adicionado (Em %)	2006	0,65	0,85	2,11
Participação da Indústria no Total do Valor Adicionado (Em %)	2006	59,33	48,47	30,18
Participação dos Serviços no Total do Valor Adicionado (Em %)	2006	40,02	50,68	67,72
PIB (Em milhões de reais correntes)	2006	2.993,70	9.354,94	802.551,69
PIB per Capita (Em reais correntes)	2006	20.827,63	16.974,66	19.547,86
Participação no PIB do Estado (Em %)	2006	0, 373023	1, 165650	100, 000000

*Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>

Quadro 4 – Respostas de cada grupo da Região do Centro, 2006

	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3
Grupo 1	<p>Área extensa com características diferentes, urbana e rural;</p> <p>Barreiras geográficas e financeiras da população da zona rural;</p> <p>População Feminina maior parte 20 a 39 anos</p> <p>População masculina maior parte 15 a 19 anos;</p> <p>Baixa cobertura do PSF;</p> <p>Baixa escolaridade;</p> <p>Alto índice de evasão escolar;</p> <p>Falta de adequação ao saneamento básico (zona rural)</p> <p>Alto índice de desemprego.</p>	<p>Problema:</p> <p>Desemprego e o círculo vicioso no recebimento dos benefícios</p> <p>Intervenção:</p> <p>Capacitações para geração de renda;</p> <p>Atividades que promovam à emancipação social como formação de cooperativas, planejamento familiar.</p> <p>Problema:</p> <p>Rede de proteção insuficiente/ desarticulada.</p> <p>Intervenção:</p> <p>Articular melhor os profissionais dos setores;</p> <p>Aproveitar profissionais das entidades;</p> <p>Facilitar parcerias com instituições privadas;</p> <p>Aumentar o número de estagiários.</p>	<p>Sintonia dos profissionais intra e inter secretarias, para sistematizar os procedimentos em rede;</p> <p>A equipe deve estar articulada conhecendo o trabalho dos atores envolvidos, para o acompanhamento integral e sequencial dos casos (referência e contra-referência)</p>

Grupo 2	<p>Alto grau de vulnerabilidade social:</p> <p>Desemprego</p> <p>Muitos munícipes com o 1º grau incompleto</p> <p>Saneamento Básico</p> <p>Dos salários de 01 a 04 mínimos</p> <p>Faixa etária 20 a 39 anos para mulheres e 10 a 14 anos para homens</p> <p>Autônomo sem previdência social</p> <p>Tráfico de drogas</p>	<p>Problema:</p> <p>Desemprego de incentivo a escola e cursos profissionalizantes</p> <p>Intervenção:</p> <p>Zona rural sem facilidade de acesso para cursos profissionalizantes</p> <p>Saneamento básico na área rural</p> <p>Expansão do Projeto Fehidro (fundo estadual de recursos hídricos)</p> <p>Expansão das oficinas ou implantação pedagógicas, esportivas, lazer e laboratoriais.</p>	<p>Acolhimento</p> <p>Estabelecimento de vínculo com a comunidade</p> <p>Integração dos departamentos da secretaria</p> <p>Orientações através de trabalhos sócios - educativos</p>
---------	--	--	---

Grupo 3	<p>45% do território sem cobertura PSF.</p> <p>Área urbana e rural de grande extensão</p> <p>Vários bloqueios de acesso aos serviços</p> <p>Grande concentração dos serviços: saúde, social, comércio, educação, financeiro.</p> <p>Alta concentração populacional</p> <p>Evidência de grande contraste social entre a zona urbana e rural (saneamento básico, situação habitacional, grau de escolaridade)</p> <p>Potencialidade do desenvolvimento do eco turismo na zona rural</p> <p>Baixa capacitação profissional, gerando alto índice de desemprego.</p>	<p>Problema:</p> <p>Não aceitação da mudança de modelo (médico centrado) protecionismo social, dificuldade de aderência aos programas preventivos e educativos.</p> <p>Baixo rendimento escolar, evasão escolar e falta de qualificação profissional.</p> <p>Intervenção.</p> <p>Melhorar o acolhimento.</p> <p>Capacitação profissional – educação continuada.</p> <p>Promoção de ações educativas visando aderência.</p>	<p>Mudar o modelo médico centrado com valorização de todas as modalidades profissionais da equipe de saúde.</p> <p>Reversão do modelo assistencial – promover modelo preventivo e de promoção da saúde.</p> <p>Organização do trabalho para promover através das Secretarias de Educação e Segurança (evasão escolar e drogas).</p> <p>Checar informações nas unidades de saúde e assistência social com as escolas (frequência e rendimento).</p>
---------	---	--	--

Fonte: Secretaria de Saúde e Promoção Social

Quadro 5 – Respostas de cada grupo da Região Leste, 2006

	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3
Grupo 1	<p>Faixa etária de 20 a 39 anos</p> <p>Escolaridade: fundamental incompleto</p> <p>Renda e ocupação: menos de 1 a 4 salários mínimos (Castolira com 1 a 2 s.m.)</p> <p>Alto índice de desemprego</p> <p>Índice significativo de emprego eventual</p> <p>Mobilização: Baixa participação</p> <p>Dificuldade de comunicação entre população e servidores.</p>	<p>Problema:</p> <p>Educação</p> <p>Intervenção:</p> <p>Ampliar oferta de creche e educação infantil</p> <p>Articulação da rede (saúde, assistência social, educação, esporte e lazer)</p> <p>Trabalhar a educação para cidadania em campanhas sócio-educativas.</p> <p>Problema:</p> <p>Desemprego</p> <p>Intervenção:</p> <p>Escolas mais atraentes, com informática, biblioteca, esporte e lazer, criar um espaço para desenvolver a capacitação profissional.</p> <p>Trabalhar a família sobre a sua responsabilidade de manter os filhos na escola.</p>	<p>Acolhimento de qualidade</p> <p>Articulação intersetorial e intrasetorial</p> <p>Ações conjuntas com parcerias nas realizações de tarefas.</p>

		<p>Incentivar e criar política pública de geração de renda através das potencialidades de cada bairro e parcerias da iniciativa privada.</p> <p>Utilizar os desempregados desenvolvendo atividades produtivas para a melhoria da qualidade de vida e do meio ambiente, através do PEAD (Programa Emergencial de Auxílio ao Desempregado)</p>	
--	--	--	--

Grupo 2	<p>Saneamento básico</p> <p>Coleta de lixo</p> <p>Cobertura de programas sociais</p> <p>Salário médio/bom</p> <p>Situação Habitacional Boa</p> <p>Boa Estrutura Básica de Escolaridade (ofertas de ensino fundamental e médio)</p> <p>Área sem Barreiras Geográficas</p> <p>Somente 33% da área coberta por PSF</p> <p>Falta de creches</p> <p>Falta de atividades de lazer para jovens</p> <p>Consumo de drogas lícitas e ilícitas</p>	<p>Problema:</p> <p>Gravidez precoce</p> <p>Falta de perspectiva para os jovens</p> <p>Intervenção:</p> <p>Intensificar trabalhos educativos e preventivos e melhorar o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde</p> <p>Intensificar os projetos de lazer, esporte, atividades culturais (teatro, músicas)</p> <p>Aumentar o número de telecentros (centros para realizar a inclusão digital da população).</p>	<p>Integrar e interagir com as redes locais: comércio, educação, comunidade, esporte, lazer, conselho gestor, etc.</p>
---------	---	---	--

Grupo 3	<p>Alta cobertura de saneamento básico 100% coleta de lixo, água, luz, esgoto. Muitas famílias cobertas por programas de transferências de renda Alto índice de casas próprias / tijolo Escolaridade baixa Baixa cobertura de PSF Alto índice de gravidez na adolescência 40% da população (com previdência) trabalho fixo e 60% informal ou desempregado</p>	<p>Problema: Baixa cobertura de PSF Baixa Escolaridade</p> <p>Intervenção: Baixa cobertura de PSF - ampliação da rede (PSF, Atendimento domiciliar, etc.) Baixa escolaridade - trabalho conjunto (família, escola, saúde) Falta de conscientização da importância da escola (campanhas educativas). Dia de ação social (direcionada a educação e outras deficiências de saúde e sociais).</p>	<p>PSF com CRAS com a equipe de gestão e a escola Conscientização e educação sempre Para população: melhorando a escolaridade, relações familiares, higiene e cidadania. Para os gestores: ampliar a cobertura da rede do PSF</p>
---------	---	---	---

Fonte: Secretaria de Saúde e Promoção Social

Quadro 6 – Respostas de cada grupo da Região Sudeste, 2006

	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3
Grupo 1	<p>Cidade Nova tem infra-estrutura diferenciada do restante da região.</p> <p>Área de muitos fatores de vulnerabilidade:</p> <p>Alto índice de evasão escolar.</p> <p>Carência: desemprego e desigualdade</p> <p>Comunidade desarticulada (traço cultural que valoriza o paternalismo/assistencialismo).</p> <p>Perda do conceito de família (gravidez na adolescência, droga, violência).</p> <p>DCNT (Doença Crônica não Transmissível) – alta incidência</p> <p>Hipertensão Arterial Sistêmica /Dia (hipótese: modelo assistencialista).</p> <p>Modelo diferenciado (100% PSF).</p> <p>Dificuldade de diagnóstico precoce ações de prevenção não consolidadas.</p> <p>Alta concentração demográfica</p>	<p>Problema:</p> <p>Evasão Escolar e acesso escolar:</p> <p>Identificar o número de crianças e adolescentes fora da escola</p> <p>Aproximação da escola e equipe de saúde.</p> <p>Tornar o ambiente escolar mais atrativo e saudável.</p> <p>Intervenção:</p> <p>Incluir a escola nas discussões de vulnerabilidade da região.</p> <p>Trabalho educativo valorizando a importância da escola, do estudo e do professor.</p> <p>Equipe comunicar a evasão (co – responsável).</p> <p>Alto índice de gravidez na adolescência.</p>	<p>Ações educativas (equipes fazendo intervenções individuais e em pequenos grupos).</p> <p>Equipes com postura acolhedora para estas demandas.</p> <p>Cuidar para que não haja falta de preservativos e anticoncepcionais.</p> <p>Inclusão em projetos sociais que trabalhem as questões de auto-estima, inclusão no mercado de trabalho, projetos de geração de renda, etc.</p> <p>Aumentar as atividades esportivas e de lazer.</p>

Grupo 2	<p>Baixo poder aquisitivo</p> <p>Escolaridade baixa.</p> <p>Grande cobertura de benefícios de transferência de rendas.</p> <p>Faixa etária 20 a 30 anos</p> <p>Fonte de renda local para o trabalho</p> <p>Comércio local e indústria não absorvem a demanda</p> <p>População sem capacitação o que gera desemprego</p> <p>Marginalidade: droga, criminalidade alta, Prostituição e gravidez precoce igual a risco e perfil epidemiológico alto.</p> <p>Mercado informal: reciclagem (condições inadequadas), trabalho rural (criação de animais em área urbana) gerando risco sanitário.</p> <p>Saneamento básico.</p> <p>Baixa participação da comunidade.</p> <p>Desnutrição familiar.</p>	<p>Problema:</p> <p>Baixo grau de participação da comunidade:</p> <p>Desestruturação familiar:</p> <p>Intervenção:</p> <p>Trabalhos com a comunidade, voltados a auto-estima, identidade, educação, direitos humanos e cidadania.</p> <p>Trabalhar as famílias através de Projeto Terapêutico, com enfoque no resgate do vínculo familiar e de valores.</p>	<p>Acolher a população, criando vínculo dando orientações e suporte técnico, com o objetivo único de promover a qualidade de vida.</p>
---------	---	---	--

Grupo 3	<p>Muita prostituição</p> <p>Grande consumo de álcool e drogas</p> <p>Grande evasão escolar</p> <p>Baixa renda</p> <p>Alto número gravidez na adolescência</p> <p>Baixa escolaridade</p> <p>Alto índice de criminalidade</p> <p>Muitas doenças infecciosas</p> <p>Grande vulnerabilidade na faixa etária de 0 a 6 anos</p> <p>Alta taxa de desemprego</p> <p>Vulnerabilidade dos equipamentos sociais e de saúde</p>	<p>Problema:</p> <p>Educação: desqualificação profissional e baixa escolaridade</p> <p>Desemprego: alcoolismo, droga, criminalidade, prostituição e gravidez na adolescência.</p> <p>Desestrutura familiar: evasão escolar, violência doméstica e DST.</p> <p>Intervenção:</p> <p>Projetos na área da educação, saúde, lazer, assistência social, cultural, com integração da rede, para a promoção da saúde integral da população e dos profissionais.</p>	<p>Mobilizar a participação da população como co-autor dos projetos. Incentivar e motivar o compromisso e a co-responsabilidade nas ações.</p>
---------	--	---	--

Grupo 4	<p>Quantidade de menores de 1 ano é de 0,6%, de 1 a 9 anos é de 17%, de 10 a 19 anos é de 20%, de 20 a 39 é de 33%, de 40 a 59 anos é de 2% e maiores de 60 anos é de 8% da população</p> <p>Vulnerabilidade social</p> <p>Renda 50% linha de miséria R\$100,00</p> <p>Educação déficit 94%</p> <p>Creche 0 a 6 acesso 6%</p> <p>Ensino fundamental grande evasão</p> <p>Ensino médio grande evasão</p> <p>Saúde com uma visão distorcida no novo modelo (PSF) a mídia um modelo que se contrapõe.</p>	<p>Problema</p> <p>Gravidez precoce.</p> <p>Estilo de vida (drogas, tabaco, álcool, sedentarismo, alimentação inadequada, sexualidade.</p> <p>Escolaridade 0 a 6 (déficit de oferta de serviço) 10 a 19 (evasão escolar).</p> <p>Desqualificação profissional que gera desemprego.</p> <p>Integração</p> <p>Capacitação profissional, parcerias dentro do território (redes de educação líderes).</p> <p>Processos educativos contínuos.</p> <p>Oficinas de geração de renda de acordo com a demanda, bordado, cozinha, curso de pedreiro, artesanato.</p> <p>Estimular crianças e adolescentes.</p> <p>Cooperativas para melhorar a renda</p> <p>Esclarecimentos: direitos, deveres e cidadania.</p>	<p>Formação, conhecimento e interação das redes de serviços.</p> <p>Educação e agentes de transformação.</p> <p>Acolhimento e humanização no atendimento.</p> <p>Mobilização social.</p> <p>Somar à intervenção, a produção da participação da comunidade na construção do conhecimento da realidade vivida, na visão de mundo nas necessidades e nas expectativas dessa comunidade.</p>
---------	--	---	--

Grupo 5	<p>Todos os atores têm que estar em sintonia e atuando.</p> <p>Área geográfica grande, constituída de área Urbana e Rural.</p> <p>Diminuição do nível educacional.</p> <p>Aumento da criminalidade e prostituição.</p> <p>Baixa participação popular.</p> <p>Baixa renda familiar.</p> <p>Baixa busca ativa.</p> <p>Falta de creches em todos os bairros.</p> <p>Condições de moradia</p> <p>Área de cobertura PSF 100%.</p> <p>Falta de atividade esporte e lazer.</p> <p>Área de grande monitoramento de pesquisa de Aedes Aegypti e do programa da qualidade da água.</p> <p>Falta de capacitação dos atores para identificar e buscar um trabalho integrado e efetivo.</p>	<p>Problema:</p> <p>Como trabalhar com a co-responsabilidade.</p> <p>Baixar escolaridade</p> <p>Intervenção</p> <p>Conscientizar o papel de cada um (direitos e deveres).</p> <p>Incentivar a conclusão do ensino fundamental e médio.</p>	<p>Acolhimento humanizado.</p> <p>Educação continuada e não desistir nunca.</p> <p>Imprescindível ter retaguarda.</p> <p>Cada trabalhador sabe qual é o seu papel, desempenhar com qualidade o seu serviço (acompanhar e avaliar).</p>
---------	--	--	--

Fonte: Secretaria de Saúde e Promoção Social

Quadro 7 – Respostas de cada grupo da Região do Araretama, 2006

	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3
Grupo 1	<p>Região coberta por PSFs e CRAS</p> <p>Há vagas nas escolas e creches</p> <p>Tem vários projetos sociais (Vem Ser, Quatro Cantos, teatro, capoeira, artesanato, ginástica, Saindo das Ruas)</p> <p>Baixa escolaridade</p> <p>Falta de capacitação profissional</p> <p>Falta de educação no trânsito</p> <p>Alto índice de violência</p> <p>Gravidez precoce</p> <p>Prostituição</p> <p>Falta de iluminação nas vias públicas</p>	<p>Problema:</p> <p>Desemprego</p> <p>Baixa escolaridade e cultura</p> <p>Intervenção:</p> <p>Fazer parceria com a ACIP (associação comercial de Pindamonhangaba) criando benefícios às empresas para prioridade ao primeiro emprego;</p> <p>Incentivo fiscal às empresas para atraí-las aos municípios</p> <p>Trabalho de conscientização e incentivo em relação à importância da qualificação técnica para o trabalho;</p> <p>Tornar as escolas atrativas, oferecendo cursos profissionalizantes, esportes, lazer, estágios, encaminhamento para o mercado de trabalho</p>	<p>Acolhimento</p> <p>Acompanhamento</p> <p>Incentivo e motivação</p> <p>Encaminhamentos</p> <p>Grupos de palestras</p> <p>Trabalho em rede</p>

Grupo 2	<p>Alto índice de desemprego</p> <p>Baixa escolaridade</p> <p>Gravidez na adolescência</p> <p>Uso de drogas ilícitas</p> <p>Tráfico de drogas</p> <p>Deficiência mental</p> <p>Violência doméstica</p> <p>População jovem (20 a 39 anos)</p> <p>Má distribuição de renda</p> <p>98% saneamento básico e iluminação</p> <p>Casas próprias</p>	<p>Problema:</p> <p>Baixa escolaridade e desemprego:</p> <p>Intervenção:</p> <p>Escolaridade: trabalhar com grupos dentro dos programas (de transferência de renda).</p> <p>Buscar fortalecer os grupos para o trabalho de capacitação e geração de renda.</p> <p>Encaminhar os membros para a alfabetização</p> <p>Trabalhar no estímulo e informação.</p> <p>Fortalecer a estrutura de grupos</p> <p>Balcão de empregos: capacitação e encaminhamento para o mercado de trabalho</p>	<p>CRAS em parceria: integração de departamentos, pastorais, igrejas, associação de bairro, PSF, escolas, etc.</p>
---------	--	--	--

Grupo 3	<p>Área geográfica extensa</p> <p>Zona urbana e rural</p> <p>Níveis sócio–econômicos diferentes</p> <p>População jovem numerosa</p> <p>Alto índice de violência na adolescência</p> <p>Baixo nível de escolaridade</p> <p>Não valorização da educação</p> <p>Área 100% coberta pelo PSF</p>	<p>Problema:</p> <p>Baixa escolaridade e desemprego</p> <p>Violência e uso de drogas ilícitas</p> <p>Intervenção:</p> <p>Ações conjuntas: Secretaria de Saúde e Promoção Social, Secretaria de Educação e Conselho Tutelar, garantindo a frequência nas Escolas</p> <p>Projetos sociais, áreas de lazer e esporte</p>	<p>Fomentação da Rede: Social (Articulação intersetorialidade e intrasetorial)</p> <p>Ações conjuntas, referência e contra – referência, parcerias.</p> <p>Cordialidade e empatia dentre os trabalhadores e comunidade.</p>
---------	---	--	---

Fonte: Secretaria de Saúde e Promoção Social

Quadro 8 – Respostas de cada grupo da Região de Moreira César, 2006

	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3
Grupo 1	<p>Grande número de desempregados</p> <p>Falta de qualificação profissional (70% se encontram no ensino fundamental incompleto)</p> <p>Relacionamento familiar</p> <p>Comodismo (conceitos sobre direitos e deveres)</p> <p>Infra-estrutura básica presente</p> <p>Saúde , educação, esporte e lazer .</p>	<p>Problema:</p> <p>Desemprego</p> <p>Falta conhecimento sobre cidadania</p> <p>Intervenção:</p> <p>Cursos para qualificação profissional</p> <p>Programas de geração de rendas</p> <p>Conceitos de Cidadania: palestras, cursos e reuniões (abordando o conceito)</p> <p>Facilitar a construção de um projeto de renda e reconhecimento enquanto sujeito social.</p>	<p>Facilitador</p> <p>Educador</p> <p>Mediador</p> <p>Mobilizador</p> <p>Organizador</p> <p>Trabalho em equipe (integração)</p>

Grupo 2	<p>Pólo industrial = Forte</p> <p>Educação com fácil acesso e boa cobertura</p> <p>Escolaridade com baixa evasão escolar</p> <p>Alto índice de trabalho informal</p> <p>Poder aquisitivo médio e médio baixo</p> <p>Sem cobertura PSF</p>	<p>Problema:</p> <p>Escolaridade baixa e grande evasão escolar</p> <p>Emprego informal</p> <p>Intervenção:</p> <p>Montar programas associando educação, esporte e lazer.</p> <p>A escola promover a acolhida dos alunos</p> <p>Capacitação e divulgação da lei do aprendiz (Pólo Industrial)</p>	<p>CRAS em trabalho conjunto com as escolas</p> <p>CRAS ouvir população jovem sobre seu interesse e promover capacitação.</p> <p>Realidade das empresas sobre a demanda de serviço.</p> <p>Identificar interesse e talento população adulta.</p>
---------	---	--	--

Grupo 3	<p>Área industrial e pecuária</p> <p>É um distrito</p> <p>Boa localização</p> <p>50% arrecadação</p> <p>É a primeira unidade integrada (CISAS)</p> <p>Tem uma subprefeitura</p> <p>População jovem e politizada</p> <p>Comércio ascendente</p> <p>Crescimento populacional</p> <p>100% saneamento</p> <p>.</p>	<p>Problema:</p> <p>Desemprego</p> <p>Crescimento desordenado</p> <p>Intervenção</p> <p>Capacitação</p> <p>Incentivo à educação</p> <p>Incentivo ao primeiro emprego</p> <p>Projeto de geração de renda</p> <p>Projetos habitacionais sem infra – estrutura (praças, áreas lazer)</p> <p>Conhecer plano diretor</p>	<p>Capacitação da equipe</p> <p>Integração da rede</p> <p>Trabalhar em equipe</p> <p>Melhorar comunicação</p> <p>Construção do trabalho horizontal fazendo com que os trabalhadores se “empoderem” da situação</p> <p>Saber aonde quer chegar, quem vai fazer cumprimento de metas e projetos.</p> <p>Bom relacionamento: trabalhadores entre e usuários.</p>
---------	--	---	---

Fonte: Secretária de Saúde e Promoção Social

Quadro 9 – Conclusão geral das oficinas

Centro	Leste	Sudeste	Araretama	Moreira Cesar
<p>Território extenso</p> <p>Aumento do índice de vulnerabilidade social – bolsões de pobreza</p> <p>Grande índice de desemprego</p> <p>Baixa escolaridade</p> <p>Renda de 1 a 4 salários mínimos</p> <p>Tráfico de drogas</p> <p>Baixa cobertura PSF</p> <p>Acessibilidade difícil</p> <p>Baixo potencial turístico ecológico</p> <p>Concentração de serviços</p> <p>Ausência de cadastramento</p>	<p>População jovem</p> <p>Baixa escolaridade</p> <p>Intersetorialidade (educação, esporte e lazer)</p> <p>Acolhimento: integrar e interagir</p> <p>Cobertura 50% na região</p> <p>Melhorar dados/informações</p>	<p>Gravidez na adolescência</p> <p>Escolaridade com dificuldade de acesso gerado evasão escolar.</p> <p>Grupo de trabalho para ações intersetoriais</p> <p>Grande mobilização social</p> <p>Geração de renda com parceria do Fundo de Solidariedade Social e articulação do PSF, área de proteção e parceria com meio ambiente.</p> <p>Interação das redes.</p> <p>Vulnerabilidade: pessoal e social</p> <p>Risco sanitário</p> <p>Necessidade de inclusão</p>	<p>Trabalhar em Rede Social.</p> <p>Servidor conhecer seu papel como cidadão e como funcionário público.</p> <p>Incentivo a escolaridade através da permanência na escola.</p> <p>Balcão de emprego no bairro.</p> <p>Preparar o jovem para o primeiro emprego.</p>	<p>Expansão das palestras CRAS junto às escolas; CRAS deve articular divulgação lei jovem aprendiz</p> <p>Assistência à saúde deve incentivar o funcionamento do conselho gestor.</p>

Fonte: Secretaria de Saúde e Promoção Social