

O PAPEL DO CRAS NA EFETIVAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL ENQUANTO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL

Edilene LOPES*

- RESUMO: Este artigo discute, a partir da realidade vivenciada pelos profissionais que compõe a equipe técnica mínima do CRAS, no município de Lins/SP, a difícil realidade da população residente na área de abrangência deste, que sofre uma cruel forma de violência, a da pobreza, que se apresenta de forma velada. E aponta a necessidade de que se efetive a Seguridade Social enquanto sistema de proteção social.
- PALAVRAS-CHAVE: Seguridade Social; Proteção Social; Direito.

O Papel do CRAS na Efetivação da Seguridade Social enquanto Sistema de Proteção Social

Trazer à discussão o tema Seguridade Social não é algo fácil, dada a sua complexidade e amplitude, porém, tal debate se faz necessário.

A Constituição Federal de 1988 instituiu a Seguridade Social, composta pelas políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência Social, sob responsabilidade primeira do Estado, devendo este ordenar as ações, garantindo os direitos dos usuários, com universalidade e equidade no atendimento. Possibilitando, ainda, o controle social através da participação da população usuária nos Conselhos. Sendo as políticas de assistência social e saúde independentes de contribuição.

É inegável que a instituição da Seguridade Social constituiu-se em um avanço no campo das políticas públicas. No entanto, sua instituição não garante sua efetivação enquanto sistema de proteção social.

No campo da Previdência Social, parte significativa da população brasileira não possui registro contratual na carteira de trabalho, estando, desta forma, fora da cobertura previdenciária que lhes assegura proteção em casos de doenças e/ou acidentes de trabalho, seguro desemprego e a aposentadoria.

* Assistente Social da Prefeitura Municipal de Lins. Conselheira Municipal de Assistência Social. Mestranda em Serviço Social pela UNESP – Franca. Membro do grupo de estudos “Teoria Social de Marx e Serviço Social” (UNESP/Franca).
Serviço Social & Realidade, Franca, 16(2): 183-194, 2007 183

Com a reforma da Previdência Social, nos anos de 1998 e 2002, os direitos dos trabalhadores foram restringidos, sendo o valor dos benefícios reduzidos, além de retardar a aposentadoria, favorecendo a permanência destes no mercado de trabalho.

A reforma de Previdência brasileira de 1998 para os trabalhadores vinculados ao RGPS se caracterizou pela redução dos benefícios, por restrições ao acesso e, ainda, por induzir uma maior permanência dos trabalhadores em atividade, contribuindo para agravar a dificuldade de absorção de novas pessoas no mercado de trabalho. Essa dificuldade decorre também da redução dos benefícios dos que já se aposentaram, que, não raramente, são assim forçados a buscar um complemento de renda pelo retorno ao trabalho. Outro efeito perverso ocorre sobre as remunerações: a maior oferta de mão-de-obra tende a provocar uma remuneração média menor. O Estado que prejudica o trabalhador pela irregularidade das contribuições previdenciárias é o mesmo que dedica poucos recursos para a fiscalização do mercado de trabalho. (SALVADOR, 2005, p. 34).

No que diz respeito à saúde, no dia-a-dia da prática profissional nos deparamos com ações que não tem se demonstrado eficientes e eficazes para suprirem as necessidades apresentadas pela população, além de serem desenvolvidas de forma desarticulada com as demais políticas públicas e sociais. A ação da política de saúde deve voltar-se, prioritariamente, para a rede básica, contribuindo, dessa forma, para a prevenção de doenças.

A Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que regula as ações de saúde a nível nacional, estabelece que:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

No campo da assistência social ocorreu um novo avanço, embora um pouco tardiamente, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, em 1.993.

Esta estabelece em seu Capítulo I – Das Definições e Dos Objetivos, que:

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.

Porém, a LOAS demonstrou-se contraditória, pois, se de um lado garante o atendimento universalizado, com o provimento dos mínimos sociais e atendimento às necessidades básicas da população usuária, por outro, as políticas públicas, nesta área, foram seletivas e focalistas, não garantindo direitos mínimos. Os recursos financeiros destinados foram insuficientes e sendo, ao longo das últimas décadas, reduzidos.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é contraditória. Se de uma parte afirma princípios, que apontam uma perspectiva de direitos sociais, de outra, ao tratar dos benefícios, produz uma tradução perversa das suas diretrizes. Isso põe em risco toda a proposta de Seguridade Social, colocada no horizonte possível da Assistência Social. É realmente um deslocamento da questão (SPOSATI, 1997, p. 22).

Os Programas de transferência de renda ainda estão aquém do proposto, apenas amenizando a situação de vulnerabilidade das famílias atendidas. Estes objetivam, além do repasse financeiro, a promoção da família com acompanhamento e desenvolvimento de ações sócio-educativas para que busquem sua emancipação econômica e social, incluindo alternativas de geração de renda. As famílias devem cumprir uma agenda mínima de compromissos, como é o caso do Programa Bolsa Família, do Governo Federal, com a inscrição e/ou manutenção dos filhos na escola e cuidados básicos com a saúde.

Ao longo dos anos que se seguiram à promulgação da LOAS, o que ocorreu foi um desmonte gradativo, pelo Estado, das políticas que integram a Seguridade Social.

Podemos tomar como ponto referencial a década de 1990, a partir do Governo Collor, quando houve a intensificação da política Neoliberal do Estado, sacramentada no governo FHC com o desmonte do Estado, através das privatizações, redução dos gastos públicos e com o enfraquecimento das políticas públicas, valorizando a iniciativa privada. O Estado transferiu sua responsabilidade para a sociedade civil.

No campo da política pública de assistência social, são incentivadas ações com a participação de voluntariado e com caráter solidário. As políticas sociais desenvolvidas são focalistas, seletivas, voltadas à miséria absoluta, estando subordinadas aos interesses do capital e desenvolvidas de acordo com a estrutura econômica e política.

O alvo central do ataque do projeto político conduzido pelo primeiro governo FHC foi, como é facilmente depreensível, o conjunto dos *direitos sociais*. São estes direitos os que, diretamente oneram o capital; indiretamente, como o demonstrou o teórico “clássico” da cidadania moderna (o, aliás, liberal Marshall), eles podem até mesmo travar princípios elementares da sociedade de classes. Ora apresentados como “privilégios”, ora grosseiramente mistificados como “injustiças”, e sobretudo postos como “financeiramente insustentáveis”, os direitos sociais foram objeto de mutilação, redução e supressão em todas as latitudes onde o grande capital impôs o ideário neoliberal; o Brasil de FHC, quanto a isto, apenas reiterou a receita: a governabilidade do país,

conforme a equipe de FHC, dependia fundamentalmente da *flexibilização* desses direitos (NETTO, 2000, p. 81).

Esta política perpetuou-se no governo do atual presidente, Luiz Inácio Lula da Silva. Porém, há de se reconhecer que este tem possibilitado um debate mais claro em torno da política de assistência social, dando a esta, um tratamento diferenciado dos governos anteriores. Os recursos destinados a assistência social têm aumentado gradativamente, embora estejam, ainda, longe do ideal.

Um novo avanço que se apresenta, a partir de 2005, é a implantação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS. Sua proposta de implantação vem desde a promulgação da LOAS e da I Conferência Nacional de Assistência Social.

De acordo com o estabelecido através da Política Nacional de Assistência Social – PNAS, de 2004 e da Norma Operacional Básica – NOB, de 2005, este vem ordenar as ações no campo da assistência que, até o momento, não possuíam uma direção única, sendo desenvolvidas pelos Estados, Municípios e União de forma fragmentada e direcionada, em muitos casos com duplicidade de ações, através de Programas que atendiam, em determinados momentos, aos interesses de cada esfera de governo, não levando em conta a realidade local e a real necessidade da população atendida.

A implantação do SUAS como sistema único supõe unir para garantir, o que implica em: romper com a múltipla fragmentação programática hoje existente, com a fragmentação das esferas de governo e o paralelismo de gestão; com a fragmentação das ações por categorias ou segmentos sociais sem compromisso com a cobertura universal e a qualidade dos resultados (SPOSATI, 2004, p.2).

Porém, o SUAS, apesar de ser um avanço, não se dá de forma pronta e acabada, passando por um período de construção e se faz necessário o seu aprimoramento contínuo.

Dentre as ações previstas em sua criação, está a implantação dos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS.

O CRAS é a unidade estatal responsável pela efetivação da proteção social básica, prevista na PNAS 2004, a fim de “prevenir
Serviço Social & Realidade, Franca, 16(2): 183-194, 2007

situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (Orientações Técnicas, MDS, 2006, p. 11).

As ações estão voltadas para pessoas e/ou famílias em situação de vulnerabilidade social, seja em razão do rompimento e/ou fragilização dos vínculos afetivos familiares ou comunitários, desemprego, pobreza, entre outros.

O CRAS possibilita o atendimento descentralizado, dentro das próprias comunidades e/ou Bairros, com ações propostas a partir da realidade apresentada e real necessidade da população usuária. Sua instalação deve se dar em áreas de maior concentração de vulnerabilidade social, para isso, é fundamenta a identificação destas através de diagnóstico previamente realizado.

Dentre as ações previstas para o CRAS, está o acompanhamento prioritário às famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada – BPC, bem como diagnóstico, orientação e encaminhamento de famílias em situação de vulnerabilidade para inclusão nesses.

Embora o SUAS seja algo previsto desde a promulgação da LOAS e da I Conferencia Nacional de Assistência Social, não se estabeleceu um debate amplo sobre o tema, à época.

Da mesma forma, pouca atenção foi dada ao assunto pelos veículos de comunicação, não havendo divulgação efetiva e o esclarecimento necessário à sociedade no momento de sua implantação. Os debates sobre o tema tem se dado no espaço de execução da política pública, envolvendo gestores e equipe técnica, não atingindo os demais setores e agentes sociais.

Passado um ano, o que se mostra, ao menos na realidade vivida nos municípios de médio e pequeno porte, é que grande parte da população usuária desconhece a existência do SUAS e não tem clareza do papel do CRAS, como é o caso do município de Lins, interior de São Paulo, o qual tomamos como exemplo. Sendo que, algumas das demais secretarias que integram a administração pública municipal, bem como as políticas públicas com as quais se faz necessário a interface com a política de assistência social, principalmente a de saúde, não demonstram clareza sobre o assunto. A isso se aplica o Judiciário e Conselho Tutelar, que tem um papel importante no desenvolvimento das ações do CRAS na efetivação da proteção social, através da garantia de direitos.

O CRAS, assim como o SUAS, encontra-se em processo de construção, cabendo a cada município definir, dentro do estabelecido pela PNAS/2004 e a NOB/2005, as ações a serem desenvolvidas, de acordo com a realidade específica apresentada pela população usuária em sua comunidade e/ou Bairro.

Definir essas ações não tem sido uma tarefa muito fácil, pois existem, ainda, muitas dúvidas sobre o papel do CRAS por parte dos profissionais que compõe a equipe mínima. É necessário o conhecimento da população alvo, através de diagnósticos que não acontecem da noite para o dia.

A implantação do SUAS se estabeleceu, obviamente, como um caminho sem volta, no qual os municípios tiveram que se adequar. A forma como se deu esse processo não levou-se em consideração a estrutura existente e as dificuldades que estes enfrentaram e/ou ainda enfrentam para sua adequação ao novo sistema que traz uma série de compromissos que os municípios devem cumprir. Entre eles, a implantação do CRAS, que gera um custo muito alto. Algumas dificuldades como a inadequação na estrutura física dos CRAS, recursos materiais insuficientes e inadequados, para o atendimento e acompanhamento das famílias, principalmente no que se refere à locomoção dos técnicos, tem levado ao desenvolvimento de ações emergenciais. Outro fator é a deficiência na composição da equipe mínima necessária.

Temos nos deparado, no dia a dia das ações desenvolvidas pelo CRAS, no município de Lins/SP, com famílias extremamente fragilizadas devido a situação de desemprego, analfabetismo, perda de vínculos afetivos e comunitários, ausência de moradia ou que vivem em moradias precárias, além de casos de violência intra-familiar. Porém, tem nos chamado a atenção o fato de que, dentre os casos encontrados, quase 100% destes estão relacionados a saúde, seja por falta de higienização pessoal e habitacional, precarização da habitação, doenças ocasionais, alcoolismo e uso de outros tipos de substâncias psico – ativas e, principalmente, casos de saúde mental.

Na interface que se estabelece entre a Assistência Social e a Saúde para encaminhamento e acompanhamento dos casos, o que tem ocorrido é que a rede pública de saúde tem-se demonstrado ineficiente e ineficaz para suprir a demanda e sanar os problemas apresentados.

O primeiro atendimento dado é de fundamental importância para a orientação e encaminhamento adequado, a fim de evitar que o sofrimento da família e do doente se arraste, sem solução.

Quando não há um preparo adequado da equipe, muitos dos casos são tratados de forma *estranque*, sem uma avaliação mais profunda, a fim de descortinar o pano de fundo do problema que se apresenta e seus desdobramentos. Muitas dessas famílias apresentam-se com graves comprometimentos na saúde de seus membros que poderiam ter sido evitados se fossem tratados e/ou encaminhados de forma adequada dentro da rede básica.

O município conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, considerados como principais agentes dentro da rede básica de saúde, desenvolvendo um papel fundamental na detecção dos casos que requerem uma atenção especial por terem o vínculo estabelecido com as famílias, uma vez que realizam visitas periódicas, estão próximos a estas e conhecem sua realidade por morarem também dentro do Bairro e ou comunidade. Porém, em muitos casos, estes agentes tem se demonstrado despreparados no que diz respeito aos encaminhamentos que se fazem necessários em alguns casos que apresentam uma maior complexidade.

No que diz respeito especificamente à Saúde Mental, os casos encontrados variam desde depressão, com um quadro mais leve até estágios mais profundos, além de quadros de esquizofrenia. Nesses casos, a equipe do CRAS tem se deparado com uma política de Saúde Mental ineficaz para o atendimento que se faz necessário. O número de profissionais disponíveis não tem sido suficiente, ocasionando demora no primeiro atendimento e/ou longo prazo nos retornos. Devido ao fato de terem sido submetidos a freqüentes internações em instituições psiquiátricas, alguns pacientes se recusam ao atendimento através do Hospital Dia. A recusa acaba por ser aceita pelos profissionais que realizam o atendimento ambulatorial, uma vez que não dispõe de tempo e recurso necessário para um acompanhamento mais próximo, a fim de reverter o quadro, com isso, muitos dos pacientes ficam ociosos, o que contribui para o agravamento do caso.

Sem dúvida alguma, essas famílias tem seu quadro agravado pela questão social apresentada e verificada através de estudo social realizado pela equipe do CRAS. Muitas sequer tem conhecimento do direito ao atendimento gratuito, chegando a não realizar o tratamento de forma adequada pela ausência de

medicamentos, ou chegam a deixar de suprir outras necessidades para adquirirem o medicamento de que necessitam.

A desigualdade social encontrada dentro do território de abrangência do CRAS, em relação aos demais setores da sociedade local é notória *a olhos vistos*. Essa população vive uma dura realidade, marcada pela luta diária na busca dos mínimos necessários à sua sobrevivência, carregando, ainda, o estigma de viver nesses Bairros, conhecidos por terem sido, historicamente, locais de violência, tráfico, prostituição e miséria, lhe dificultando até mesmo a possibilidade de conseguir um emprego formal.

À medida que se desenvolvem a ciência e a técnica, em seus usos crescentemente político-econômicos e socioculturais, desenvolvem-se as formas e as técnicas de violência. À medida que se desenvolvem as forças produtivas e as relações de produção próprias do capitalismo, desenvolvem-se as diversidades e as desigualdades, as formas de alienação, técnicas de dominação e lutas pela emancipação (IANNI, 2004, p. 170)

O quadro que encontramos no contato diário com a população usuária tem demonstrado que, apesar dos direitos estabelecidos e do trabalho dos profissionais para efetivação destes, existe, ainda, um longo caminho a ser percorrido para que a Seguridade Social se efetive de fato enquanto sistema de proteção social. A garantia de direitos passa efetivamente pela informação. Para que a população lute pela garantia desses, cobrando sua devida aplicação *a quem de direito*, precisa, antes de mais nada, conhecê-los e os profissionais que atuam no CRAS tem um importante papel nesse sentido.

Não podemos nos esquecer que uma das características da Seguridade Social à partir de sua instituição é possibilitar o controle social, através da participação da população nos Conselhos instituídos, mas não só. É necessário o resgate da organização dessas comunidades pobres em torno dos problemas que são comuns às suas famílias para discussão dos mesmos, na busca de soluções e acompanhamento do trabalho das autoridades constituídas, sejam elas municipais ou não, na criação e desenvolvimento de políticas públicas de qualidade.

Há que se garantir sua efetiva representatividade, bem como o desenvolvimento de ações que possibilitem a ampla discussão do sistema de proteção social, a fim de que os usuários da Assistência Social se tornem de fato protagonistas na luta por sua efetivação.

Ora, o que os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não necessitam deles para saber; elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que eles; e elas o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. Poder que não se encontra somente nas instancias superiores de censura, mas que penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda a trama da sociedade (FOUCAULT, 1972, p.71).

As famílias residentes na área de abrangência do CRAS e destinatárias das ações deste, são, em nossa concepção, vítimas da mais cruel forma de violência: a da pobreza. A falta de uma política pública de qualidade, que garanta o provimento dos mínimos sociais necessários à uma vivência digna é um desrespeito a população usuária da Assistência Social.

Necessário se faz que o Estado desenvolva seu papel, a isto inclui a adequada estruturação dos CRAS, a fim de que se tornem de fato espaços de convivência e crescimento, com ações que possibilitem o protagonismo da população usuária.

LOPES, E. The hole of CRAS in effectiveness of the social security while a system of social protection. *Serviço Social & Realidade* (Franca), v. 16, n. 2, p. 182-192, 2007.

- *ABSTRACT: This article discusses, based on the reality lived by the professionals that compose the minimum technical team of CRAS, in the municipal district of Lins/SP, the difficult reality of the resident population in the mentioned area, that suffers a cruel form of violence, the one of the poverty, that comes in a veiled way. And it points the need of effectiveness of the Social Security while it is a system of social protection.*
- *KEYWORDS: Social Security; Social Protection; Right.*

Referências

- ADORNO, S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 4, n. 8, jul./dez. 2002, p. 84-135.
- ANTUNES, R. Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho. *Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 01. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*. Brasília/DF: CEAD-UnB, 1999.
- BRASIL. Constituição Federal da República Federativa do Brasil, 1988.
- _____. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, 1993.
- _____. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS, 2005.
- _____. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004.
- CADERNOS ABONG, n. 30: Subsídios à III Conferência Nacional de Assistência Social, nov. 2001.
- CADERNOS DE ESTUDOS DESENVOLVIMENTO SOCIAL EM DEBATE, n. 2 (2005): Suplemento – Brasília/DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 11. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- IANNI, O. *Capitalismo, violência e terrorismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004, p. 169-184.
- LESBAUPIN, I. (Org). *O Desmonte da Nação: Balanço do Governo FHC*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- REVISTA INSCRITA n. 1. Conselho Federal de Assistência Social, nov. 1997.
- SALVADOR, E. Implicações da reforma da Previdência sobre o mercado de trabalho. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, ano XXVI, n. 81, Cortez, p. 7-39, Marco 2005.
- SOREL, G. *Reflexões sobre a violência*. Tradução Orlando dos Reis. Petrópolis: Vozes, 1993, p. 49-152.

SPOSATI, A. et al. *Assistência Social na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: uma Questão em Análise*. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. *Os Direitos (dos Desassistidos) Sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

YASBEK, M. C. As ambigüidades da assistência social brasileira após dez anos de LOAS. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, Ano XXV, n. 77, p.11-27, mar. 2004.