

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

ANA CAROLINA DA SILVA

**UM OLHAR ACERCA DO DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL E DO SERVIÇO SENTINELA NO MUNICÍPIO DE SÃO
JOSÉ/SC**

FLORIANÓPOLIS

2009/2

ANA CAROLINA DA SILVA

**UM OLHAR ACERCA DO DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL E DO SERVIÇO SENTINELA NO MUNICÍPIO DE SÃO
JOSÉ/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Valter Martins

FLORIANÓPOLIS

2009/2

ANA CAROLINA DA SILVA

**UM OLHAR ACERCA DO DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL E DO SERVIÇO SENTINELA NO MUNICÍPIO DE SÃO
JOSÉ/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA

Prof. MsC. Valter Martins

Orientador

Prof^a. MsC. Patrícia Freitas Shemes Assumpção

Examinadora

AS. Lilian da Silva Domingues

Examinadora

Florianópolis, Dezembro de 2009

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso em primeiro lugar a **Deus**, por ser à base das minhas conquistas e por ter conseguido realizar meu objetivo.

À minha família, que sempre me apoiou e acima de tudo acreditaram e embarcaram neste meu sonho.

Aos meus amigos, poucos em números, mas incomensuráveis na qualidade.

Ao orientador, pela sabedoria na orientação, pelo carinho e compreensão que tanto me ajudou a não desistir.

SILVA, Ana Carolina da. **Um Olhar Acerca do Desenvolvimento Histórico da Política de Assistência Social e do Serviço Sentinela no Município de São José/SC.** Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social). Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

RESUMO

O presente trabalho originou-se a partir da vivência no campo de Estágio Curricular Obrigatório I, desenvolvido no Serviço Sentinela do Município de São José - SC, e através de discussões realizadas em reuniões de Supervisão de Campo, que suscitaram a preocupação em relação ao andamento dos casos que o Serviço Sentinela vem acompanhando. No decorrer dos anos, o índice de casos que foram encaminhados ao Serviço vêm apresentando aumento significativo, fazendo crescer o número de casos na lista de espera. Mesmo com a contratação realizada pelo Município nos anos de 2008 e 2009, a equipe técnica ainda é insuficiente para absorver a demanda do Serviço. Além deste entrave, constata-se no decorrer dos atendimentos, o surgimento de outras demandas que o Serviço não dá conta de atender, devido à falta de redes de apoio do Município de São José. A partir disso, este trabalho busca analisar o funcionamento da Política de Assistência Social no Município de São José, focando nos Serviços de Proteção Social Básica e Especial, na apresentação/análise dos serviços prestados pelo Serviço Sentinela deste Município, que vão desde o recebimento dos encaminhamentos até as dificuldades apresentadas para prestar os atendimentos. Para tanto, o caminho metodológico escolhido para a realização do presente trabalho foi a pesquisa documental e bibliográfica. Assim, buscou-se realizar um resgate histórico do Movimento Constitucional de 1988, que culminou na aprovação da Política de Assistência Social enquanto Política Pública, a caracterização dos serviços do Sistema Único de Assistência Social no decorrer de sua trajetória, bem como seu funcionamento no Município de São José. Ao final buscou-se analisar as dificuldades encontradas pelo Serviço Sentinela para realizar suas intervenções.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Assistência Social, Violência e Exploração Sexual Infante-Juvenil contra Crianças e Adolescentes, Serviço Sentinela.

LISTA DE TABELAS

Tabela I – Caráter do Sistema Único de Assistência Social	25
Tabela II – Programas e Serviços da Proteção Social Básica	27
Tabela III – Composição da Equipe de Referência do CRAS	28
Tabela IV – Prioridades nos atendimentos à crianças, adolescentes e suas famílias no CREAS	29
Tabela V – Programas e Serviços da Proteção Social Especial de Média Complexidade	30
Tabela VI – Programas e Serviços da Proteção Social Especial de Alta Complexidade	31
Tabela VII – Definição dos Municípios como pequeno, médio e grande porte	33
Tabela VIII – Base para o financiamento da Política de Assistência Social.....	34
Tabela IX – Divisão dos Distritos do Município de São José	38
Tabela X – Programas desenvolvidos na Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social em 2001 e 2002.....	40
Tabela XI – Eixos Estratégicos do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil	43
Tabela XII – Objetivos do Serviço Sentinela.....	45
Tabela XIII – Tipos de Violências contra Crianças e Adolescentes	53
Tabela XIV – Princípios para o atendimento de Crianças e Adolescentes na área da saúde mental	59

LISTA DE SIGLAS

ABRAPIA – Associação Brasileira para a Infância e a Adolescência

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CATI – Centro de Atenção à Terceira Idade

CEVIC – Centro de Atendimento à Vítima de Crime

CIACAF – Centro Integrado de Atendimento à Criança, ao Adolescente e à Família

CIEE – Centro de Integração Empresa Escola

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRS – Centro de Referência Sentinela

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FNAS – Fundo Nacional de Assistência Social

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICA – Instituto Cidadania e Ação

LA – Liberdade Assistida

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NOB/SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

NOB-RH/SUAS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAIF – Programa de Atenção Integral à Família

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PEVES – Plano de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

POASF – Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar

SUAS – Sistema Único da Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO Erro! Indicador não definido.

SEÇÃO I Erro! Indicador não definido.

1 Aspectos Históricos da Política de Assistência Social no Brasil a partir da Constituição de 1988 Erro! Indicador não definido.

1.1 Breve Contextualização da Lei Orgânica de Assistência Social Erro! Indicador não definido.

1.2 Política Nacional de Assistência Social de 2004 Erro! Indicador não definido.

1.3 As Bases Organizacionais do Sistema Único de Assistência Social Erro! Indicador não definido.

SEÇÃO II Erro! Indicador não definido.

2 Caracterização da Política de Assistência Social no Município de São José Erro! Indicador não definido.

2.1 Características da Município de São José Erro! Indicador não definido.

2.2 Contextualização do Serviço Sentinela no Município de São José Erro! Indicador não definido.

2.2.1 A atuação do Serviço Sentinela no Município de São José Erro! Indicador não definido.

2.3 O Déficit na Rede Municipal de São José para a Questão da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes Erro! Indicador não definido.

Considerações Finais Erro! Indicador não definido.

Referências Erro! Indicador não definido.

INTRODUÇÃO

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno presente em todas as sociedades, e as denúncias contra abusos vem se tornando cada vez mais freqüentes, devido às campanhas de prevenção e a divulgação nos meios de comunicação.

No Município de São José esta situação não é diferente. Com isso, para o atendimento dos casos de violência e exploração sexual que demanda no município, foi criado o Serviço Sentinela, que realiza o acompanhamento especializado, com vistas à superação da situação vivida.

A Política de Assistência Social no Brasil passou por várias mudanças conceituais e estruturais que, em análise de cada fase, nos permite verificar os avanços e retrocessos alcançados ao longo de sua existência.

Ao produzir esse estudo, buscou-se relatar os acontecimentos históricos, sociais e políticos da década de 1980 que marcaram o país, enfatizando as políticas de Proteção Social, tema do estudo realizado.

Foi traçada uma linha que envolve alguns aspectos do país, e os acontecimentos mais marcantes para a construção de uma política de proteção social efetiva.

Evidenciou-se o processo de construção e o contexto histórico da Constituição de 1988, que inova a Seguridade Social compreendendo um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar direitos relativos à saúde, à assistência e à previdência (BRASIL, 2006a).

Assim, a Assistência Social, como política pública de proteção social, somente é considerada direito do cidadão e dever do Estado a partir da Constituição Federal de 1988, e sua regulamentação, conforme os princípios constitucionais ocorridos em 1993, através da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) – Lei Federal 8.472, de 07/12/93 – baseada na descentralização político-administrativa e

na participação popular organizada, visando uma Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

A PNAS foi elaborada e aprovada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) em setembro de 2004, com base na deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003 em Brasília/DF, sobre a construção e implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A política privilegia a família e o território. A proteção passa pela família e pelo local onde vive. Por isso, para que os serviços, programas, projetos e benefícios venham a atender às necessidades humanas é preciso compreender as diferenças, particularidades, situações de pobreza, exclusão, privações.

Assim, os procedimentos utilizados para coletar os dados foram a pesquisa bibliográfica e documentada. Na pesquisa bibliográfica buscou-se abordar bibliografias de autores relacionados com o tema da pesquisa, como: Sposati, Couto, Yasbek, entre outros com expressiva contribuição para a área de Assistência Social e para o Serviço Social.

Na pesquisa documental utilizou-se a análise de documentos existentes no Serviço Sentinela do Município de São José, tais como: projetos anteriores e atuais, documentos antigos, dados dos casos encerrados e em andamento, dentre outros que permitiram reconstruir dinâmicas e ações, contribuindo para contextualizar o cenário e projetar sua análise.

O trabalho está dividido em duas Seções. Na primeira seção será dado enfoque no resgate histórico do processo de legitimação da Assistência Social como uma política pública, que se deu início com a Constituição de 1988, marco de conquista de direitos sociais. Nesse período, apesar das conquistas, governos com forte tendência reformistas aliados às políticas neoliberais cunharam tentativas de descumprir com os princípios constitucionais.

Na segunda seção busca-se a análise da pesquisa documental e bibliográfica, através de dados coletados com a experiência vivenciada durante o

Estágio Curricular Obrigatório e Não Obrigatório realizado neste Serviço¹. Assim, procurou-se caracterizar a Política de Assistência Social no Município de São José, bem como o Serviço Sentinela e sua atuação no Município e as dificuldades que o Serviço encontra com o déficit na rede e em programas de apoio e com a falta de profissionais para atenderem os casos. Neste contexto, busca-se uma análise desses serviços prestados e, com o foco no Serviço Sentinela, através do aumento da violência e dos casos recebidos neste Serviço.

Ao final, serão apresentadas as considerações finais acerca deste estudo.

¹ O Estágio Curricular Obrigatório II foi realizado entre os meses de setembro e dezembro de 2008, e Estágio Curricular Não Obrigatório entre os meses de Janeiro e setembro de 2009.

SEÇÃO I

1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL A PARTIR DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

O contexto histórico da Constituição Brasileira de 1988 foi marcado por conturbados processos políticos, econômicos e sociais. Na década de 80, a economia brasileira passava por uma profunda crise resultante do esgotamento do capital (iniciado no pós-guerra), pelo processo de endividamento externo, por altas taxas de inflação e por tentativas de planos de estabilização econômica sem sucesso.

Mota (1995) afirma que os movimentos da economia e da política são determinantes dos processos sociais. Neste sentido, o contexto brasileiro das décadas de 1980 e 1990 apresenta dois processos significativos: o processo de reforma, em que redundou o processo de ampliação da democracia e organização jurídica e política; e o processo de grandes recessos e contradições no campo econômico (macroeconomia expressa na centralidade da matriz econômica em detrimento da social).

Este paradoxo, conforme aborda Couto (2004, p. 140), está situado “exatamente na relação entre os avanços políticos e sociais e as definições das diretrizes macroeconômicas que concebem as políticas sociais como conseqüência do funcionamento adequado da economia e acabaram por desfigurar os princípios orientadores da mesma”.

Para amenizar a então crise que assolava o país, os governos da época anteriormente citada, passaram a adotar as orientações baseadas no Consenso de Washington, através de políticas fundamentadas no neoliberalismo, que propunha a redução da participação do Estado na economia e sociedade e o controle da inflação.

Segundo Mota (1995), o processo de mudanças no mundo do trabalho (reestruturação produtiva, na qual se incluem as transformações nos processos de trabalho) e as mudanças na intervenção do Estado consubstanciaram-se em vetores para a afirmação do modelo da Seguridade Social brasileira.

Com isso, as transformações societárias decorrentes da relação entre Estado e sociedade civil, que são marcadas pela adoção de medidas para superação da crise, a reestruturação produtiva e a implementação das reformas neoliberais, transparecem através da postura do Estado, que passa a gerir a perspectiva de um “Estado mínimo para o social e máximo para o capital” (SITCOVSKY, 2005, p.16).

Contudo, foi nesse contexto que importantes e significativos avanços foram construídos, trazendo novas configurações e novas concepções para a área dos direitos civis, políticos e sociais.

Neste sentido, Martins (2008) coloca que no ano de 1984, o Brasil administrava, ao mesmo tempo, a redação da Constituição de 1988 e as tentativas de administrar a crise que vinha acontecendo no país, que, paralelo a isso, gestava-se um grande movimento social e político, em defesa da democratização das instituições públicas.

Nessa conjuntura, o cenário brasileiro, pautou que a:

[...] movimentação no mercado de trabalho tem imbricações diretas na estruturação da Seguridade Social no Brasil, visto que o movimento de seguros instituído no Brasil a partir do início do século XX, baseado no sistema bismarckiano alemão, tinha por objetivo garantir maior segurança ao trabalhador assalariado e à sua família em situações de perda da capacidade laborativa, no contexto da sociedade urbana nascente. As reivindicações e pressões organizadas pelos trabalhadores na década de 1980, em período de redemocratização no país, provocam a incorporação, pela Constituição Federal, de muitas demandas sociais de expansão dos direitos sociais e políticos (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, p. 27-28).

A influência do neoliberalismo no Brasil mostrou-se um limitador para o avanço das políticas sociais, uma vez que buscava “reformas nos sistemas de proteção social, orientadas para sua privatização, descentralização, focalização e programas de emergência” (DRAIBE, 1993, p. 32).

Com isso, compreendeu-se que o contexto histórico brasileiro na década de 80 expressa a relação entre a crise econômica e os mecanismos adotados para seu enfrentamento, e que a Constituição Federal de 1988 trouxe grandes avanços, principalmente no campo da proteção social, graças às lutas e reivindicações de setores combativos da sociedade.

Outro fato histórico que marcou o período dos anos 80/90 foi o agravamento da pobreza. Conforme Raicheles (2000, p.161):

[...] a pobreza expressa-se não apenas pela exclusão do mercado de trabalho, mas também pela ausência do acesso a serviços sociais públicos necessários ao processo de reprodução social. Embora esses serviços em si mesmos não sejam capazes de incidir sobre os determinantes da pobreza, sua ausência deteriora ainda mais as condições de vida dos setores sociais pobres e discriminados da sociedade brasileira.

No ano de 1985 o Brasil apresentava uma nova face no que se refere ao processo de reorganização política, norteadas sob a proteção da democracia, também ampliando sua herança para com a face da desigualdade social. Couto (2004) afirma que

expandiu-se o estoque da pobreza, resultante dos períodos anteriores, mas especialmente dos governos militares, que, com suas orientações econômicas de desenvolvimento, produziram um país com uma péssima distribuição de renda e aumentaram a parcela da população demandatária das políticas sociais (COUTO, 2004, p. 141).

No contexto histórico da década de 1980, as respostas governamentais às demandas da população foram apresentadas por meio de programas fragmentados, assistemáticos e seletivos.

Neste sentido, Sposati (1995, p.34) diz que:

Não se nega que a política social é um mecanismo que o Estado utiliza para intervir no controle das contradições que a relação capital-trabalho gera no campo da reprodução e reposição da força de trabalho, ou, ainda, que cumpre uma função ideológica na busca do consenso a fim de garantir a relação dominação-subalternidade e, intrinsecamente à esta, a função política de alívio, neutralização das tensões existentes nessa relação. É ela uma forma de gestão estatal da força de trabalho e, nessa gestão, não só conforma o trabalhador às exigências da produção, valorização e expansão do capital, mas também é o espaço de articulação das pressões e movimentos

sociais dos trabalhadores pela ampliação do atendimento de suas necessidades e reivindicações.

Com base nisto, diante das profundas transformações no âmbito das relações de trabalho tem-se o aprofundamento das expressões da questão social. Iamamoto (2001, p. 17) contribui para a compreensão ao afirmar que:

[...] a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...] A questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnicas raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil.

O agravamento da pobreza que se instaura, nesse momento histórico, denuncia que as políticas sociais vinham se tornando não apenas insuficientes para atender toda massa de população subalterna como também vinham reforçando a cultura assistencialista no não fornecimento à emancipação dos sujeitos.

A partir daí, a Constituição Federal de 1988, aprovada em 5 de outubro do mesmo ano, passa a representar uma nova realidade para o Brasil, restabelecendo a democracia e trazendo novas conquistas no que diz respeito aos direitos sociais.

Assim, o retrato histórico vivenciado nos anos 80 aponta para a necessidade de mudanças essenciais no rumo das políticas sociais. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 representou grande marco no âmbito das políticas públicas brasileiras, trazendo em sua redação o tripé formado pelas políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência, sob a concepção enquanto direito e dever do Estado, formulando também a concepção da Seguridade Social ao reunir tais políticas em um núcleo de atenção à população brasileira no que se refere ao acesso à saúde, aos mínimos sociais e aos benefícios previdenciários, mesmo, esta última, organizada sob a compulsorialidade de contribuição prévia.

A Constituição mostra, em seu Capítulo II, artigo 194, que a “Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à

previdência e à assistência social” (BRASIL, 2008). Desse modo, a Seguridade Social busca a ampliação dos direitos sociais e a inserção da responsabilidade do Estado na cobertura das necessidades sociais.

Silva et al (2008a) aponta que “é inegável que a Constituição trouxe grandes avanços, principalmente no campo da proteção social, graças às lutas e reivindicações de setores combativos da sociedade”, pois traz um Capítulo de Seguridade Social que inaugura um novo tempo, “onde a proteção social do trabalhador/cidadão é vista como um conjunto de iniciativas indissociáveis e essenciais”.

Assim, a Constituição em seu artigo 1º estabelece, dentre outros, “a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa”. E em seu artigo 3º, cita, entre seus objetivos fundamentais, “a construção de uma sociedade livre justa e solidária, bem como a erradicação da pobreza e a marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais” (BRASIL, 2008, p.05).

Neste sentido, a Carta Constitucional em seu artigo 196, define que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Já no artigo 201, prevê “planos de Previdência Social, mediante contribuição”, e, finalmente, em seu artigo 203, estabelece que “a Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social” (BRASIL, 2008, p. 33-34).

Sendo assim, a saúde e a assistência social passam a ser um direito que independe de contribuição dos beneficiários, e é assegurado pelo Estado; e a previdência social é um seguro aos trabalhadores mediante contribuição direta à Previdência.

O sistema de proteção social, instituído pela Constituição de 88, tem como objetivo a universalização desses direitos sociais, visando garantir melhores condições de vida a todos que necessitarem.

A Política de Assistência Social está inscrita pelos artigos 203 e 204, com a seguinte redação:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes

carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes: I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social; II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis (BRASIL, 2008).

Segundo Duarte (2003, p. 128) “a Seguridade Social brasileira representou grande avanço em termos de instruir direitos; imprimir a programas sociais um estatuto de política social pública; definir fontes de financiamento e modalidade de gestão, e ainda instruir a universalidade da cobertura e do atendimento”.

A partir daí, sabe-se que foi no governo de José Sarney (1985-1990) que se iniciou o processo da Constituinte, que foi ‘instalado a partir da aprovação pelo Congresso Nacional da Emenda nº. 26², de novembro de 1985” (COUTO, 2004, p.144).

Entretanto, quando o país passava a regulamentar os artigos constitucionais que efetivam as políticas ligadas à proteção social é que começam a entrar em choque com os interesses neoliberais dos governos que sucederam à Constituição de 88, os quais tomaram iniciativas no sentido de desregulamentar os preceitos

² É através da Emenda Constitucional nº 26 que o governo convoca a Assembléia Nacional Constituinte, citada nos artigos 1º, 2º e 3º: Art. 1º Os Membros da Câmara dos Deputados e do Senado Federal reunir-se-ão, unicameralmente, em Assembléia Nacional Constituinte, livre e soberana, no dia 1º de fevereiro de 1987, na sede do Congresso Nacional. Art. 2º. O Presidente do Supremo Tribunal Federal instalará a Assembléia Nacional Constituinte e dirigirá a sessão de eleição do seu Presidente. Art. 3º A Constituição será promulgada depois da aprovação de seu texto, em dois turnos de discussão e votação, pela maioria absoluta dos Membros da Assembléia Nacional Constituinte.

estabelecidos pela mesma. Tais iniciativas tiveram início já na década de 1990, com a candidatura neoliberal de Fernando Collor de Mello.

Collor possuía um discurso de projeto de Estado social democrata, buscando a abertura de mercado brasileiro, porém suas iniciativas foram pautadas pelo projeto neoliberal. Seu governo foi marcado por caráter clientelista e assistencialista para programas sociais.

A partir dos anos 90 a Política da Assistência Social foi boicotada pelo governo de Collor, com o veto do texto da Lei Orgânica de Assistência Social³ (LOAS).

Collor em seu programa “Plano Collor I” obteve o apoio popular, em que foram confiscados os ativos financeiros e o congelamento de preços e salários. Apesar disso, foram realizadas inúmeras denúncias de corrupção, acarretando um processo de impeachment que o retirou do poder.

Ao assumir o governo em 1992, em substituição a Collor, Itamar Franco (1992-1994) buscou dar atenção ao projeto econômico mantendo o déficit público e a inflação. Na área social, foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) em 1993. Como aponta Couto (2004. p. 147-148) este acontecimento foi fruto do movimento da sociedade civil e da ação do Ministério Público, que ameaçava processar o governo pelo descuido com a área social.

Apesar disso, no governo de Itamar foram realizadas poucas ações na área social, com relação aos direitos sociais contidos na Constituição de 1988. Nesse período, houve aumento da privatização das empresas nacionais com a retomada do processo inflacionário e redução dos gastos com a área social.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso (1995-1999) assume o governo, priorizando o controle da inflação, a manutenção da estabilidade da moeda e a necessidade de reformar o Estado. Na área social houve um descaso por parte do governo com as políticas sociais ao ponto do Tribunal de Contas da União denunciá-lo.

³ Conforme veremos no item 1.1.

Neste período, houve a retomada da filantropia, buscando a transferência das responsabilidades sociais para a iniciativa privada, desonerando o Estado dessas responsabilidades. No quadro social, houve uma tentativa de desmonte dos direitos trabalhistas e várias Emendas na Constituição de 1988.

Com relação à Constituição de 1988, durante estes governos acima citados, Couto (2004) contribui afirmando que:

Os governos Sarney, Collor de Mello, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, construíram um projeto político alicerçado, salvaguardas suas particularidades, na centralização da estabilidade econômica e no desejo de reformar a Constituição de 1988, considerada um peso para a nação e um entrave ao projeto de crescimento (COUTO, 2004, p.151).

A Assistência Social aprovada pela Constituição de 1988, foi regulamentada no governo de Itamar Franco em 1993, através da LOAS, como citado anteriormente. Assim, nos anos de 1997 e 1998 foram aprovadas a Norma Operacional Básica (NOB) de 1997 e, em seguida a Norma Operacional Básica (NOB) de 1998 que, além de efetivar mecanismos para a efetivação da LOAS, também, passaram a deliberar a co-responsabilidade dos entes federativos no financiamento da Política de Assistência Social. Portanto a NOB:

[...] efetiva mecanismos de transição, ao tempo que aponta no sentido do cumprimento das determinações da LOAS, possibilita a reversão das formas tradicionais de financiamento, priorizando as demandas de inclusão e proteção social dos segmentos destinatários da assistência social. Os estados, o Distrito Federal e os municípios, como principais executores da política de assistência social, e coerentes com o princípio e as iniciativas de descentralização, terão autonomia para a aplicação dos recursos, de acordo com as prioridades definidas nos Planos de Assistência Social, aprovados pelos conselhos, desde que atendam aos destinatários da Política nas respectivas redes já existentes e desde que a qualidade do atendimento seja compatível com as diretrizes desta NOB (BRASIL, 2005).

É portanto, no ano de 2003, através da realização da IV Conferência Nacional de Assistência Social, que foi apontada como principal deliberação, a necessidade de construção e implementação de um Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo este o requisito essencial da LOAS para dar efetividade à assistência social como política pública.

Em consequência disto, no ano de 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), na perspectiva de implementar e definir um modelo de gestão para o SUAS.

Assim, o SUAS se concretiza em um sistema público com o comando único descentralizado, não contributivo que organiza e normatiza a Política Nacional de Assistência Social na perspectiva da universalização dos direitos, regulando em todo o território nacional as ações sócio assistenciais (BRASIL, 2004, p.41).

Para tanto, no ano de 2005, foi aprovada, através do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), a Norma Operacional Básica – NOB/SUAS, como sendo um instrumento normativo que define o modo de operacionalizar os preceitos da legislação que rege o SUAS.

1.1 Breve Contextualização da Lei Orgânica de Assistência Social

É através da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei Federal 8.472, de 07 de dezembro de 1993, que a Assistência Social é regulamentada conforme os princípios constitucionais subscritos em seus artigos 203 e 204, enquanto uma política pública não contributiva, conforme estabelecido no artigo 1º:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 2004a).

A LOAS, em seu artigo 6º, propõe a organização de gestão baseada no sistema descentralizado e participativo que implica na participação popular, na autonomia da gestão municipal, potencializando a divisão de responsabilidades e no co-financiamento entre as esferas do governo e sociedade civil.

O sistema descentralizado e participativo descrito pela LOAS reconfigura o papel do Estado e dos novos espaços de participação social, e propõe um desenho

político-institucional com a condução do Estado e de gestão partilhada com a sociedade civil. A descentralização tem por objetivo orientar a organização político-administrativa na área da Assistência Social, em que o Governo Federal tem o dever de garantir os recursos para o financiamento dos programas e projetos que serão executados, enquanto que aos municípios e ao Distrito federal, cabe a implementação e execução dos projetos.

A participação refere-se ao controle e participação que a sociedade obtém para fazer valer o dever legal à Assistência Social, garantindo a participação no controle social da população.

A LOAS representou um avanço para a vida dos usuários, passando a ser incluída como uma medida de proteção social voltada para a garantia de direitos e para condições dignas de vida. Como aponta Yasbek (2001, p. 09):

Inegavelmente, a LOAS não apenas introduz novo significado para a assistência social, diferenciando-a do assistencialismo e situando-a como política de Seguridade voltada à extensão da cidadania social dos setores mais vulnerabilizados da população brasileira, mas também aponta para a centralidade do Estado na universalização e garantia de direitos e de acesso a serviços sociais qualificados, ao mesmo tempo em que propõe o sistema descentralizado e participativo na gestão da assistência social no país, sob a égide da democracia e da cidadania.

Com isto, a Política Nacional de Assistência Social desenha novos mecanismos para sua efetivação, conforme em seu corpo:

A Política Nacional de Assistência Social reorganiza seus projetos, programas, serviços e benefícios, apontando para a implementação do SUAS - Sistema Único de Assistência Social, a partir de profunda análise da realidade nacional. O Objetivo do SUAS é assegurar a concretude dos preceitos da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e integrar o Governo Federal com os estaduais e municipais em uma ação pública comum de garantia de direitos universais (BRASIL, 2007).

1.2 Política Nacional de Assistência Social de 2004

A Política Nacional de Assistência Social surge como estratégias e determinações que suprem os fatores políticos e a caridade agregada historicamente nessa área. São políticas do campo da avaliação, do monitoramento e de fortificação do campo da Assistência Social (BRASIL, 2004).

Assim, a Política Nacional de Assistência Social:

[...] busca incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange a responsabilidade política, objetivando tornar claras as diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado (BRASIL, 2004).

O SUAS, aprovado pelo Conselho Nacional de Assistência Social em julho de 2005, através da Norma Operacional Básica/SUAS, ficou definido como um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, com o objetivo de identificar os problemas sociais de acordo com as necessidades de cada município.

Para uma construção efetiva do SUAS, a NOB/SUAS/2005, indica algumas características necessárias, como veremos no quadro a seguir:

Tabela I - Caráter do Sistema Único de Assistência Social

- consolida o modo de gestão compartilhada, o co-financiamento e a cooperação técnica entre os três entes federativos que, de modo articulado e complementar, operam a proteção social não contributiva de seguridade social no campo da assistência social
 - estabelece a divisão de responsabilidades entre os entes federativos (federal, estadual, Distrito Federal e municipal) para instalar, regular, manter e expandir as ações de assistência social como dever de Estado e de direito do cidadão no território nacional
-

-
- fundamenta-se nos compromissos da PNAS/2004

 - orienta-se pela unidade de propósitos, principalmente quanto ao alcance de direitos pelos usuários

 - regula em todo o território nacional a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades do sistema cidadão de serviços, benefícios, programas, projetos e ações de assistência social, de caráter permanente e eventual, sob critério universal e lógica de ação em rede hierarquizada nos âmbitos municipal, distrital, estadual e federal

 - respeita a diversidade das regiões, decorrente de características culturais, socioeconômicas e de políticas em cada esfera de gestão, da realidade das cidades e da população urbana e rural

 - reconhece as diferenças e desigualdades regionais e municipais que condicionam os padrões de cobertura do sistema e os seus diferentes níveis de gestão devem ser consideradas no planejamento e execução das ações

 - articula sua dinâmica às organizações e entidades de assistência social com reconhecimento pelo SUAS
-

Fonte: Brasil, Norma Operacional Básica SUAS, 2005.

A proteção social de assistência social tem por garantias, como indica a NOB/SUAS, a segurança de acolhida, segurança de renda social, segurança do convívio ou vivência familiar, comunitária e social, segurança do desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social e a segurança de sobrevivência a riscos circunstanciais (BRASIL, 2005).

Através do SUAS, a Assistência Social passa a se organizar por redes de serviços e ações que se dividem em dois níveis de proteção social: a proteção social básica e proteção social especial, que são desenvolvidas e coordenadas por unidades públicas: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS).

O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) objetiva com a presente organização, o seguinte:

A assistência social, por meio da proteção social básica e especial, visa ofertar um conjunto de programas, serviços, projetos e benefícios com o objetivo de afiançar seguranças sociais para a prevenção, proteção e o enfrentamento de situações de vulnerabilidade e risco e a promoção e defesa de direitos. As ações desenvolvidas buscam articular as transferências de renda com os serviços socioassistenciais na perspectiva de oferecer maiores oportunidades e mais possibilidades de desenvolvimento de indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2008a).

Assim, a Proteção Social Básica apresenta caráter preventivo e de inclusão social, cujo objetivo consiste em assegurar os direitos e promover a construção da autonomia das famílias, seus membros e indivíduos, processando a inclusão de grupos em situação de risco social nas políticas públicas, no mundo do trabalho e na vida comunitária e societária, além de prevenir as situações de risco social.

É destinada a segmentos da população que vivem em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, tais como: ausência de renda, precário acesso aos serviços públicos, fragilização dos vínculos afetivos, discriminação etária, étnicas, de gênero ou por deficiência.

Os programas, projetos e serviços por sua vez, devem ser executados através dos CRAS, e também, devem ser implantados em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social dos municípios, abrangendo um total de 1.000 famílias. Executando, organizando e coordenando a rede de serviços sócio-assistenciais da política de assistência social.

Dessa forma:

O Centro de Referência da Assistência Social é uma unidade pública da assistência social, da base municipal, localizada em áreas com maiores índices de vulnerabilidade social e risco social, destinada à prestação de serviços e programas sócioassistenciais da proteção social básica as famílias, e à articulação destes serviços no seu território de abrangência, de modo a potencializar a proteção social e atuando na perspectiva da intersetorialidade” (BRASIL, 2008a).

O CRAS desenvolve ações tais como: prestar informações e orientação para a população de sua área de abrangência, promover a inserção das famílias nos serviços de assistência social local, desenvolver programas de atenção integral destinados a população, mapear e organizar a rede sócioassistencial de proteção social básica, sob orientação do gestor municipal de assistência social, orientação, o convívio sóciofamiliar e comunitário a família e indivíduos.

São programas e serviços desenvolvidos pela Proteção Social Básica:

Tabela II - Programas e Serviços da Proteção Social Básica

- Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF);
 - Programas de Inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza;
 - Centros de Convivência para Idosos;
-

-
- Serviços para crianças de 0 a 6 anos que visem o fortalecimento do vínculo familiar, com ações que favoreçam a socialização, a valorização do brincar e a defesa dos direitos da criança;
 - Serviços sócioeducativos para crianças e adolescentes na faixa de 6 a 14 anos, visando a sua proteção, socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
 - Programas de incentivo ao protagonismo juvenil, com o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
 - Centros de Informação e de Educação para o Trabalho para jovens e adultos.
-

Fonte: Manual informativo para jornalistas, gestores e técnicos. Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2007.

Conforme a NOB, as ações de proteção social básica devem ser desenvolvidas necessariamente nos CRAS, como é o caso do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), as outras podem ser desenvolvidas fora de seu espaço físico, desde que a ele referenciadas. Com isso, o CRAS, como unidade sócioassistencial, é responsável pela implementação do PAIF (BRASIL, 2009).

Segundo Gomes (2005 p. 65) o CRAS “caracteriza-se como o lugar que possibilita, na maioria das vezes, o primeiro acesso das famílias ao campo dos direitos sócioassistenciais e, portanto, à proteção social”.

Segundo a regulamentação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS), a composição de trabalhadores da equipe de referência do CRAS depende do número de famílias referenciadas⁴ pelo mesmo, conforme quadro a seguir (BRASIL, 2009):

Tabela III - Composição da Equipe de Referência do CRAS

⁴ Família referenciada: é aquela que vive em áreas caracterizadas como de vulnerabilidade, definidas a partir de indicadores estabelecidos por órgão federal, pactuados e deliberados.

A proteção social básica deve se orientar por uma escala gradual de cobertura de famílias em maior vulnerabilidade, até alcançar a todos os que dela necessitarem, em territórios sujeitos a vulnerabilidade social.

A unidade de medida “família referenciada” também será adotada para atender em situações isoladas e eventuais relativas a famílias que não estejam em agregados territoriais atendidas em caráter permanente, mas que demandam do ente público proteção social (NOB-RH/SUAS, 2006).

Porte dos municípios

Pequeno Porte I

Pequeno Porte II

Porte Médio

Grande Porte

Metrópole

Famílias referenciadas e capacidade de atendimento

2.500 famílias referenciadas e capacidade de atendimento anual de 500 famílias

3.500 famílias referenciadas e capacidade de atendimento anual de 750 famílias

5.000 famílias referenciadas e capacidade de atendimento anual de 1000 famílias

Equipe de referência

2 técnicos de nível médio e 2 técnicos de nível superior, sendo 1 assistente social e outro preferencialmente psicólogo

3 técnicos de nível médio e 3 técnicos de nível superior, sendo 2 assistentes sociais e preferencialmente 1 psicólogo.

4 técnicos de nível médio e 4 técnicos de nível superior, sendo 2 assistentes sociais, 1 psicólogo e 1 profissional que compõe o SUAS

As equipes de referência do CRAS devem contar sempre com um coordenador com nível superior

Fonte: Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2009.

É através do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), que o CRAS oferece serviços e ações sócioassistenciais de caráter continuado, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social.

A principal ação do PAIF é o acompanhamento sóciofamiliar, na medida em que oferece proteção à família e seus membros, para que possam buscar o seu fortalecimento exercendo, assim, seu papel protetivo.

Sendo assim, o PAIF, tem como objetivos oferecer proteção integral às famílias e seus membros, prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantir o direito à convivência familiar e comunitária e contribuir para o processo da autonomia e da emancipação social da família (BRASIL, 2008).

Outro programa desenvolvido pela Proteção Social Básica do SUAS é o Benefício de Prestação Continuada (BPC) cujo objetivo é a concessão de benefício da Política de Assistência Social. Constitui-se como uma garantia de renda básica, sendo um direito dos cidadãos brasileiros, previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela LOAS, Estatuto do Idoso e de normativas de caráter operacional.

O BPC é financiado integralmente com recursos do Governo Federal. É uma política não contributiva, prestada através do pagamento de um salário mínimo mensal às pessoas idosas com 65 anos ou mais, ou às pessoas com deficiência incapacitadas para o trabalho e para a vida independente, cuja renda familiar por pessoa não ultrapasse o correspondente à ¼ do salário mínimo por mês.

Trata-se de um benefício de suma importância, pois, melhora a renda de idosos e de pessoas com deficiência e seus familiares. Fazendo com que estimule a participação e o reconhecimento social dos mesmos, buscando o convívio social, autonomia e protagonismo, na medida em que melhora suas vidas, suas relações familiares e sociais (BRASIL, 2008a).

A Proteção Social Especial, por sua vez, tem caráter compensatório, a fim de reparar o dano e reestruturar o grupo familiar promovendo o acesso a serviços de apoio e inclusão em redes sociais de atendimento e de solidariedade.

Assim, o CREAS deve ofertar serviços de atenção na ocorrência de situações de risco social ou pessoal, em casos de negligência, abandono, maus tratos, violência, discriminação social, restrições a plena vida com autonomia e exercício de suas capacidades. Com isso, o atendimento deve ser prioritário às crianças, adolescentes e suas famílias, nas seguintes situações (BRASIL, 2007a).

Tabela IV – Prioridades nos atendimentos à crianças, adolescentes e suas famílias no CREAS

- crianças e adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual;
 - crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica (violência física, psicológica,
-

-
- sexual, negligência);
-
- famílias inseridas no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil que apresentem dificuldades no cumprimento das condicionalidades;
-
- crianças e adolescentes em situação de mendicância;
-
- crianças e adolescentes que estejam sob “medida de proteção” ou “medida pertinente aos pais ou responsáveis”;
-
- crianças e adolescentes em cumprimento da medida de proteção em abrigo ou família acolhedora, e após o cumprimento da medida, quando necessário suporte à reinserção sócio-familiar;
-
- adolescentes em cumprimento de medida sócio-educativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade;
-
- adolescentes e jovens após cumprimento de medida sócio-educativa de Internação Estrita, quando necessário suporte à reinserção sócio-familiar.
-

Fonte: Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Guia CREAS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2007a.

A Proteção Social Especial é classificada em dois tipos: Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

A Proteção Social Especial de Média Complexidade tem como público alvo as famílias e os indivíduos que tiveram seus direitos violados, porém os vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Com isso, é necessária uma atenção especializada e mais individualizada ou o acompanhamento sistemático e monitorado.

Os serviços e programas que compõem a Proteção Social Especial de Média Complexidade são os seguintes:

Tabela V - Programas e Serviços da Proteção Social Especial de Média Complexidade

- Serviço de Orientação e Apoio Sócio Familiar
 - Plantão Social
 - Abordagem de Rua
 - Cuidado no domicílio
 - Serviços de Habitação e Reabilitação de pessoas com deficiência na comunidade
 - Medidas sócio educativas em meio aberto (PSC - Programa de Atenção Integral à Família e LA - Liberdade Assistida)
 - Centro de Referência Especializado da Assistência Social, visando à orientação e o convívio sócio familiar e comunitário; dirigido às situações de violação de direitos
-

Fonte: Manual informativo para jornalistas, gestores e técnicos. Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2007.

Quanto à Proteção Social Especial de Alta Complexidade os serviços que garantem a proteção integral como a moradia, alimentação, higienização e trabalho

protegido, destinam-se às famílias e indivíduos que se encontram sem referência (situação de abandono, morador de rua, entre outros) ou em situação de ameaça, onde se faz necessário a retirada do núcleo familiar ou comunitário.

Fazem parte da Proteção Social Especial de Alta Complexidade os seguintes serviços e programas:

Tabela VI - Programas e Serviços da Proteção Social Especial de Alta Complexidade

- Atendimento Integrado Institucional
 - Casa Lar
 - Republica
 - Casa de Passagem
 - Albergue
 - Família Substituta
 - Família Acolhedora
 - Medidas sócio educativas restritivas e privatistas de liberdade (Semi liberdade, internação provisória e sentenciada)
 - Trabalho protegido
-

Fonte: Manual informativo para jornalistas, gestores e técnicos. Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2007.

Os serviços da modalidade de Proteção Social Especial são desenvolvidos nos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS). Sendo assim, o CREAS:

Constitui-se numa unidade pública estatal, de prestação de serviços especializados e continuados a indivíduos e famílias com seus direitos violados, promovendo a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar a ação para os seus usuários, envolvendo um conjunto de profissionais e processos de trabalho que devem ofertar apoio e acompanhamento individualizado especializado (BRASIL, 2008a).

Alguns serviços especializados devem ser oferecidos necessariamente no espaço do CREAS, outros podem ser desenvolvidos na rede pública e privada de assistência social, como o abrigo, destinados às crianças, adolescentes e

idosos que foram privados de seu convívio familiar por abandono, maus-tratos, ou famílias e indivíduos em situação de rua.

1.3 As Bases Organizacionais do Sistema Único de Assistência Social

O SUAS como um sistema público não contributivo, define e organiza os elementos à execução da política de assistência social, de forma que possibilite a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento, nos indicadores de avaliação e resultado, na nomenclatura dos serviços e redes sócioassistencial e, ainda, nos eixos estruturantes de gestão, especificados a seguir:

- matricialidade sóciofamiliar;
- descentralização político administrativa e territorialização;
- novas bases para a relação entre Estado e Sociedade Civil;
- financiamento;
- controle social;
- o desafio da participação popular/cidadão usuário;
- a política de recursos humanos;
- a informação, monitoramento e avaliação.

Os serviços sócioassistenciais no SUAS são organizados segundo as seguintes referências: vigilância social, proteção social e defesa social e institucional (BRASIL, 2004).

O primeiro eixo estruturante a ser considerado diz respeito à Matricialidade Sócio-Familiar, aonde as novas transformações econômicas e sociais que vêm ocorrendo no mundo, acabam afetando a composição familiar, mostrando a mesma como um espaço de contradição e fragilidades que necessita de cuidados. Miotto (1997, p. 28) conceitua a família enquanto “um núcleo de pessoas unidas (ou não) por laços consangüíneos, tendo como tarefa a proteção e cuidado de seus membros”. O artigo 226, da Constituição Federal do Brasil, declara que a “família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. Reconhecendo assim, a importância da família como merecedora da proteção do Estado.

Assim, matricialidade sócio-familiar busca a centralidade na família prevenindo, protegendo, promovendo, incluindo e garantindo condições de sustentabilidade e emancipação de seus membros. A centralidade da família é

garantida na medida em que se tenha o acesso e a qualidade dos serviços para as famílias. Desenvolvendo políticas universalistas que valorizem a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2004)

Outro eixo estruturante refere-se à Descentralização Político-Administrativa e Territorialização. A Constituição de 1988 traz como destaque o poder municipal, com a competência de organizar e prestar serviços públicos de interesse local, tornando-o responsável pelas ações que permitem assegurar a qualidade de vida dos municípios. Desde então, a gestão das políticas públicas vem sendo descentralizada no país, a fim de reverter a situação de exclusão social e proporcionar legitimidade aos governos estaduais e locais.

A gestão pública articula descentralização e intersetorialidade, com o objetivo de promover a inclusão social ou melhoria da qualidade de vida, resolvendo os problemas de uma população em determinado território. Efetivando com transparência o poder de decisão, de competências e de recursos, e com autonomia na elaboração de diagnósticos sociais, diretrizes, formulações, execução, monitoramento, avaliação e sistema de informação das ações definidas.

A Política Nacional de Assistência Social difere os municípios brasileiros de acordo com seu porte, território ou características que cada realidade apresentar. Assim, os municípios são caracterizados como de pequeno, médio e grande porte:

Tabela VII - Definição dos Municípios como pequeno, médio e grande porte

➤ Municípios de pequeno porte: são municípios onde a população chega a 20.000 habitantes (até 5.000 famílias em média). Apresentando estagnação econômica e precariedade de ocupação e renda, necessitando de uma rede simplificada gerencial e de arrecadação do fundo público para o custeio dos serviços.

➤ Municípios de médio porte: possuem uma população entre 20.000 a 100.000 habitantes (cerca de 5.000 a 25.000 famílias). Possuem mais autonomia na economia, com indústrias, empregos formais, maior oferta de comércio e serviços. Necessitando de uma rede mais ampla de serviços de assistência social.

➤ Municípios de grande porte: são aqueles que possuem uma população de 101.000 habitantes ou mais (com mais de 25.000 famílias). São mais complexos economicamente, com pólos e sedes de serviços mais especializados. Oferecem maior oportunidades de empregos e serviços públicos. Possuem uma população maior, pois atraem pessoas de outras regiões que buscam melhores condições de vida, apresentando grande demanda por serviços públicos, o que exige uma atenção diferenciada das políticas públicas.

Fonte: Política Nacional de Assistência Social, 2004.

Outro elemento configurante à execução da Política de Assistência Social está relacionado com as Novas Bases para a Relação entre o Estado e a Sociedade Civil. A responsabilidade do Estado deve estar articulada com outras políticas públicas, desenvolvendo habilidades específicas com as entidades e organizações da sociedade civil numa rede de proteção social (BRASIL, 2004, p. 53).

Este trabalho em rede conta com a participação de todos os implicados na construção de soluções que possibilitem o controle público das ações. A rede não tem a intenção de substituir a ação do Estado, ela pressupõe a participação nas decisões políticas pelo Poder Público em consonância com a sociedade (BRASIL, 2004).

Outro eixo estruturante é o Financiamento, em que os recursos advindos da Seguridade Social estão previstos no art. 195º, da Constituição Federal de 88, mediante recursos dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e contribuições sociais. Sendo, assim, base para o financiamento da Política de Assistência Social, contando com a participação de toda a sociedade, se pautando na seguinte forma:

Tabela VIII- Base para o financiamento da Política de Assistência Social

- participação de toda sociedade
 - de forma direta e indireta
 - nos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios
 - mediante contribuições sociais:
 - do empregador, da empresa e da entidade e ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; receita ou faturamento; o lucro;
 - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social.
 - Sobre a receita de concursos de prognósticos
 - Do importador de bens ou serviços do exterior ou de quem a ele equiparar
-

Fonte: Política Nacional de Assistência Social, 2004.

Ao contrário do que preconiza a Constituição de 88, o financiamento da Política de Assistência Social brasileira tem sido marcado por práticas centralizadas, genéricas e segmentadas, não permitindo que sejam propostas ações complementares para a aplicação dos recursos públicos repassados.

A IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em 2003, instituiu que o financiamento deva ser ultrapassado do modelo convencional, estabelecendo

o repasse automático fundo a fundo no caso do financiamento dos serviços, programas e projetos de assistência social (BRASIL, 2004).

Um importante norteador à eficácia da execução da Política de Assistência Social é o Controle Social. Na Constituição Federal de 1988 o controle social é tido como um instrumento de participação popular, de gestão político administrativa financeira e técnico-operativa, sendo de caráter democrático e descentralizado. A LOAS efetiva a participação popular e a responsabilidade do Estado na condução das políticas de assistência social. O controle do Estado é realizado pela sociedade civil, a partir de princípios delimitados na Constituição. Assim, o Estado estará a serviço do interesse público e seus atos serão realizados com transparência (BRASIL, 2004).

A participação da sociedade inibe o poder do Estado e cria possibilidades de negociação onde há disputas por interesses. Os espaços onde a participação é efetivada são os Conselhos e as Conferências. As Conferências avaliam as situações da Assistência Social definindo, diretrizes para a política. Os Conselhos têm como atribuição a deliberação e a fiscalização da execução da política e de seu financiamento, e ainda fazem o acompanhamento, a avaliação e fiscalização dos serviços de assistência social prestados pela rede de proteção social (BRASIL, 2004).

Para o desafio da participação dos usuários nos conselhos de assistência social é necessário produzir metodologias para a participação de indivíduos e habilitação para que os direitos sejam controlados pelos seus usuários. Garantindo a participação desses usuários enquanto sujeitos, não mais como sub-representados. Assim, é de fundamental importância a promoção de eventos temáticos que possam trazer os usuários para a discussão da política fomentando o protagonismo desses atores (BRASIL, 2004).

Contudo, a participação só será efetivada se for construído um consenso com a sociedade, tornando necessária a formação, capacitação, investimentos físicos, financeiros, operacionais e políticos, que envolvam todos os atores da política de assistência social (BRASIL, 2004).

Relacionado à construção de uma Política de Recursos Humanos é necessária a capacitação continuada, participativa, nacionalizada e descentralizada

para os trabalhadores públicos, privados e conselheiros. É necessário, também, criar espaços de debate e formulação de propostas de recursos humanos para a Assistência Social, através da realização de seminários e conferências, para dessa forma, poder oferecer serviços de qualidade com transparência e participação, a fim de requalificar o Estado e o espaço público (BRASIL, 2004).

Pretendendo-se assim, implementar políticas articuladas de informação, monitoramento e avaliação, que promovam novos patamares de desenvolvimento das políticas de assistência social no Brasil. Fortalecendo a democratização da informação e a integração das bases de dados de interesses para o campo sócioassistencial (BRASIL, 2004).

O Sistema Nacional de Informação da Assistência Social envolve os três níveis de governo, com estratégias para uma nova sistemática de construção de um sistema de informação com vistas a promoção e divulgação dos benefícios, serviços, programas e projetos que contribuam para o exercício dos direitos da cidadania e implementação do sistema de acompanhamento em rede de assistência social. Construindo um sistema de informação que permita o monitoramento e a avaliação do impacto dos benefícios, serviços, programas e projetos de enfrentamento da pobreza.

A próxima seção será dedicada a Política de Assistência Social no Município de São José, bem como a atuação do Serviço Sentinela dentro deste Município.

SEÇÃO II

2 CARACTERIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ

2.1 Características do Município de São José

São José da Terra Firme foi o nome dado ao Município de São José, Santa Catarina, após sua colonização, no ano de 1750, com a chegada de 182 açorianos, vindos de São Miguel, São Jorge e das Ilhas Graciosa - à Capitania do Desterro (hoje Florianópolis). Após 83 anos, a localidade passou de freguesia para vila e no dia 3 de maio de 1856, a vila de São José foi elevada à categoria de cidade (SÃO JOSÉ, 2009).

O Município Josefense está localizado na região Metropolitana da Grande Florianópolis, possuindo uma área territorial de 113,171 Km² (IBGE, 2009), é considerado o município com maior desenvolvimento demográfico do Estado de Santa Catarina, apresentando 1.733,16 habitantes por quilômetros quadrados (São José, 2009). São José é a quarta cidade mais antiga de Santa Catarina.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), São José possuía uma população de 196.887 habitantes, e que no ano de 2009, estima-se uma população de 201.746 habitantes.

Conforme a Lei Municipal N° 3.514 de 05/06/2000, São José passou a adotar uma nova divisão que determina a definição de seus distritos e bairros, de acordo com a tabela a seguir:

Tabela IX - Divisão dos Distritos do Município de São José

Distrito Centro Histórico	Distrito de Barreiros	Distrito Sede
Área Rural Norte	Areias (São José)	Campinas
Área Rural Sul	Barreiros	Kobrasol
Bosque das Mansões	Bela Vista	
Centro	Floresta	
Colônia Santana	Ipiranga	
Distrito Industrial	Jardim Cidade de Florianópolis	
Fazenda Santo Antônio	Jardim Santiago	
Flor de Nápolis	Nossa Senhora do Rosário	
Forquilhas	Pedregal	
Forquilha	Real Parque	
Picadas do Sul	Serraria	
Ponta de Baixo		
Praia Comprida		
Roçado		
Potecas		
São Luiz		
Sertão do Maruim		

Fonte: Prefeitura Municipal de São José. Dados históricos sobre o município. São José, 2009

Nos anos seguidos da sua colonização, o Município era composto apenas por agricultores, não apresentando nenhum sinal de desenvolvimento econômico. Somente após 1970 é que houve um salto no desenvolvimento da cidade, transformando-a em um dos pólos comercial e industrial mais importantes do Estado.

Assim como nas demais regiões industrializadas do Brasil, esse acelerado crescimento econômico que o Município apresentou, trouxe como conseqüências o aumento desordenado da população em virtude de não ter apresentado planejamento adequado.

A ocupação intensa e desordenada ocorrida em São José vem gerando os mais diversos problemas na área ambiental, social e econômico. Com a expansão da cidade, as áreas periféricas começam a ser valorizadas. Ocorrendo um fluxo intenso de migração, geralmente feita por pessoas de baixa renda, que acabam deixando suas cidades de origem em busca de novas oportunidades de trabalho.

Esse crescimento populacional foi impulsionado devido à sua localização às margens da Rodovia BR101 e à Capital do Estado, Florianópolis. Suas terras não valorizadas também favoreceram a migração, de forma que puderam ser adquiridas

e urbanizadas pela população de baixa renda. Sobre a questão de moradia, Silva (1992) indica que:

[...] na luta pela sobrevivência, a habitação constitui aspecto central no elenco das necessidades humanas básicas, sendo bastante curioso e complexo o modo pelo qual cada sociedade ou setores de determinadas sociedades procuram resolver, nas mais diversas circunstâncias históricas, o problema do abrigo ou da moradia.[...] As chamadas habitações subnormais, pela enorme rapidez com que se reproduzem e pelo grande número, constituem indicadores inequívocos das más condições de vida em que se encontram grandes parcelas da população e da sua “exclusão” do mercado formal (SILVA, 1992, p. 11-12).

Com esse fluxo migratório que São José apresentou, houve grande concentração de habitantes em áreas não regulamentadas e de risco, geralmente em morros, causando o agravamento de diversos problemas sociais. Isso, por sua vez, coloca-se “como agravante das questões sociais nas suas mais variadas expressões”, sendo as principais delas, as “situações de vulnerabilidade a que são expostas as crianças, adolescentes e suas famílias” (SÃO JOSÉ, 2007, p. 03).

Para atender as crianças e aos adolescentes lesados em seus direitos constitucionais, no transcorrer da década de 1990, a Prefeitura Municipal de São José, assumiu por meio da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, a implementação de políticas públicas ligadas à área da criança e do adolescente, buscando o resgate da cidadania.

A partir daí, deu-se origem ao Projeto Criança Sim (Sistema Integrado Municipal), que contava com o apoio dos Programas da Secretaria do Desenvolvimento Social e programas específicos para atender toda a demanda por serviços socioassistenciais.

Em 1998, com o financiamento e diretrizes do Governo Federal, foram implantados o Programa Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviço à Comunidade (PSC); em 2000, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e, em 2001, para cumprir com a meta definida pelo Plano de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (PEVES), foi implementado o Programa Sentinela (SÃO JOSÉ, 2002, p. 10).

Com a implementação destes Programas houve a necessidade de ampliação das ações integradas entre os mesmos, buscando o enfoque da família em sua totalidade. Com isso, no mesmo ano foi criado o Centro Integrado de Atendimento à Criança, ao Adolescente e à Família⁵ (CIACAF) – Cidade da Criança, com seu funcionamento dentro das instalações da Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social.

Durante o período de 2001 a 2002, foram desenvolvidos os seguintes programas na Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social:

Tabela X - Programas desenvolvidos na Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social em 2001 e 2002

- Programa Abrigo/Família Substituta/Apadrinhamento Afetivo;
 - Programa Liberdade Assistida/Prestação de Serviços à Comunidade;
 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil;
 - Programa Família Cidadã;
 - Programa Anjos de Rua;
 - Programa Apoio Sócio Educativo em Meio Aberto;
 - Centro de Referência Sentinela;
 - Centro Educacional Municipal Cidade da Criança.
-

Fonte: Prefeitura Municipal de São José. Secretaria do Desenvolvimento Social. Projeto Político-Social do Centro Integrado de Atendimento a Criança, ao Adolescente e a Família (Cidade da Criança), 2002.

No período compreendido entre 2003 a 2004 não há dados relevantes a serem registrados neste trabalho.

Já no ano de 2005, a Secretaria passa a ter uma nova nomenclatura, passando a se chamar Secretaria da Ação Social e dá-se início à implantação das propostas do Plano Nacional de Assistência Social. Nesse mesmo ano, conclui-se o Projeto Centro de Atenção à Terceira Idade (CATI). Em 2007, a instituição “Cidade da Criança” recebe outra nomenclatura “Ação Criança” (SÃO JOSÉ, 2009a).

Com a nova Política Nacional de Assistência Social, organizada a partir do Sistema Único de Assistência Social, a Secretaria da Ação Social do Município de São José precisou se adequar em seus serviços, programas e projetos, a fim de atender as novas exigências da Política.

⁵ O CIACAF – “Cidade da criança”, é uma instituição pública sem fins lucrativos que faz parte do aparato municipal, estando vinculada a Secretaria de Ação Social de São José.

Com isso, a Secretaria da Ação Social, mantém os Serviços de Proteção Social Básica e os Serviços de Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade, que funcionam na sede do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e no Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS).

No Ano de 2009 a nomenclatura da Secretaria da Ação Social passa a denominar-se Secretaria de Assistência Social. Para tanto, é na “Cidade da Criança”, funcionam a Secretaria da Assistência Social, as diretorias dos Serviços de Proteção Social Básica e Especial, e os serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade.

A Secretaria Municipal da Assistência Social de São José, está localizada às margens da Rodovia BR 101, Km 202, nº 3697, no bairro de Barreiros. Dentro de suas instalações são mantidas ações voltadas à Política de Proteção Social Especial de Média Complexidade, compondo os seguintes programas:

- Programas de Medidas Sócio Educativas em Meio Aberto (Liberdade Assistida; Prestação de Serviço Comunitário);
- Programa de Erradicação ao Trabalho Infantil (PETI);
- Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar (POASF);
- Plantão Sócio Emergencial;
- Serviço de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.

A Secretaria mantém também ações de Atenção Básica (Programa Ação Criança, o Centro de Atenção à Terceira Idade) e os serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade (Casa de Apoio e Abrigos).

O Município de São José possui apenas um CRAS⁶, que está localizado na Avenida das Torres, no bairro Real Parque. Nele são desenvolvidas atividades para atender à população usuária, disponibilizando cursos, programas e projetos.

Atualmente, no local funcionam oficinas e também são desenvolvidos o Programa Bolsa Família e o Programa Adolescente Josefense. No Bolsa Família, além das famílias cadastradas, o programa atende um total de 80 famílias provenientes de demanda espontânea, que buscam informações e orientações com relação ao serviço.

No CRAS é desenvolvido o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), que busca a prática de ações relativas à acolhida, informação e orientação, inserção em serviços da assistência social. As oficinas oferecidas no CRAS são desenvolvidas pelo PAIF, que atende um total de 360 famílias cadastradas no programa.

Sendo assim, são realizadas as seguintes oficinas e cursos disponibilizados pelo PAIF: curso de Patch Colagem, com um total de 26 participantes; Corte e Costura, com 08 participantes; Crochê, com 13 participantes; Culinária, com 04 participantes; Atividades Físicas, com 97 participantes; oficina de Inclusão Digital (para adultos, adolescentes e crianças), com 50 participantes; além do curso para adolescentes, em parceria com o Centro de Integração Empresa Escola (CIEE), que prepara o jovem para o mercado de trabalho, que conta com um total de 10 adolescentes participando.

Atende também, em média 40 famílias por mês, provenientes da demanda espontânea, que não, necessariamente, estão cadastradas no PAIF. O programa não disponibiliza nenhuma forma de benefício, sendo assim, a demanda espontânea que procura esse serviço, recebe orientação e encaminhamentos para as redes de apoio. Atualmente, o quadro de funcionários do CRAS é composto apenas de uma assistente social e de uma psicóloga.

⁶ As informações sobre o CRAS do Município de São José foram adquiridas através do Relatório Mensal das Atividades Realizada, durante o mês de outubro. Com isso, as informações obtidas podem variar de acordo com cada mês.

2.2 Contextualização do Serviço Sentinela no Município de São José

No ano de 2000 foi aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) o Plano de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, com o objetivo de construir políticas públicas que garantam os direitos das crianças e adolescentes em situação de violência sexual.

O plano visa atender os compromissos que foram firmados pelo Governo Brasileiro no I Congresso Mundial em Estocolmo, em 1996, tendo como referência o Estatuto da Criança e Adolescente, juntamente com os princípios da Doutrina de Proteção Integral da Criança e Adolescente.

O Plano Nacional supracitado, se estrutura a partir de seis eixos estratégicos, que estabelecem um conjunto de diretrizes para a intervenção técnico-política e financeira para o Enfrentamento do Abuso e da Exploração Sexual, que são:

Tabela XI - Eixos Estratégicos do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil

Análise da Situação - conhecer o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes em todo o país, o diagnóstico da situação do enfrentamento da problemática, as condições e garantia de financiamento do Plano, o monitoramento e a avaliação do Plano e a divulgação de todos os dados e informações à sociedade civil brasileira.

Mobilização e Articulação – fortalecer as articulações nacionais, regionais e locais de combate e pela eliminação da violência sexual; comprometer a sociedade civil no enfrentamento dessa problemática; divulgar o posicionamento do Brasil em relação ao sexo turismo e ao tráfico para fins sexuais e avaliar os impactos e resultados das ações de mobilização.

Defesa e Responsabilização – atualizar a legislação sobre crimes sexuais, combater a impunidade, disponibilizar serviços de notificação e capacitar os profissionais da área jurídico-policial; implantar e implementar os Conselhos Tutelares, o SIPIA e as Delegacias especializadas de crimes contra crianças e adolescentes.

Atendimento – efetuar e garantir o atendimento especializado, e em rede, às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual e às suas famílias, por profissionais especializados e capacitados.

Prevenção – assegurar ações preventivas contra a violência sexual, possibilitando que as crianças e adolescentes sejam educados para o fortalecimento da sua auto defesa; atuar junto a Frente Parlamentar no sentido da legislação referente a INTERNET.

Protagonismo Infanto Juvenil – promover a participação ativa de crianças e adolescentes pela defesa de seus direitos e comprometê-los com o monitoramento da execução do Plano Nacional.

Fonte: Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual e Infanto-Juvenil, 2002.

A partir do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil foi criado o Programa Sentinela. O Programa é um serviço de Média Complexidade, desenvolvido no CREAS, integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Constitui-se em uma unidade pública estatal, responsável pela oferta de atenções especializadas, de apoio, orientação e acompanhamento a indivíduos e famílias em situação de ameaça ou violação de direitos.

Em setembro de 2001, como já informado, o Programa Sentinela foi implantado no Município de São José, sendo localizado no CIACAF - Cidade da Criança, junto a Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social, com o intuito de atender casos de violência física e de exploração sexual contra crianças e adolescentes e suas famílias.

Em maio de 2002, devido a grande demanda apresentada, e com uma equipe composta por apenas 03 profissionais (uma psicóloga, uma assistente social e uma pedagoga), o programa tornou-se o Centro de Referência Sentinela (CRS), com a proposta de atendimento especializado de grande porte, porém com a mesma equipe.

No ano de 2004, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e através do decreto lei nº 5.085⁷, o Programa Sentinela passa a ser considerado uma “Ação Continuada” (SÃO JOSÉ, 2007, p. 11).

Atualmente, os casos atendidos no Serviço Sentinela fazem parte de um acordo feito em junho de 2005, onde a equipe do Programa, juntamente com a Diretoria da Criança e do Adolescente definiu que, em função da grande demanda, o Sentinela se adequaria às diretrizes gerais fornecidas pela Secretaria Nacional de Assistência Social que prioriza os casos de violência e exploração sexual, assumindo, desta forma, somente casos novos destas modalidades.

Em 2006, com a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o programa se insere como um serviço do CREAS. Assim, em janeiro de

⁷ DECRETO Nº 5.085, DE 19 DE MAIO DE 2004. Art. 1º São consideradas ações continuadas de assistência social aquelas financiadas pelo Fundo Nacional de Assistência Social que visem ao atendimento periódico e sucessivo à família, à criança, ao adolescente, à pessoa idosa e à portadora de deficiência, bem como as relacionadas com os programas de Erradicação do Trabalho Infantil, da Juventude e de Combate à Violência contra Crianças e Adolescentes. (MDS, 2004).

2007, a coordenação do Programa foi informada que a nomenclatura do programa passaria a ser Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes e suas Famílias (Serviço Sentinela) pois, por se tratar de uma ação continuada, cada município deverá constituir sua equipe de profissionais, através de concurso público, assim como, definir a metodologia e demanda dos atendimentos do serviço (SÃO JOSÉ,2007, p. 11).

A partir disso o Serviço Sentinela vem oferecer um conjunto de procedimentos técnicos especializados para atendimento e proteção imediata às crianças e aos adolescentes vítimas de abuso ou exploração sexual, bem como seus familiares, proporcionando-lhes condições para o fortalecimento da auto-estima, superação da situação de violação de direitos e reparação da violência vivida (BRASIL, 2008a).

O público alvo do Serviço Sentinela são as crianças e adolescentes de zero a 18 anos vítimas de abuso ou exploração sexual, bem como suas famílias, encaminhados pelos Conselhos Tutelares, Delegacias de Polícia, Juizados (Vara da Infância ou Criminal) e Promotorias (Ministério Público).

De acordo com as diretrizes deste Serviço, todos os profissionais devem estar capacitados, possuindo especialização devidamente registrada em violência doméstica e/ou sexualidade, bem como possuir experiência e afinidade com a questão a ser trabalhada.

Os objetivos do Serviço Sentinela são:

Tabela XII - Objetivos do Serviço Sentinela

- Contribuir para a promoção, defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual;
 - Identificar o fenômeno e riscos decorrentes;
 - Prevenir o agravamento da situação;
 - Promover a interrupção do ciclo de violência;
 - Contribuir para a devida responsabilização dos autores da agressão ou exploração;
 - Favorecer a superação da situação de violação de direitos, a reparação da violência vivida, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, a potencialização da autonomia e o resgate da dignidade.
-

Fonte: Brasil, Norma Operacional Básica, 2005.

As intervenções realizadas pelas equipes técnicas do Serviço, são realizadas em três momentos. O primeiro se dá pela realização do diagnóstico, em que é

possível verificar a procedência da denúncia recebida e avaliar a situação de risco. No segundo momento é realizado o atendimento sistemático com o usuário, com o objetivo de superação da situação de violência. E por último é realizado o desligamento da família, que pode se dar pelos seguintes motivos: mudança de endereço⁸ para outro município ou Estado, quando o adolescente atinge a maioridade, quando é detectada a superação da situação de violência e a não adesão aos atendimentos oferecidos pelo Serviço.

As crianças/adolescentes e suas famílias são acompanhados diretamente pelas equipes do serviço, sendo assim, também recebem o suporte de auxílios e benefícios disponibilizados pela Secretaria, e de encaminhamentos a rede de serviços do Município (SÃO JOSÉ, 2007).

O Projeto do Serviço Sentinela também prevê que o período de acompanhamento às vítimas de violência sexual pode ter a duração de cinco anos após a inclusão no Programa.

2.2.1 A atuação do Serviço Sentinela no Município de São José⁹

Desde sua implementação, no ano de 2001, a demanda de casos vem aumentando e o Serviço Sentinela vem sofrendo com a falta de profissionais para atender toda essa demanda. A primeira equipe de profissionais era composta por apenas uma psicóloga, uma assistente social e uma pedagoga. No ano de 2002, houve contratação de profissionais para atender a proposta de um programa de grande porte, sendo contratados, através de processo seletivo, um coordenador,

⁸ Quando da transferência de domicílio de um município para o outro, é gerado relatório de desligamento para o Conselho Tutelar para que o mesmo tome as providências cabíveis no trato com a garantia do direito da criança e do adolescente.

⁹ A contextualização desse item relaciona-se à experiência de estágio curricular realizada pela acadêmica do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina no Serviço Sentinela do município de São José/SC no período de agosto de 2008 a setembro de 2009.

dois assistentes sociais, duas psicólogas, três educadoras, uma secretária, dois motoristas e um auxiliar de serviços gerais.

Esta forma de contratação dos profissionais, através de contratos temporários, acabava por acarretar prejuízos para o usuário. Pois, a cada final de ano, era necessário explicar a cada família que a equipe iria mudar. Isso, frustrava o usuário que criava vínculo com o profissional e que, a cada equipe nova, era necessário expor novamente seu histórico de violência a um profissional que não conhecia.

Diante disto, no ano de 2007, houve a realização de um concurso público para a contratação de novos profissionais. No início de 2008, através do referido concurso, a equipe efetiva para o Serviço Sentinela foi formada por: três assistentes sociais, três psicólogas e uma assistente administrativa. No segundo semestre de 2008, foram contratadas, através da Prefeitura de São José, duas estagiárias de Serviço Social.

Com esse quadro de profissionais, foram formadas três equipes técnicas para o atendimento, compostas cada uma por uma assistente social e uma psicóloga. Assim, o Serviço passou a atender uma demanda de 90 casos, que foram distribuídos entre as três equipes, em que cada equipe acompanha 30 casos. Apesar disso, em setembro de 2008, o serviço possuía uma lista de espera¹⁰ de 36 casos.

Devido ao alto número da demanda reprimida que o Serviço começou a receber (em agosto de 2009 passou a ser de 141 casos), houve a necessidade de aumentar a equipe técnica. Então, em setembro de 2009, o serviço recebeu, através de contratação temporária, um total de nove técnicas, sendo estas cinco assistentes sociais, três psicólogas e uma auxiliar técnico administrativo, através de contratos temporários de seis meses a um ano.

¹⁰ A “lista de espera” que o Serviço possui é denominada pela equipe técnica de “demanda reprimida”. Sendo assim, neste estudo usaremos termo demanda reprimida para definir estes casos que estão na lista de espera e aguardando atendimento.

Atualmente o Serviço Sentinela de São José possui uma equipe formada por cinco assistentes sociais, seis psicólogas, um coordenador, um técnico administrativo, e um estagiário em Serviço Social.

Com a chegada da equipe nova que o serviço recebeu, ficou definido, através de um acordo interno, que essa equipe realizaria o diagnóstico dos casos, a qual tem a prerrogativa de definir se há a necessidade de acompanhamento sistemático, o encerramento do caso, ou encaminhamento para outros serviços da rede municipal. Mesmo porque os contratos são temporários, o que prejudicaria os atendimentos em caso de continuidade, pois, os técnicos não poderiam dar prosseguimento.

Assim, o serviço ficou dividido em duas equipes: diagnóstico e acompanhamento. A equipe de diagnóstico faz a verificação dos casos recebidos e a equipe de acompanhamento dá a continuidade aos casos em que há necessidade de atendimento sistemático.

Como já citado anteriormente, a vítima de violência chega ao serviço encaminhada pelos Conselhos Tutelares, Delegacias de Polícia e Juizados, e a partir de então, é realizada a triagem do caso, através da leitura do caso e análise dos dados recebidos. Quando se tratar de caso grave¹¹, procura-se incluir em atendimento o mais rápido possível, caso contrário a família fica em lista de espera aguardando o atendimento. Após isso, o caso fica na lista da demanda reprimida até que a equipe que encerrar um caso atenda outro em demanda reprimida.

Quando os técnicos recebem um caso novo, é realizada uma primeira abordagem através de contato telefônico entre o técnico responsável pelo caso e o usuário para marcar o primeiro atendimento. Porém muitas vezes os usuários não possuem telefone, sendo necessário que os técnicos realizem primeiro a visita domiciliar para colher dados importantes para manter contato com os mesmos.

¹¹ Nos casos considerados graves leva-se em consideração a idade da vítima e se a mesma convive com o agressor e como se deu a violência.

As visitas domiciliares realizadas são utilizadas para um primeiro contato com a família a ser atendida pelo Serviço, e no decorrer do atendimento para acompanhamento e entrega de benefícios ¹².

Durante o período em que as famílias estão em atendimento, às mesmas podem solicitar alguns benefícios que a Secretaria da Assistência Social disponibiliza, encaminhamento para confecção de documentação pessoal (certidão de nascimento e casamento), auxílio funeral, internação para dependência química ou alcoólica, vale transporte, solicitação de isenção de pagamento de taxas para a emissão de documentos, entre outros.

O estudo social é o instrumental utilizado pelo Serviço Social para a realização de relatórios situacionais e pareceres sociais solicitados pelo Ministério Público, Conselho Tutelar e outras instituições.

Outras atividades realizadas na dinâmica do cotidiano do Serviço Sentinela se pautam em reuniões de planejamento de equipe e estudo de caso, reunião de planejamento em dupla, articulação com a rede de serviços e com o sistema de garantia de direitos (Conselhos Tutelares, Delegacias, Posto de Saúde, Promotorias e Juizados) para encaminhamentos das demandas das vítimas e familiares, atendimento psicossocial (visitas domiciliares, visitas institucionais, atendimento individual, atendimento familiar, entrevistas com profissionais da rede de atendimento em diversas áreas como saúde, educação, habitação) e mobilizações alusivas ao combate da violência e exploração sexual e palestras realizadas na rede do município.

A documentação produzida pelos profissionais consiste, em sua maioria, no registro dos atendimentos sistemáticos prestados às famílias em prontuários específicos, relatórios situacionais elaborados conjuntamente pelos profissionais responsáveis pelos atendimentos, adendos, termos de comunicação, ofícios e memorandos, e pareceres técnicos. A documentação de cada caso é coletada e guardada, após o encerramento dos casos, é colocada em pastas e arquivada.

¹² São distribuídos benefícios de cesta básica, vale transporte, recibos de fotos e declarações para isenção de taxas para a confecção de carteira de identidade.

Os atendimentos psicológicos são previamente marcados e realizados na Sede do Serviço Sentinela, sendo que em situações específicas são realizados na residência do usuário. Também é realizado o atendimento sem agendamento aos usuários que procuram a instituição para atendimentos emergenciais.

O espaço físico utilizado pelo Serviço Sentinela é composto por uma sala para a recepção, uma sala de reuniões, três salas para o atendimento psicológico, e uma sala destinada às Assistentes Sociais. As salas são divididas por divisórias de madeira, o que não garante o total sigilo dos atendimentos, pois muitas vezes é possível ouvir a conversa dentro das salas. Na sala da recepção possui um rádio ligado constantemente para confundir o som que sai das salas.

O atendimento dos casos vem sendo prejudicado, devido a não adesão das famílias, em que as mesmas não percebem a importância dos atendimentos, não se comprometendo em se deslocar até o Serviço para serem atendidos. Muitas vezes, alegam falta de tempo, ou que o Serviço fica localizado longe de suas residências, falta de dinheiro para o transporte, entre outros.

Cabe ressaltar, que a rotatividade dos técnicos responsáveis pelos atendimentos de cada família, como já citado anteriormente, também é um fator que prejudica a adesão das mesmas neste Serviço, pois acaba por acarretar uma quebra de vínculo entre a família e os técnicos. Gomes (2005) contribui através de sua pesquisa que:

O vínculo familiar é o primeiro passo que deveria ser estabelecido para que os técnicos e a família estejam motivados para (...) obter respostas positivas com o atendimento. [...] a cada nova equipe que assume o trabalho praticamente reinicia o processo, pois a vítima e seus familiares, repetem sua história, trazem novas demandas e indiretamente são revitimizadas. [...] este fato nos revelou um óbice no atendimento da família, pois todo o trabalho de meses pode ser comprometido perante esse rompimento e com isso toda uma de construção de vínculo com a família e a rede de proteção ficam à mercê de novos intervenientes (GOMES, 2005, p. 97-98).

Os técnicos do Serviço, também, vêm observando que a rede de ações assistenciais oferecidas pelo Poder Público para as famílias em situação de vulnerabilidade social, não atendem todas as famílias que dela necessitam.

Assim, o Serviço vem encontrando dificuldade, pois as famílias não se encaixam nas condicionalidades dos programas assistências oferecidos pelo Poder Público, pois as políticas públicas são limitadas, seletivas, restritivas e focalizadas.

O Serviço Sentinela fornece o benefício de uma cesta básica por mês a cada família usuária quando é avaliada a necessidade, e também orienta e encaminha essas famílias para obtenção de benefícios como o BPC (Benefício de Prestação Continuada), Aposentadoria, Bolsa Família, entre outros.

A distribuição de cestas básicas não estava prevista no primeiro Projeto do Serviço Sentinela, elaborado no ano de 2001. Porém a Secretaria dispõe deste benefício para as famílias que naquele momento estão passando por dificuldades. Cabe ressaltar que algumas famílias só comparecem ao atendimento nos dias em que irá receber o benefício.

Muitas vezes, essa prática é utilizada por alguns técnicos como forma estratégica para as famílias comparecerem ao Serviço, e assim, poder obter informações das famílias atendidas, que só continuam com os atendimentos para receberem as cestas básicas.

É necessário, por parte da equipe técnica, ter um “jogo de cintura” para atender essas famílias, aproveitando suas idas para buscar a cesta básica, para realizar o atendimento. Isto é o que temos presenciado no Serviço com os atendimentos de algumas famílias.

As famílias são desligadas do Serviço após uma avaliação da equipe que acompanha o caso, tendo como principais justificativas a verificação de que a criança ou adolescente está livre de violência e se desenvolvendo de forma adequada tanto física, quanto emocionalmente. São casos em que evidenciam que os relacionamentos familiares estão estáveis, que houve mudança de município, a não adesão das famílias aos atendimentos oferecidos, e aqueles em que é detectada a superação da situação de violência, como a melhoria da auto-estima e do relacionamento familiar e comunitário.

Neste sentido, mesmo com demandas que não estão mais dentro dos objetivos do Serviço, o caso continua em atendimento, pois:

[...] todas as situações sociais vividas pelos sujeitos que demandam a política de Assistência Social têm a mesma estrutural e histórica raiz na desigualdade de classe e suas determinações, que expressam pela ausência e precariedade de um conjunto de direitos como desemprego, saúde, educação, moradia, transporte, distribuição de renda, entre outras formas de expressão da questão social (CFESS, 2009, p. 05).

Com isto, em muitos casos atendidos pelo programa já foi detectada a superação da situação de violência. Porém o atendimento ainda vem sendo realizado devido à situação sócio-econômica em que a família se encontra, e outras demandas como o desemprego, habitação imprópria, drogas, negligência, dentre outras.

As famílias atendidas pelo Serviço Sentinela, durante o acompanhamento passam a ter maior vínculo com o Serviço já que além do atendimento realizado com foco na violência, se estende para outras situações familiares, devido à vulnerabilidade social em que essas famílias estão. Essas vêm o Serviço como uma base de sustentação em que podem contar para solucionar suas necessidades e problemas, que vai desde a marcação de consulta nos Centros de Saúde, solicitação de cesta básica, até a solicitação para a internação em Clínica de Reabilitação.

Cabe considerar, que, referente aos casos inseridos há mais tempo neste Serviço e que foi constatada a superação da violência, ou receberam o acompanhamento psicológico, e que continuam ainda em atendimento, permanecem pelo motivo de buscarem orientações para as suas demandas atuais que não dizem respeito à violência sexual.

2.3 O Déficit na Rede Municipal de São José para a Questão da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), violência é o “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si

mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações” (BRASIL, 2009).

Assim, dentre os vários tipos de violência que existem podemos destacar: a violência física, a psicológica, política, cultural, verbal, contra a mulher, infantil, entre outros.

Neste contexto, a violência contra a criança/adolescente corresponde ao abuso físico ou psicológico por parte dos pais, cuidadores e outros, que cause algum dano à criança, como: xingamentos, agressões, negligência na alimentação ou abrigo, abuso sexual (BRASIL, 2009a). A violência pode ter diferentes manifestações, como podemos destacar algumas delas:

Tabela XIII - Tipos de Violências contra Crianças e Adolescentes

- **Violência Física:** corresponde o uso da força física, por parte dos pais, para a educação da criança ou adolescente. É considerado violência qualquer ato que atinja o corpo da criança e do adolescente, que vai desde a simples palmadas no bumbum até agressões com instrumentos (pau, barra de ferro, taco de bilhar, tamancos etc.) e imposição de queimaduras, socos, pontapés.
- **Violência Psicológica:** ocorre quando o adulto constantemente deprecia a criança, bloqueia seus esforços de auto-aceitação, causando-lhe grande sofrimento mental. Ameaças de abandono também podem tornar uma criança medrosa e ansiosa, representando formas de sofrimento psicológico.
- **Violência Sexual:** configura-se como violência sexual relação entre um adulto e uma criança ou adolescente, que tem por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente, ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual.
- **Negligência:** falha por parte dos pais ou responsáveis quanto as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente, em relação à alimentação, ambiente físico, vestimenta adequado e educação e supervisão apropriada.

Fonte: Ministério da Saúde. Tipologias e Naturezas da Violência. Brasília, 2009.

Com isso, o termo violência sexual, segundo Abrapia (1997, p. 07), é compreendido como:

[...] uma situação em que uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, baseado numa relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual, com ou sem penetração, com ou sem violência.

Esta violência pode ocorrer com ou sem contato físico. Como, por exemplo, a exposição da criança a materiais pornográficos.

O abuso sexual e a violência contra a criança/adolescente tem ganhado maior visibilidade nos últimos anos no Brasil, por intermédio de campanhas e denúncias públicas. Porém, ainda é um fenômeno de difícil enfrentamento, pois na maioria das vezes a violência acontece no seio familiar, onde há uma tendência da família se proteger dos conflitos através do silêncio, dificultando ainda mais as denúncias (SÃO JOSÉ, 2007).

Portanto, como medidas de proteção às vítimas, são apontadas como sendo obrigatoriamente a notificação nos casos de violência contra crianças e adolescentes, os artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e Adolescente:

Art. 13: Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Art. 245 Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente (BRASIL, 2006).

A partir daí, Faleiros (1998, p. 08), aponta que:

[...] as políticas de intervenção não se restringem ao binômio denúncia-repressão. Precisam estar garantidas em lei e em serviços do Estado para proteger as pessoas vitimizadas, punir os agressores, prevenir os abusos, discutir a sexualidade, assegurando à criança seu direito à autonomia, à aprendizagem, a desenvolver a apropriação do seu próprio corpo, numa sociedade e num Estado de direitos, com acesso a todas as políticas sociais básicas como educação, saúde, habitação, lazer e renda mínima. Criança é cidadão. O Estado deve ainda, assegurar facilidades para a denúncia e a punição dos agressores.

Assim, como já vimos anteriormente, nos últimos tempos tem se percebido um aumento significativo no número de casos que chegam ao Serviço Sentinela. Mesmo assim, podemos perceber que apesar do aumento das denúncias e das

demandas que chegam ao Sentinela, ainda existe alto número de casos que são encerrados sem atingir os objetivos propostos do programa.

Estes dados podem ser confirmados através dos casos encerrados que passaram pelo Serviço Sentinela desde sua implementação. Então, desde o ano de 2001 até setembro de 2009, foram encerrados um total de 494 casos. Sendo os principais motivos do encerramento a superação da situação de violência, mudança de município e não adesão aos atendimentos oferecidos.

Segundo análise dos dados do Serviço Sentinela, foi constatado que dentre os 494 casos encerrados que o Serviço possui, 168 casos foram encerrados por situação de violência superada, 145 casos por mudança de município, 61 casos por não adesão aos atendimentos¹³, 36 por outros motivos, 29 por atingir a maioria, 26 por violência não confirmada, 21 por termo de desligamento¹⁴, e, por fim, oito por estarem sendo atendidos por outra instituição ou tendo atendimento particular.

Atualmente, o serviço atende um total de 155 famílias, sendo divididas entre 83 em acompanhamento sistemático e 72 casos acompanhados pela equipe de diagnóstico. O serviço também possui um total de 75 casos na lista da demanda reprimida¹⁵. Antes de receber a equipe de diagnóstico, em setembro/2009, havia um total de 141 casos na demanda reprimida.

Contudo, como já foi citado anteriormente, o Serviço Sentinela atendia todos os tipos de violência contra crianças e adolescentes, porém, os casos atuais que são recebidos fazem parte de um acordo que, devido a alto índice de demanda reprimida que vinha recebendo, o Serviço atenderia apenas casos encaminhados de crianças e adolescentes vítimas de violência e exploração sexual.

¹³ A Não Adesão aos atendimentos se refere aos casos em que as famílias não comparecem aos atendimentos prestados.

¹⁴ O Termo de Desligamento se refere aos casos em que estão em atendimento, e por qualquer motivo não desejam mais recebê-los, assim assinam um termo renunciando aos atendimentos que tem direito. Dessa forma, o Serviço Sentinela se resguarda de alegações futuras de falta de atendimento por parte do usuário.

¹⁵ Dados analisados até outubro de 2009.

Sabe-se que o atendimento prestado às vítimas de violência ou exploração sexual requer um atendimento especializado que vise o fortalecimento, a superação e reparação da violência sofrida. Para tanto, a equipe investiga o caso para realizar o diagnóstico da situação, e nos casos das suspeitas recebidas e poucos fundamentadas, percebe-se que a situação de violência acaba não sendo comprovada, gerando um desgaste nas vítimas que passam por situações em que expõe suas vidas e de seus familiares que, muitas vezes, pode até ser traumática para as mesmas.

A partir disto, após ser realizado o diagnóstico pela equipe técnica, constata-se que muitos desses casos poderiam ser encaminhados para outros programas da Secretaria da Assistência Social, da Saúde Pública ou para redes de apoio do Município.

Para buscar uma efetivação dos direitos das crianças e adolescentes, são previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente, o artigo 87 que dispõe que “a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais, não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios”. Já no artigo 88, orientam para a “municipalização do atendimento”, a “criação dos conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente” e [...] “participação popular paritária por meio de organizações representativas” (poder público e sociedade civil), e “participação dos diversos segmentos da sociedade” (BRASIL, 2006, p. 32).

Com isto, segundo o Relatório de Monitoramento 2003-2004, do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil:

As organizações sociais que atuam no campo infanto-juvenil, mais uma vez acompanham as tendências que vêm se estruturando no Brasil e na nova ordem democrática, agregando a estratégia de organização das Redes de Proteção como formas de articular, mobilizar e prestar atendimentos qualificados, ampliando e legitimando aos processos de intervenções sociais, que representam situações de vulnerabilidade e/ou risco social, ambiental e pessoal para a criança e adolescente (BRASIL, 2002, p. 14).

Com base nisto, as redes de apoio no que se refere aos atendimentos de crianças e adolescentes buscam, não apenas articular e mobilizar as ações entre os atores sociais, governamentais e não-governamentais, como também na busca pela

ampliar e implementar os serviços, construindo efetividade e qualidade dos mesmos (BRASIL, 2002 p. 15).

O Município de São José possui um hospital de referência que também atende pessoas que foram vítimas de violência sexual. O Hospital Regional de São José faz parte da “Rede Regionalizada de Atendimento à Violência Sexual da Grande Florianópolis”, na qual 23 Municípios integram essa rede de atendimento. As vítimas podem procurar o hospital de forma espontânea ou serem encaminhadas via instituições de saúde, polícia ou redes comunitárias da região.

Com isso:

No Hospital Regional, além de ser prontamente atendida por assistentes sociais, enfermeiros e médicos, a paciente realizará uma série de procedimentos, envolvendo prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, HIV, Hepatite B, tétano e, quando necessário, contracepção de emergência. Como a nova Unidade integra a Rede Regionalizada de Atendimento às Vítimas Sexuais, a partir de agora o próprio hospital aciona a delegacia e o IML e encaminha a vítima à Unidade de Saúde Básica de sua cidade e ao Centro de Atendimento à Vítima de Crime (FLORIANÓPOLIS, 2002).

A unidade de referência no atendimento na área da Saúde é o Hospital Regional de São José, na área de Segurança Pública é a 3ª Delegacia de Polícia e IML, no Apoio psicossocial são os Centros de Referências Sentinela, o Conselho Tutelar e Centro de Atendimento à Vítima de Crime¹⁶ (CEVIC), e os Bancos de dados são feitos pela Secretaria Municipal de Saúde de São José.

Deve-se procurar a rede de atendimento em até 72 horas, para que a prevenção de doenças seja mais eficaz. Para adultos maiores de 18 anos é opcional fazer o registro do Boletim de Ocorrência, já para os menores de 18 anos são obrigatórios, e o próprio hospital aciona a polícia e o Conselho Tutelar.

A rede de atendimento realiza todos os procedimentos iniciais da situação de violência, após isso, os casos de situação de violência ocorridos com crianças e adolescentes são encaminhados para o Serviço Sentinela, CEVIC e outras organizações não-governamentais que realizam atendimento especializado.

¹⁶ O Centro de Atendimento à Vítima de Crime (CEVIC) está localizado em Florianópolis, onde realiza atendimento psicológico, social e jurídico às vítimas de crime.

Segundo as estatísticas da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual, 70% dos atendimentos pelo serviço, correspondem à crianças e adolescentes, confirmando assim, o aumento dos casos de violência sexual que o Serviço Sentinela vem apresentando.

Assim, percebe-se que, além da falta de profissionais, o município também não dispõe de outros serviços que possam atender esta demanda. No ano de 2009, a Secretaria da Assistência Social realizou um convênio com o Instituto Cidadania e Ação (ICA), que é uma organização não governamental sem fins lucrativos, criada para atender casos encaminhados por esta Secretaria, onde foram disponibilizadas um total de 300 vagas para acompanhamento psicológico de casos que não necessitam mais de atendimento especializado.

Porém, este serviço também passou a atender casos encaminhados pela Secretaria de Saúde, passando a não dar conta de todos os encaminhamentos. Sendo assim, o ICA está sem vagas para atender novos casos passando a ter uma lista de espera.

Outro fator limitador ao atendimento adequado prestado pelo Serviço é a dificuldade de acesso a rede de saúde pública, principalmente de saúde mental, pois muitos dos casos que o serviço atende precisa de um atendimento mais especializado nessa área. São casos de usuários com algum tipo de deficiência mental e /ou física, ou com problemas familiares relacionados ao uso de drogas, alcoolismo, entre outros. Sendo assim,

No campo da atenção à saúde mental, observa-se, hoje, no Brasil, importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando-se o modelo historicamente centrado na referência hospitalar para um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária (SANTA CATARINA, 2008, p. 04)

Assim, um dos maiores desafios na saúde mental é a construção de políticas voltada para crianças e adolescentes que busque princípios estabelecidos pelo SUS. (SANTA CATARINA, 2008, p. 24).

Contudo, é então a partir da Constituição Federal de 1988, conforme o artigo 227, que assegura as crianças e adolescentes: “o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao

respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 2008, p. 144).

Para isto, o guia de “Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes¹⁷”, elaborado pelo Departamento de Proteção Social Especial (SNAS/MDS), aponta que:

O atendimento humanizado de crianças e adolescentes em serviços de acolhimento requer uma estreita articulação entre o Sistema Único de Saúde - SUS e o Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Desse modo, orienta-se que os órgãos gestores dessas duas políticas desenvolvam estratégias conjuntas e elaborem protocolos de atenção integral à saúde de crianças e adolescentes que se encontram em Serviços de Acolhimento, bem como de seus familiares. [...] Nos casos de crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou que apresentam problemas devido ao uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, deve ser acionada a rede de saúde mental, por meio das ações de saúde mental na Atenção Básica, do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou, onde houver, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves (autismo, psicoses, neuroses graves, abuso ou dependência de álcool e outras drogas) (BRASIL, 2009b, p. 40-41).

Para o atendimento na área das políticas de saúde mental para crianças e adolescentes devem ser respeitados os seguintes princípios:

Tabela XIV – Princípios para o atendimento de Crianças e Adolescentes na área da saúde mental

- Acolhimento universal: significa que as portas de todos os serviços públicos de saúde infanto-juvenil devem estar abertas a todo aquele que chega, ou seja, toda a demanda, dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida;
 - Encaminhamento implicado: exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino;
 - Intersetorialidade na ação do cuidado: um trabalho clínico não pode deixar de ampliar também no serviço, de seus portões para fora, para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica (CAPS, ambulatório, hospital, PSF, etc), mas também outras agências sociais não clínicas que atravessam a vida das crianças e adolescentes: escola, igreja, órgãos da justiça, conselho tutelar, instituições de esporte, lazer, cultura, dentre outros.
-

Fonte: Santa Catarina. Plano Operativo Estadual de Saúde Mental 2008 – 2010. Florianópolis, 2008.

¹⁷ O presente documento tem como finalidade regulamentar, no território nacional, a organização e oferta de Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, no âmbito da política de Assistência Social (MDS, 2009).

Cabe ressaltar ainda, que o Município de São José não dispõe de Centros de Atenção Psicossociais¹⁸ (CAPS), especialmente para Crianças e Adolescentes, para atendimentos. O CAPS:

é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos psíquicos, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”. [...] Cujo objetivo “é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, lazer, esporte, cultura, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais (SANTA CATARINA, 2009).

O Município ainda está em processo de implementação de CAPS, onde tal processo “inicia-se com a solicitação de incentivo financeiro ao Ministério da Saúde, recurso esse destinado a montar a estrutura física, mobiliário e equipamentos necessários ao funcionamento do serviço” (SANTA CATARINA, 2008, p.10).

Como citado anteriormente, alguns casos que o Serviço possui não apresentam mais demanda para estarem inclusos no Serviço. Porém, o atendimento continua ocorrendo, pois não é possível deixar de atender sem dar encaminhamento ou suporte adequado às famílias.

Este tem sido outro problema que o Serviço vem enfrentando, pois a rede do Município não dispõe de serviços que possam estar encaminhando essas famílias ou a família não atende as características de inclusão de benefícios que possam ser incluídas, como o Bolsa Família e o BPC, por exemplo.

Os serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade que são desenvolvidos pelo CREAS encontram dificuldades para incluir essas famílias. É o caso do Programa de Orientação e Apoio Sócio Família (POASF), que também

¹⁸ Para maiores informações, verificar o Manual de CAPS. “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/>.

possui demanda reprimida. Assim, os casos ficariam desamparados por um tempo até serem incluídos nos atendimentos.

Outro programa é o Plantão Sócio Emergencial que, segundo um acordo interno, foram adotados critérios para os atendimentos, ficando, assim, determinado que cada família teria direito a retirar apenas 03 benefícios por ano. O que também não supre as necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade social.

Cabe ressaltar que os serviços, programas e projetos, da Política Nacional de Assistência Social, estão sendo discutidos e definidos entre representantes dos governos municipais, estaduais e federal, através da elaboração de um documento chamado “Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais¹⁹”, que contará com novas estratégias e mecanismos destinados ao aperfeiçoamento de suas ações, especialmente o desenvolvimento qualitativo dos serviços que serão prestados.

Sendo assim, o problema da demanda que o serviço apresenta não se dá apenas pela falta de técnicos para atendimentos, ocorre também pela falta de redes que o Município não dispõe para suprir e atender toda essa demanda que a realidade local vem apresentando.

¹⁹ Para maiores informações, verificar a “Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais”, disponível através do site: www.congemas.org.br/Tipificaonssocioassistenciais.pdf).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo buscou-se abordar as transformações ocorridas na Política de Assistência Social nos anos de 1980. Iniciada com o processo de reconhecimento da Assistência Social enquanto um direito garantido através da Constituição Federal de 1988, passando a compor a Seguridade Social, juntamente com a Saúde, Previdência e, conseqüentemente, a Assistência Social, que ao longo dos anos vem buscando se firmar como política pública.

Assim em 1993, após cinco anos da promulgação da Constituição de 1988, é que a Assistência Social passa a ser regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), buscando sua efetividade como política pública, de direito de todos e dever do Estado.

Esse processo vem ocorrendo de maneira lenta e gradual, porém com avanços significativos. Deste modo, somente dez anos após a criação da LOAS, em 2003, através da realização da IV Conferência Nacional de Assistência Social, é que foi deliberado pela implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como sendo um modelo de gestão para todo território nacional, integrante dos três entes federativos, objetivando a consolidação de um sistema descentralizado e participativo, instituído a LOAS (BRASIL, 2005).

Contudo, para implementar e definir o modelo do SUAS, foi aprovada, no ano de 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), seguida com a aprovação da Norma Operacional Básica (NOB/SUAS), no ano de 2005, visando operacionalizar os preceitos que regem o SUAS, por meio de contratação de equipe técnica especializada e peculiar à execução da política nacional e do próprio sistema único.

O SUAS organiza os programas, serviços e ações, em níveis de complexidade a partir do seguinte sistema: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial, cujas ações são desenvolvidas no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), respectivamente.

O Município de São José é definido pela Política Nacional de Assistência Social como um Município de Grande Porte, possuindo uma população superior a 101.000 habitantes. Devendo, como um município de Grande Porte, possuir o mínimo de 4 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas. Porém o Município possui apenas um CRAS, localizado em uma das regiões mais pobres. Contudo, este serviço atende unicamente 360 famílias cadastradas, o que não abrange toda a população e nem mesmo a população próxima ao CRAS.

O Município de São José, com o expressivo aumento desordenado da população decorrentes dos últimos anos, que culminou nos mais diversos problemas sociais, vem buscando adequar suas ações à Política de Assistência Social. No entanto, ainda apresenta um déficit muito significativo e elevado com relação aos serviços prestados, com o foco neste trabalhado para as Políticas Públicas nas áreas de Assistência Social e Saúde Mental.

O Serviço de Enfrentamento à Violência, Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescente e suas Famílias (Serviço Sentinela) operacionalizado no âmbito da PNAS, é um serviço de Média Complexidade, implantado no CREAS, que visa atender crianças e adolescentes vítimas de Violência e Exploração Sexual, através de atendimento especializado buscando a superação e reparação da violência sofrida.

Este Serviço, após sua implementação no ano de 2001, atendia todos os tipos de violência, porém, com o aumento dos casos encaminhados pelo Ministério Público, tornou-se necessário adaptar o atendimento para apenas casos de violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes.

Os atendimentos às vítimas de violência e exploração sexual exige a atuação e articulação entre diversos setores, tais como, delegacias de polícias, Conselhos Tutelares, Ministério Público, serviços de saúde, organizações não governamentais e organizações comunitárias. Somente com essa articulação é possível organizar e prestar os serviços.

Para tanto, este serviço vem lidando com entraves em seu cotidiano, o que tem prejudicado o andamento dos serviços prestados. Nos últimos anos, no Serviço Sentinela, apresentou aumento significativo do número de casos encaminhados ao serviço, que se deu pela facilidade na realização das denúncias e pelas campanhas

realizadas e divulgadas através dos meios de comunicação. Além do que, o número insuficiente de profissionais que a equipe possui, não vem suprindo a demanda que chega ao Sentinela.

Observou-se neste estudo evidente carência e pouca preocupação do Poder Público com as demandas, não apenas as atendidas pelo Serviço Sentinela, como também com os usuários que utilizam os serviços públicos, como também pela falta de rede de atendimento na área de saúde mental.

O crescente aumento da violência e as expressões da pobreza estrutural que vem ocorrendo no Brasil, faz com que haja um aumento nas demandas por serviços de saúde pública e Assistência Social. Porém, apesar do aumento dessa demanda, não há investimento necessário nessa área para melhorar os serviços. Com isso, a qualidade dos serviços prestados se tornam cada vez mais fragilizada, prejudicando essa população que tem que enfrentar a falta de atendimento e, ainda, as precárias condições dos atendimentos que são prestados.

Apesar dessas informações contemplarem apenas dados obtidos através da vivência no Serviço Sentinela, pode-se confirmar que as Políticas Públicas do Município de São José não estão adequadas às demandas apresentadas. Assim, a deficiência nas redes de apoio mostra-se insuficiente para atender as necessidades das famílias. Com isto, sobrecarrega o Serviço Sentinela que, ao passo que não possui condições de absorver a demanda existente em virtude dos entraves apontados anteriormente, também não apresenta condições de dar suporte adequado às famílias no que diz respeito às demandas sócio-assistenciais.

Com isto, se percebe que os entraves identificados são problemas estruturais que se evidenciam através da omissão do Estado em absorver as reais demandas societárias, em detrimento do atendimento às exigências do sistema neoliberal.

São os casos dos usuários que não possuem renda e nem trabalho e que, por falta de escolaridades, problemas de saúde sem acompanhamento adequado, falta de qualificação profissional, não conseguem nem ao menos se encaixar nas condicionalidades que o mercado de trabalho se coloca.

Assim, necessitam das políticas públicas para sobreviver, que vem se colocando como um entrave para os usuários devido às condicionalidades que são

postas. Um exemplo disso é o BPC, que para ser incluído, o usuário necessita comprovar que possui 65 anos ou mais. Sendo destinado para idosos ou pessoas com deficiência que não tem direito à Previdência e condições de trabalho. A grande maioria das famílias atendidas pelo Serviço não possuem renda e nem condições para trabalho, porém não se encaixam no BPC por não possuírem a idade mínima que o programa exige. Assim, os incapacitados para o trabalho, como citado anteriormente, também se tornam incapacitados para serem incluídos nos serviços.

No Serviço também tem-se percebido que muitos dos casos já poderiam ter sido desligados, porém o Município não possui redes de apoio para incluí-los em outros atendimentos.

Isso tem acontecido com as famílias que estão em atendimento há mais tempo no Serviço, onde já se esgotou o período de atendimentos previsto, ou já receberam o atendimento psicológico e todas as orientações para a superação da violência. Contudo, ainda mantém um vínculo de confiança com o Serviço, buscando orientações para as demandas atuais que acontecem em suas vidas pois, não possuem outro Serviço de referência que possam atendê-los. E o Sentinela, como um Serviço que já é referência para as famílias, continua a atendê-los para que não fiquem desamparados.

Dessa forma, a qualidade dos serviços prestados vem sendo prejudicada, pois o Sentinela vem fazendo o trabalho de outros serviços que a rede do Município não dispõe, assim a lista da demanda reprimida do Serviço fica estagnada.

Contudo, apesar da falta de redes de apoio para encaminhar essas famílias, o Serviço ainda vem enfrentando uma série de limitações institucionais. No âmbito interno presencia-se limites para desenvolver o trabalho, como as salas inadequadas para atendimento psicológico e social e a falta de capacitações para preparar os profissionais para atender vítimas de violência. No âmbito externo a falta investimento necessário para dispor de rede de serviços para Município e a falta de contratação de profissionais para atender adequadamente toda a demanda.

O Município deve adequar-se a política para melhorar a qualidade dos serviços prestados, através da implementação da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, cujo objetivo é padronizar os serviços da Assistência Social em nível nacional. A Tipificação, apesar de estratificar as políticas sociais têm se

colocado como meio de identificar demandas e atendê-las sob uma perspectiva focalista, na busca por propor serviços que atendam demandas específicas das famílias.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA – Associação Brasileira Multi-Profissional de Proteção à Infância e Adolescência. **Campanha Nacional de Combate e Exploração Sexual Infanto-Juvenil**. Ministério da Justiça/ABRAPIA, fevereiro, 1997.

ABREU, Marina Maciel . A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares na sociedade brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo , v.25, n.79 nesp , p. 43-71, set. 2004.

BOSCHETTI, Ivanete et al. (Org.). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo (SP): Cortez, 2008. 280p.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo , v.26, n.87 nesp , p. 25-57, set. 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Senado Federal. Brasília, 2008.

_____**Política Nacional de Assistência Social**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília: 2004.

_____**Lei Orgânica de Assistência Social**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate À Fome. Brasília: 2004a.

_____**Estatuto da Criança e Adolescente**. Lei 8.069/1990. Rio de Janeiro, 2006.

_____**Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Guia de Políticas e Programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS**. Brasília, 2008a.

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

_____**Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS**. Brasília, 2006a.

_____**Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Manual Informativo para jornalistas, gestores e técnicos**. Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Brasília, 2007.

_____**Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Guia de Orientação nº 1. Brasília, 2007a.

_____**Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protacao-social-basica/paif>. Acesso em 03 de outubro de 2009.

_____**Ministério da Saúde. Tipologias e Naturezas da Violência**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 08 de novembro de 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1
Acesso em 10 de novembro de 2009b.

_____. Ministério da justiça. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual e Infanto-Juvenil**. 3 ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. Brasília, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias**: referências para a atuação do psicólogo. Brasília, 2009.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e assistência social: SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**. São Paulo (SP): Cortez, 2007-.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

DUARTE, Adriana . **O processo de reforma da previdência social pública brasileira: um novo padrão de regulação social do Estado?**. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo , v.24, n.73 , p. 120-141, mar. 2003.

DRAIBE, Sônia Miriam. **As políticas sociais e o neoliberalismo**. Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. *Revista USP*, São Paulo, n. 17, p. 86-101, 1993.

FALEIROS, V.P. **A violência Sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores**: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário in LEAL, M. F. P. & CÉSAR, M. A. (Org.). **Indicadores de violência intrafamiliar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes**. Brasília: CECRIA, Ministério da Justiça e CESE, 1998.

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis**. 2002.

GOMES, Waldirene Vieira. **Os Óbices (In)visíveis do Acompanhamento Familiar**. Um estudo da medida de proteção para crianças e adolescentes vítimas da violência sexual intrafamiliar. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (Mestrado). UFSC: Florianópolis, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Villela. . **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. Pag. 114-151. 3. ed São Paulo (SP): Cortez, 2007. 495p.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. CENTRO LATINO-AMERICANO DE TRABALHO SOCIAL. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 7a ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 1990. 383p.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A Questão social no capitalismo**. Revista Temporalis. Brasília: ABEPSS; Grafile, n. 3, p.9-32, jan./jun. 2001.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Cidades**. IBGE, Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=421660#> . Acesso em: 18 de set. 2009.

MARTINS, Valter. **O Processo de Implementação e Gestão do Programa Bolsa Família em Florianópolis**. Florianópolis, SC, 2008. 196 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

MIGUEL, Diego et al. **Violência e maus tratos contra a pessoa idosa**. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/violencia/violencia264.htm>>. Acesso em: 15 out. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A violência Social sob a perspectiva da Saúde Pública**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1994, p. 07-18. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf> . Acesso em 21 de novembro de 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Família e Serviço Social**: contribuições para o debate. Revista Serviço Social e Sociedade. Nº. 55. São Paulo: Cortez, 1997, p. 114-130.

MOTA, Ana Elizabete. **O mito da assistência social**: ensaios sobre Estado, política e sociedade. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, c2008. 255 p.

_____. Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. Capítulo II, p. 117-157. São Paulo: Cortez, 1995. 247p.

_____. ; MARANHÃO, Carlos Henrique; SITCOVSKI, Marcelo. **O Sistema Único de Assistência Social e a Formação Profissional**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo/SP, ano XXVI, no 87, Cortez, setembro de 2006.

PAIVA, Beatriz Augusto de. **O SUAS e os direitos sócioassistenciais**: a universalização da seguridade social em debate. Serviço Social & Sociedade, São Paulo , v.26, n.87 nesp , p. 5-24, set. 2006.

PEREIRA, Potyara Amazonina.Pereira. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2ed São Paulo: Cortez, 2002. 215p.

_____. **Mudanças Estruturais, Política Social e Papel da Família**: crítica ao pluralismo de bem-estar. São Paulo: Cortez, 2006. P. 25-42.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: Caminhos da construção democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SÃO JOSÉ. Prefeitura Municipal. **Dados históricos sobre o município**. São José, 2004 a. Disponível em: <http://www.pmsj.sc.gov.br>. Acesso em 03 de setembro de 2009.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria do Desenvolvimento Social. **Projeto-Social do Centro Integrado de Atendimento a Criança, ao Adolescente e a Família – Cidade da Criança**. 2002.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria da Ação Social. **Projeto Técnico Social do Serviço Sentinela**. 2007.

_____. Prefeitura Municipal. **Projeto Técnico do Programa Sentinela** de São José. 2001.

_____. Prefeitura Municipal. **Pré-Projeto – Serviço de Enfrentamento à Violência, ao Abuso e a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. 2009a.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Plano Operativo Estadual de Saúde Mental 2008 – 2010**. Florianópolis, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de CAPS**. “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/>. Acesso em 10 de novembro de 2009.

SILVA, Ana Carolina da. Relatório de Estágio Curricular Obrigatório II. Disciplina de Supervisão de Estágio Curricular Obrigatória II. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2008. Não Publicado.

SILVA, Ademir Alves da. **Política social e cooperativas habitacionais**. São Paulo: Cortez, 1992.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; YASBEK. Maria Carmelita; GIOVANI. Geraldo di. **A Política Social Brasileira no Século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. 4^o ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2008a.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira. **Assistência na trajetória das Políticas Sociais Brasileiras : uma questão em análise**. 6. ed. São Paulo Cortez 1995 112p .

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira. **Carta Tema: Assistência Social no Brasil 1983-1990**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995a. 94 p.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira; FALCÃO, Maria do Carmo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 3. ed. São Paulo Cortez 1995b 126p.

SITCOVSKY, Marcelo. Universidade Federal de Pernambuco. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. **Estado e sociedade civil: o caso das parcerias nas políticas de assistência social**. Recife, 2005. 143 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Mestrado em Serviço Social, 2005.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE PESQUISAS DO RIO DE JANEIRO. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil:**

estratégias de bem-estar e políticas públicas. Capítulo 4, p. 138-177. Rio de Janeiro: Revan: IUPERJ, 2000. 286p.

YASBECK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Pobreza Exclusão Social**: expressões da questão social no Brasil. Revista Temporalis. Brasília: ABEPSS; Grafline, n. 3, p. 33-40, jan./jul. 2001.

SILVA, Maria Ozanira da Silva (Org.). **Renda mínima e reestruturação produtiva**. São Paulo: Cortez, 1997.