

INTERSETORIALIDADE: Tendência contemporânea na organização de políticas públicas – A experiência do Programa Maior Cuidado¹

Taiane Queithe da Silva Faustino

Pós - graduada em Gestão Pública pela Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG
Analista de Políticas Públicas na Prefeitura de Belo Horizonte, Assistente Social formada pela
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

RESUMO

Este artigo aspira apresentar a execução e implementação de uma experiência municipal de gestão intersetorial. Para atender a essa finalidade, será explicitada uma breve revisão bibliográfica da literatura pertinente à Intersetorialidade no campo das políticas públicas. O intuito é problematizar as concepções de distintos autores sobre a referida temática, destacando como esta se expressa na Política de Assistência Social que, no âmbito da proteção social básica na cidade de Belo Horizonte, executa o Programa Maior Cuidado a partir de diretrizes e ações de cunho intersetorial.

Palavras-chave: Intersetorialidade. Gestão Pública. Políticas Públicas. Assistência Social. Programa Maior Cuidado.

1 A intersectorialidade no âmbito das políticas públicas

A intersectorialidade consiste numa ação que integra diferentes políticas sociais para superar, solucionar os problemas complexos e multifacetados que atingem parte expressiva da população brasileira. Mas, para que essa ação tenha êxito, é necessário construir uma nova concepção de gestão das políticas públicas, envolvendo o planejamento, a execução e o controle social na prestação de serviços sociais públicos. Isso requer uma inovação na forma

¹ Atendimento domiciliar de idosos dependentes e semi-dependentes residentes nas áreas de abrangência dos CRAS e que se encontram em situação de vulnerabilidade social em decorrência da fragilização dos vínculos familiares e/ou sociais. O programa disponibiliza um cuidador da pessoa idosa que permanece na residência do idoso (a) exercendo funções básicas de cuidado com idoso junta a família com intuito de prevenir situações de risco, a exclusão e/ou isolamento do idoso desenvolvendo e mantendo sua autonomia.

de articular os diversos segmentos da organização governamental e seus interesses. A fragmentação das políticas sociais reduz as possibilidades de enfrentamento eficaz de problemas complexos, como a pobreza e as desigualdades sociais, os quais exigem a ação coordenada entre diferentes setores. É nesta perspectiva que Junqueira (1998) argumenta que “as políticas sociais setoriais têm dificuldade em promover a equidade e a integralidade do atendimento ao cidadão”.

Com o início do processo de descentralização que ocorreu no país a partir dos anos 1980, expressou-se, no âmbito da Administração Pública, um processo de transferência de poder dos níveis centrais para os periféricos como uma estratégia para reestruturar o aparelho do Estado – não no sentido de reduzi-lo, mas para torná-lo mais eficaz e ágil. No curso desse processo, as transferências de poder do nível federal para os estados e municípios são diversificadas entre as diferentes políticas setoriais. Nesse contexto, a perspectiva da Intersetorialidade passa a ganhar espaço no cenário local, sendo, portanto, o município o palco de sua aplicação prática. Sendo assim, Junqueira (1998) destaca que a Intersetorialidade está associada aos processos de descentralização, às demandas da população de um dado território e à discussão acerca da gestão das cidades. Para esse autor, é pelo processo de descentralização radical no interior dos municípios que a Intersetorialidade ganha concretude.

A descentralização e a intersectorialidade inovam a gestão pública: enquanto a primeira transfere o poder para os que utilizam os serviços prestados, a segunda integra as políticas públicas. Contudo, a meta para superar a fragmentação das políticas sociais, no interior do aparelho de Estado, é debatida desde os anos 1980, mas somente no final da década seguinte é que a proposta Intersetorial começa a ser testada na prática. Tem-se como exemplo os casos dos municípios de Fortaleza, Curitiba, Belo Horizonte. (JUNQUEIRA, 2004; INOJOSA, 2001; ANDRADE, 2006; BRONZO, 2010).

A Intersetorialidade tem sido uma defesa retórica reiteradamente afirmada em textos e debates sobre as políticas sociais, principalmente quando o conteúdo da política está relacionado ao combate à fome e à exclusão. Conforme afirmam Bronzo e Veiga (2007), a Intersetorialidade consiste no trabalho integrado/conjunto entre os diferentes setores para a promoção de uma ação, pelo fato de que as demandas de uma população não são atendidas, exclusivamente, por um setor. É preciso levar em consideração, segundo os autores, as

diversas expressões da Questão Social² que, por serem complexas, necessitam de um enfrentamento em conjunto.

[...] a intersetorialidade pode trazer ganhos para a população, para organização logística das ações definidas, bem como para a organização das políticas públicas. Ao mesmo tempo, abrem-se novos problemas e desafios relacionados à superação da fragmentação e à articulação das políticas públicas, sobretudo se considerarmos a cultura clientelista e localista que ainda vigora na administração pública. (NASCIMENTO, 2010, p. 96).

O desafio de superar a fragmentação das políticas sociais no interior do aparelho do Estado no nível municipal é uma questão que se discute desde muitos anos. Vale ressaltar as experiências de programas do Ministério da Saúde desenvolvidos desde meados dos anos 1990 – como o Programa Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – que tendem a incentivar ações voltadas para a articulação intersetorial. Nessa circunstância, a intersetorialidade tem sido pensada como uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-doença, entendendo o cidadão na sua totalidade.

Sobre as iniciativas atuais em prol da efetividade da intersetorialidade das políticas sociais, é preciso reconhecer que o governo federal, na gestão 2003-2006 do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), passou a investir na (re)construção da política de Assistência Social com base na formulação de programas com desenho intersetorial. A própria criação do MDS confere um novo estatuto à política de Assistência Social com reforço da perspectiva de profissionalização da área. Isso significa que, pela primeira vez na história da constituição da seguridade no país, há um movimento concreto para romper com o legado clientelista e assistencialista que marca essa arena setorial (MONNERAT, 2010).

A intensificação das expressões da Questão Social demanda soluções integradas e não setorializadas, já que a realidade social não se manifesta de maneira dicotômica. Assim, a intersetorialidade é a articulação de saberes e de experiências no planejamento, realização e

² Questão Social – compreendida como expressão das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas na dinâmica contraditória das relações sociais, e, na particularidade atual, a partir das configurações assumidas pelo trabalho e pelo Estado no cenário mundializado e financeirizado da sociedade capitalista. Para aprofundamento, consultar Yamamoto, 2007.

avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social, superando a exclusão social.

Couto *et al.* (2010) explana que a intersectorialidade entre as políticas públicas resultarão de mediações construídas coletivamente e estas devem ser pactuadas associando-se ao respeito às responsabilidades específicas de cada uma. As autoras afirmam que a efetivação de processos intersectoriais apontam a materialização da complementaridade que deve existir no acesso aos direitos sociais.

Almeida (2010) ressalta que a intersectorialidade emerge nesse cenário como uma resposta às diferentes experiências de gestão, sobretudo às municipais, “uma modalidade de intervenção alternativa aos padrões tradicionais de enfrentamento dos problemas sociais, por serem complexos, revelando a ineficácia dos modelos setorializados”.

Para que a Intersectorialidade ganhe força, é necessário que o diálogo entre os setores seja incentivado mediante políticas que apresentem desenhos institucionais intersectoriais. As construções de políticas públicas e sociais com essa concepção ainda estão em desenvolvimento, mas é só recentemente que o desafio da Intersectorialidade vem sendo tratado de forma mais concreta, ocupando lugar de destaque na agenda de debate da área social do Governo Federal e sendo defendida por diversos analistas de política pública.

2 Coadunando intersectorialidade e a recente política de assistência social

A política de Assistência Social (PNAS) como política pública é uma realidade em constante mudança, e a concretização disso é a aprovação da Lei nº 12.435, sancionada em 06 de junho deste ano. Esta nova Lei, que altera a Lei nº 8.742 de 1993, a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), foi baseada na PNAS/2004 e na Norma Operacional Básica Do Sistema Único De Assistência Social (NOB SUAS/2005), atualizando a Legislação da Assistência Social no país e consolidando um momento histórico na Política da Assistência Social brasileira.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na institucionalização da assistência social como um direito social, uma política pública, transformando o que era favor em direito. Segundo Sposati:

[...] a Assistência Social, garantida na Constituição Federal de 88 contesta o conceito de [...] população beneficiária como marginal ou carente, o que seria vitimá-la, pois suas necessidades advêm da estrutura social e não do caráter pessoal tendo, portanto, como público alvo os segmentos em situação

de risco social e vulnerabilidade, não sendo destinada somente à população pobre (SPOSATI, 2004).

De acordo com a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de 1993:

[...] a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, é política de seguridade social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993).

A LOAS introduziu uma nova realidade institucional, propondo mudanças estruturais e conceituais, um cenário com novos atores revestidos com novas estratégias e práticas, além de novas relações interinstitucionais e intergovernamentais, confirmando-se como possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários. A população em risco e/ou com vulnerabilidade social deixou de ser assistida ou favorecida para se tornar usuária ou beneficiária.

Sabe-se que a assistência social, antes da LOAS, possuía fragilidade institucional, tendo em vista a sua trajetória de viés clientelista historicamente predominante, que constituiu relevantes obstáculos à mobilização dessa arena setorial. Tal dificuldade revela-se no fato de que a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) foi promulgada em 1993 e somente foi efetivada em 1995, enquanto que a Lei Orgânica da Saúde (LOS) data de 1990. A primeira PNAS – Política Nacional de Assistência Social – foi aprovada em 1998, cinco anos depois da regulamentação da LOAS (1993), e se apresentou insuficiente, além de ser confrontada pelo paralelismo do Programa Comunidade Solidária – que foi instituído no mesmo dia em que tomou posse o presidente Fernando Henrique Cardoso em seu primeiro mandato. Como resultado, a PNAS ficou estagnada durante muitos anos, passando somente a ter destaque após a convocação extraordinária da IV Conferência Nacional de Assistência Social, em dezembro de 2003.

Apesar de sua regulamentação, a LOAS avançou muito pouco no sentido de conferir uma nova institucionalidade à política de assistência social, e é somente na IV Conferência Nacional de Assistência Social que se define uma nova agenda política com diretrizes objetivas em relação à organização dessa arena setorial. Pode-se afirmar que, a partir desse momento, em condições políticas e econômicas favoráveis, a intersetorialidade passa a ser a tônica dos debates no campo da assistência social, muito embora, desde a década de 1990, diversos estudiosos da área já proclamassem que as “políticas e programas articulados representam, sem dúvida, um salto qualitativo na intervenção pública” (SPOSATI, 2004).

O tema da exclusão social e a discussão em torno das políticas públicas necessárias para fazer face a essa histórica situação passam a ocupar lugar de destaque na agenda pública do governo eleito em 2003. No ano de 2003, é criado o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), que tem investido na (re) construção da política de assistência social³ com base na formulação de programas com desenho intersetorial. A própria criação do MDS confere um novo estatuto à política de assistência, com reforço da perspectiva de profissionalização da área. Isso significa que, pela primeira vez na história da constituição da seguridade no país, há um movimento concreto para romper com o legado clientelista e assistencialista que marca essa arena setorial.

Em 2004, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome tornou pública a versão final da PNAS, na qual podemos destacar: a inovação em trabalhar com a noção de território e a perspectiva de constituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Na recente implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS - 2005), por meio da Política Nacional de Assistência Social (PNAS- 2004), prevê-se que as ações no campo da assistência social devem ocorrer em sintonia e articulação com outras políticas públicas. A PNAS apresenta a intersetorialidade como requisito fundamental para garantia dos direitos de cidadania. Interessante observar que a preocupação com a promoção da intersetorialidade extrapola os planos e programas do MDS e se expressa como um dos objetivos do próprio ministério⁴.

O SUAS fundamenta como principais pressupostos a territorialidade, a descentralização e a intersetorialidade. Conforme afirma Simões (2009), o paradigma nesse sistema articula a descentralização com a intersetorialidade, uma vez que o objetivo visado é promover a inclusão social e/ou melhorar a qualidade de vida, resolvendo os problemas concretos que incidem sobre uma população de um dado território.

O sistema prevê uma estrutura unificada com partilha de responsabilidades entre os entes federados e as instâncias desse processo descentralizado e participativo, institui técnica

³ A implantação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) vem sendo fundamental para colocar na agenda de debate a proposta de intersetorialidade. As características das demandas da “clientela/usuários” da assistência social (população que se encontra abaixo da linha de pobreza) exigem soluções intersetoriais.

⁴ A recente aprovação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional mostra o quanto a diretriz da intersetorialidade tem sido a tônica de políticas e programas do MDS. E, sobre a implementação do Programa Bolsa Família – cujo desenho é intersetorial, uma vez que necessita do diálogo entre diferentes setores –, Monnerat (2008) salienta que até hoje nenhum outro programa social foi tão dependente da articulação intersetorial e, portanto, das capacidades institucionais e de diálogo político entre os entes da federação e diferentes setores responsáveis pelo desenvolvimento das políticas sociais. O autor justifica que isso acontece por não ser possível implementar as condicionalidades do PBF e tampouco as chamadas ações complementares (geração de emprego e renda) sem, pelo menos, a articulação entre as áreas de educação, saúde e assistência social.

de informação, monitoramento e avaliação, além de preconizar uma lógica orçamentária que garante cofinanciamento com repasse automático de recursos.

Nesses termos, o SUAS tende a apresentar uma nova concepção de organização e gestão dos serviços, cuja construção contou com a participação ativa dos técnicos da área. Trata-se, decerto, da maior e mais importante mudança ocorrida na área da assistência. É preciso, pois, acompanhar empiricamente a implementação da política, tendo em vista a necessidade de produzir análises sobre esse processo.

De acordo com Potyara Perreira (2007), o SUAS é, nos termos da lei, um mecanismo organizador dos preceitos, disposições, ações e procedimentos previstos na LOAS e na PNAS. Seu objetivo é o de garantir, do ponto de vista operacional e em caráter sistêmico (funcionalmente interligados), a implementação e a gestão da política.

Um dos princípios fundamentais do SUAS é a garantia da proteção social como forma de assegurar a conquista da autonomia, do acesso a serviços e benefícios, da sustentabilidade e do protagonismo de cada cidadão. Assim, adota cinco princípios referentes a essa proteção: matricialidade sociofamiliar, territorialização, proteção proativa, integração à seguridade social e integração às políticas sociais e econômicas. A partir desses princípios, a Proteção Social é dividida em: Básica (com caráter preventivo) e Especial (com caráter reparador).

A intersetorialidade se faz necessária na política de Assistência Social pelo fato de ter como clientela/usuário – em sua maioria – os segmentos mais pobres da sociedade, sendo este perfil de população o próprio objeto de intervenção da assistência social. Esses segmentos são marcados por demandas multifacetadas, exigindo, portanto, respostas que extrapolem a ação setorial.

3 Proteção social básica: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) como palco de sua tradução

O CRAS é a unidade pública municipal, de base territorial, localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinado à articulação dos serviços socioassistenciais, à prestação de serviços, programas e projetos no âmbito da proteção social básica, conforme preconiza a Lei nº 12.435 de 06 de junho de 2011.

Raichelis (2010) explana que a implementação dos CRAS demarca a presença do Estado em territórios de maior vulnerabilidade social, o que deve resultar num novo protagonismo estatal. Os CRAS são, para sua área de abrangência, referência da Assistência

Social para a população, do mesmo modo que, no âmbito da saúde, os Postos de Atenção Básica são referência da Saúde para população local.

A Proteção Social Básica tem como objetivo atender aos indivíduos em situação de vulnerabilidade social e executa ações integradas às políticas setoriais – programas, projetos e serviços – para prevenir situações de risco envolvendo as famílias, idosos, pessoas com deficiência, crianças e adolescentes. Além disso, visa fortalecer os laços familiares e/ou comunitários, potencializando os recursos dos sujeitos com intuito de promover o seu protagonismo.

A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros, e/ou fragilização de vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social – discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras). (BRASIL, 2004, p. 33).

A implementação dessa Proteção Social prevê o desenvolvimento de programas, projetos e serviços que busquem acolher e promover a socialização dos usuários, sendo o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) palco de sua tradução.

Na Proteção Social Básica, o trabalho com famílias considera novas formas de referência para a compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando o reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear, e partindo do pressuposto de que são funções básicas das famílias: prover proteção e sociabilização de seus membros, constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais, de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado. São considerados Serviços de Proteção Social Básica, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais⁵ (2009): 1) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF; 2) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; 3) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

O Serviço de Proteção e Atenção Integral à Família (PAIF) corresponde à materialização do SUAS no âmbito da Proteção Social Básica, que consiste no trabalho social com as famílias, organizado de forma a responder à garantia de fortalecimento da convivência familiar e comunitária. Além disso, atua numa perspectiva preventiva, protetiva e proativa

⁵ Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), nº 109, de 11 de novembro de 2009.

para a realização do acompanhamento familiar cujo objetivo consiste na redução da incidência de riscos e vulnerabilidades sociais que afetam as famílias e seus membros. O público prioritário do PAIF são as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), do Benefício de Prestação Continuada⁶ (BPC), e aquelas com perfil do Plano Brasil Sem Miséria⁷.

Já o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), reordenado no ano de 2013, possui um caráter preventivo e proativo, além de ser realizado em grupos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com seu ciclo de vida. O Serviço destina-se a crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de vulnerabilidade, de acordo com o ciclo de vida e de modo intergeracional, com o propósito de complementação ao trabalho social, ampliando trocas culturais e de vivência. O SCFV desenvolve o sentimento de pertencimento e de identidade, além de incentivar a socialização e a convivência comunitária, propiciando o alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social.

Por fim, o Serviço de Proteção Social Básica (PSB) no Domicílio Para Pessoas com Deficiência e Idosas tem a finalidade de prevenir os agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Seu intuito é a esse público dar acesso a serviços de convivência e fortalecimento de vínculos; aos demais serviços da rede socioassistencial e de outras políticas setoriais e de defesa de direitos; a programas especializados de habilitação e reabilitação; a ações de apoio, informação, orientação e encaminhamento aos familiares; à construção do Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU), com objetivos a serem alcançados. Esse serviço é realizado no domicílio e pode ser executado pelo CRAS ou equipe técnica da PSB.

Diante desses Serviços a serem ofertados pela Proteção Social Básica no âmbito do SUAS, podemos considerar a intersectorialidade como uma ação primordial do CRAS, já que este deve atuar em favor da promoção do protagonismo e da autonomia das famílias e comunidades em situação de vulnerabilidade e risco social. É importante ressaltar que esses grupos vivenciam uma realidade cuja marca tem sido a reprodução intergeracional da pobreza, ciclo de difícil ruptura dadas as multicausalidades do fenômeno pobreza – que, segundo a literatura especializada, não deve somente ser entendida como insuficiência de

⁶ O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742 de 7/12/1993; pelas Leis nº 12.435 de 06/07/2011 e nº 12.470 de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS; e pelos Decretos nº 6.214 de 26 de setembro de 2007 e nº 6.564 de 12 de setembro de 2008.

⁷ Decreto nº 7.492 de 2 de junho de 2011.

renda (ROCHA, 2003; JUNCÁ, 2004), mas como um conjunto de carências que se reforçam entre si.

O fato de a Assistência Social se caracterizar como uma área de intervenção que lida com os efeitos diretos da pobreza e das desigualdades sociais – ou seja, com situações “limites” relacionadas à sobrevivência humana (vulnerabilidades sociais e riscos) – exige uma estratégia que seja capaz de lidar com os conflitos e romper com esse ciclo. A intersectorialidade surge como uma estratégia de ação para a superação das iniquidades sociais, pois essa prática consiste em olhar o cidadão em sua totalidade.

4 O programa maior cuidado no contexto da proteção social básica: implementação, execução e gestão intersectorial

4.1 Envelhecimento e vulnerabilidades: a Proteção Social Básica e a intersectorialidade em ação

Temas relacionados à pessoa idosa⁸, gestão social e intersectorialidade estão presentes na pauta atual de debate sobre políticas públicas e se tornaram interesse de pesquisa pelos estudiosos da área. Diversos estudos apontam que, nas últimas duas décadas, observou-se o aumento da proporção significativa do número de idosos em todo o País e os dados mais recentes comprovam um aumento ainda maior, considerando-se a projeção demográfica para 2025. Questões antes não abordadas, como envelhecimento com qualidade de vida, isolamento do idoso, vulnerabilidades da pessoa idosa e violência na terceira idade, são temáticas que integram parte da agenda de política pública contemporânea e apresentam a necessidade de uma abordagem global e sistemática, uma vez que o aumento da longevidade é um fato concreto. Para atender a essa demanda e para que políticas públicas sejam percebidas em sua totalidade, é imprescindível que suas ações estejam bem articuladas e atuem de maneira intersectorial.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem atualmente 16 milhões de idosos no país, com estimativa de aumento para, aproximadamente, 32 milhões, em 2025. As mudanças do perfil populacional também têm ocorrido rapidamente no município de Belo Horizonte (MG). No ano de 2000, 24,3% da população do município estava na faixa de 0 (zero) a 14 anos de idade (449.570 pessoas) e

⁸ O Estatuto do Idoso – Lei nº 10741/2003 – define no Art. 1º: “É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.”

9,2% da população na faixa acima dos 60 anos (204.574 idosos). Uma década depois, o Censo do IBGE (2010) apresentou a diminuição da participação do grupo de 0 (zero) a 14 anos de idade, correspondendo a 18,9% da população, enquanto a participação das pessoas acima de 60 anos aumentou, passando a corresponder a 12,6% do total (299.572 pessoas). Analisando os dados, observamos que a ampliação da população idosa do município foi de 3,4%, enquanto a representação do grupo de 0 (zero) a 14 anos diminuiu 5,4%. Esses dados elucidam as mudanças do perfil etário da população belorizontina e justificam a inclusão do tema do envelhecimento como uma das prioridades no processo de planejamento das políticas públicas.

Vulnerabilidades e Risco social são conceitos estruturantes da Política de Assistência Social e, portanto, fundamentais para a organização da atenção socioassistencial aos idosos e suas famílias que dela necessitem.

A Política Nacional de Assistência Social preconiza prevenir ou minimizar os efeitos de vulnerabilidades e riscos sociais por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, além do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Dessa forma, a visão de proteção social supõe o conhecimento sobre as vulnerabilidades e os riscos sociais a que os idosos e suas famílias estão sujeitos, bem como os recursos com que contam para enfrentar tais situações com menor dano pessoal e social possível (BRASIL, 2004, p. 17).

A política de assistência social compreende e especifica diversos tipos de Vulnerabilidade⁹ e Risco social para a pessoa idosa. Dentre eles, destacamos as Vulnerabilidades Materiais, que são aquelas associadas à situação de pobreza, situação de privação ou precariedade de acesso a serviços públicos; e as Vulnerabilidades Relacionais, que podem ser compreendidas como conflitos, preconceito/discriminação, abandono, apartação, confinamento, isolamento¹⁰.

Vale ressaltar que, além da vulnerabilidade relacionada ao ciclo de vida, a política de assistência social destaca que, para a organização da atenção socioassistencial ao idoso e suas famílias é necessário que as vulnerabilidades sejam compreendidas como um conjunto de fatores, envolvendo, via de regra, características do território, fragilidades ou carências das famílias, grupos ou indivíduos e deficiências da oferta e do acesso a políticas públicas (BRASIL; 2013).

⁹ A concepção de vulnerabilidades no âmbito da política de assistência social é explicitada no documento “Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos” (BRASIL, 2013).

¹⁰ Para a apreensão de cada conceito de vulnerabilidade, consultar o documento “Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.” (BRASIL, 2013).

Sendo assim, as ações de prevenção no âmbito da proteção social básica denotam a exigência de uma ação antecipada à instauração de riscos sociais por violação de direitos, sendo necessário para isto, portanto, conhecer o território, os fenômenos e suas características. (BRASIL, 2012a; 2012b)

A centralidade na família, conforme preconiza a PNAS (2004), reconhece as potencialidades dos laços e vínculos sociais de pertencimento familiar e comunitário. Tais laços e vínculos são trabalhados no âmbito do SUAS numa perspectiva dinâmica e dialética com a singularidade do idoso e do seu direito personalíssimo de “envelhecer”, não eximindo, porém, as responsabilidades do Poder Público de proteção social para com a família e seus idosos. É nessa perspectiva que se entende o Programa Maior Cuidado como uma política pública intersetorial que traduz essa realidade no âmbito da proteção social básica.

4.2 A experiência do Programa Maior Cuidado: implementação e promoção de ações intersetoriais para a superação de vulnerabilidades e riscos sociais

O Município de Belo Horizonte possui uma população de 2.375.151 habitantes (IBGE, 2010) e IDH 0,810, ocupando a 20ª posição no ranking nacional. A cidade possui 487 bairros, divididos em 9 regiões, tendo 33 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) distribuídos pelo território, considerando áreas de vulnerabilidades sociais. Vale ressaltar que o município é referência nacional, assim como a cidade de Curitiba, na implementação de ações intersetoriais (ANDRADE, 2006).

O Programa Maior Cuidado (PMC) integra o Programa Sustentador de Atendimento ao Idoso, elaborado pelo Grupo de Trabalho Intersetorial (GT Idoso), coordenado pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS) da Prefeitura de Belo Horizonte. O PMC, lançado no ano de 2011, é coordenado pela Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS), com cogestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e acompanhado pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais (SMPS), sendo executado nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS).

O programa tem como objetivos a prevenção da situação de risco que leve ao rompimento de vínculos familiares e sociais; a prevenção da exclusão, do isolamento e da institucionalização; o fortalecimento da função protetiva da família; a garantia de direitos; a inclusão social; o desenvolvimento e a manutenção da autonomia do idoso; a melhoria da qualidade de vida do idoso e da família.

Implantado em março de 2011, o PMC é destinado ao atendimento domiciliar de idosos dependentes e semidependentes, residentes nas áreas de abrangência dos CRAS e que se encontram em situação de vulnerabilidade social em decorrência da fragilização dos vínculos familiares e/ou sociais e da ausência de acesso a possibilidades de inserção comunitária. Nesse sentido, o intuito do Programa é prevenir situações de risco, a exclusão e/ou o isolamento do idoso, desenvolvendo e mantendo sua autonomia.

Sartini e Correia (2012) apontam que as principais causas da institucionalização de idosos são: dependência funcional, insuficiência familiar, negligência familiar, despreparo para o cuidado, precariedade socioeconômica das famílias, ausência de família e doenças psiquiátricas. Diante desse contexto, o Programa compreende que o cuidado com a pessoa idosa no contexto familiar exige uma reorganização na dinâmica da família. Por isso, o PMC atua com o intuito de prevenir os riscos que possam provocar o rompimento dos vínculos familiares e sociais desses usuários, auxiliando, assim, a família como um todo.

Dessa forma, avalia-se que as ações intersetoriais articuladas pelas políticas envolvidas atendem com êxito às famílias que vivenciam essa realidade social. Como já salientado, a gestão do Programa Maior Cuidado no município de Belo Horizonte é realizada de forma intersetorial. A organização e as competências estão distribuídas e definidas entre os parceiros. O Programa destina-se a idosos que apresentam perfil de dependentes ou semidependentes, avaliando-se o grau de dependência, conforme disposto na Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005 (Regulamento Técnico), que define as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos emitido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária¹¹.

As formas de acesso ao Programa ocorrem por meio de: busca ativa realizada pelos profissionais dos CRAS; demanda espontânea; encaminhamento da rede socioassistencial e das demais políticas públicas, em especial a Saúde. O Programa exige, como critérios para inserção, a idade mínima de 60 anos, pontuação mínima de 60 no “instrumento de pontuação” – instrumento este composto por avaliação clínico-funcional realizada pelo Centro de Saúde local ou equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – e avaliação social realizada pela equipe técnica do CRAS.

¹¹ Grau de dependência conforme a RDC nº 283 da ANVISA : Tipo 1: semidependentes, com quadro estável, com insuficiência familiar, sem comprometimento cognitivo, dependente para realização de até três atividades de autocuidado para a vida diária (alimentação, mobilidade, higiene, vestir); Tipo 2: semidependentes, com quadro crônico, com insuficiência familiar, sem comprometimento cognitivo, dependente para realização de até três atividades de autocuidado para a vida diária; Tipo 3: dependente, com quadro crônico, com insuficiência familiar, com comprometimento cognitivo, dependente para realização de todas atividades de autocuidado para a vida diária.

O Programa disponibiliza um cuidador social de idosos, contratado pela prefeitura. Esse trabalhador permanece na residência do idoso(a), durante alguns horários do dia e/ou na semana, conforme orientação do CRAS, exercendo funções básicas de cuidado como: banho, alimentação e/ou preparação do alimento, organização do domicílio, participação e estímulo às atividades extradomiciliares (caso seja possível), conversas, leituras de livros, auxílio na execução dos exercícios físicos prescritos pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), organização dos medicamentos, entre outros. Salienta-se que a inserção do idoso ao Programa não extingue o papel da família com o cuidado.

Cabe destacar que, no ano de 2014, foi publicada a Portaria SMAAS nº 004/2014, que dispõe sobre a conduta do Cuidador Social de Idosos do Programa Maior Cuidado. A elaboração desse documento contou com a participação dos próprios cuidadores que, ao longo de seis oficinas realizadas no ano de 2012, debateram sobre a sua missão, os seus valores, as suas competências e sobre postura profissional, conforme divulgado no site da Prefeitura¹². A iniciativa de desenvolver um documento para nortear o fazer desses profissionais surgiu a partir de uma capacitação a respeito do Código de Ética do Agente Público. Os cuidadores passam por formação continuada que alterna entre atividades de capacitação e trocas de experiências entre esses agentes. Silva (2012) menciona que, durante esses encontros, os cuidadores relatavam dúvidas muito específicas da sua atividade como, por exemplo, se podem aceitar um café, ou esquentar a própria refeição na casa dos idosos atendidos. A fim de alinhar essa compreensão e sanar as questões levantadas, especialmente em relação à ética profissional, é que este documento foi construído e teve a consultoria de Helyzabeth Campos, que propôs que a construção fosse coletiva a partir de uma metodologia baseada na pedagogia de Paulo Freire, já utilizada pelo Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Nacional (PAIR), do qual também é representante.

As famílias que atendem aos critérios podem ser inseridas no PMC e assinam um termo de consentimento quanto ao Programa, no qual é esclarecido o papel da família, do cuidador social de idosos e o acompanhamento do técnico do CRAS.

O desligamento de idosos é efetivado na ocorrência das seguintes situações: quando a família reassume o cuidado; em casos de reabilitação do idoso, mudança de território ou

¹² Consulte a reportagem na íntegra em:

<<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=73177&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 17 fev. 2014.

município, transferência para Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI), óbito, opção da família, situação de risco para o cuidador social e recusa do idoso.

Cabe à Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), selecionar e acompanhar os idosos; avaliar globalmente e elaborar o plano de cuidados; participar das reuniões intersetoriais; elaborar rotinas de cuidado da saúde; orientar as famílias e/ou os cuidadores sociais quanto aos cuidados a serem dispensados aos idosos; entre outros. É função da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS), através do CRAS, selecionar, cadastrar e acompanhar os idosos e suas famílias; elaborar a rotina de cuidado da Assistência Social¹³; organizar a agenda de atendimento do cuidador social, de acordo com a necessidade do idoso/família; realizar plano de acompanhamento familiar; promover as reuniões intersetoriais; entre outros.

No âmbito da política de saúde, o Programa contribui para a redução das internações hospitalares e da institucionalização dos idosos, pelo fortalecimento da função protetiva das famílias. O trabalho do cuidador de idosos favorece as relações socioafetivas não só na família, mas também na comunidade, e, por consequência, contribui para o aumento da autoestima/qualidade de vida e a inclusão social do idoso.

No campo da Política de Assistência Social, explicitada pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), preconiza-se que, a nível da Proteção Social Básica, deve-se promover serviços e ações preventivas que são executadas para fortalecer laços comunitários e afetivos de famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade social. A presença do cuidador de idosos contribui para o fortalecimento e o desenvolvimento da função protetiva da família, pois promove uma qualificação no cuidado domiciliar, haja vista que o cuidado ao idoso no domicílio exige uma readequação das atividades e da dinâmica familiar. Dessa forma, o Programa tem como um dos objetivos principais prevenir a institucionalização da pessoa idosa, visto que essa ação poderá levar ao rompimento de vínculos familiares e comunitários, promovendo, assim, a prevenção conforme preconiza o SUAS para a Proteção Social Básica.

No eixo Saúde, o cuidador social deve executar as rotinas de cuidado da saúde conforme orientações das equipes ESF/ NASF, além de observar e adaptar o meio ambiente em que vive o idoso para melhorar o conforto e a segurança. No âmbito da Assistência Social, o cuidador deve seguir a rotina de cuidados proposta pela Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS), a partir dos esclarecimentos e intervenções efetivas feitas pelo

¹³ O plano de rotina de cuidado da assistência social é elaborado pelo técnico do CRAS junto com o cuidador social.

técnico do CRAS. Além disso, deve orientar a família na organização do cuidado, contribuir para a redução do estresse do cuidador familiar e facilitar a convivência comunitária, atuando como elo entre a família, a pessoa cuidada, as políticas públicas e a comunidade. Esse plano apresenta eixos como: função protetiva da família; vínculos familiares e comunitários; prevenção do isolamento e da exclusão; desenvolvimento da autonomia; e garantia de direitos.

As famílias inseridas no Programa são acompanhadas, sistematicamente, pelos técnicos de referência no CRAS. Com cada família é realizado um plano de acompanhamento familiar que aponta as potencialidades e vulnerabilidades desta, cujo monitoramento é feito semestralmente. A inserção da família do idoso no Programa corrobora para o fortalecimento do vínculo dos membros do grupo familiar com os CRAS, o que acarreta intervenções que promovem a emancipação de seus membros, incluindo-os nos serviços de fortalecimento de vínculos; qualificação e/ou inserção no mercado de trabalho; e na rede socioassistencial local, entre outras intervenções, de acordo com a demanda de cada família, construída coletivamente durante seu acompanhamento no programa.

O técnico de referência do Programa no CRAS articula e coordena reuniões mensais com os cuidadores de idosos (intitulado Pré GT – Grupo de Trabalho) e reunião do GT (Grupo de Trabalho), que são realizadas com as equipes dos Centros de Saúde junto com as equipes ESF e NASF para discussão de caso de cada idoso e suas particularidades. O mesmo técnico também articula e medeia intervenções intersetoriais, de acordo com a demanda e necessidade de cada idoso e sua família. Cabe registrar que a área de abrangência do território do CRAS pode incluir, em sua maioria, mais de um Centro de Saúde.

Dados recentes do Programa apontam que o PMC abrange as nove regionais do município, estando o atendimento circunscrito aos territórios de 26 CRAS, dos 33 que o município dispõe. A forma de execução é indireta, por meio de convênio com uma entidade da rede socioassistencial, contando com 127 cuidadores contratados, de acordo com dados de outubro do ano de 2015, disponibilizados pela Gerência de Proteção Social Básica (GPSOB) – uma média de 4 cuidadores por CRAS. Cada CRAS tem um número de cuidadores, segundo a demanda de idosos do território.

Segundo dados fornecidos pela referida Gerência, o número médio de atendidos no município, por mês, é de 420 idosos – sendo que, no mês de outubro do ano de 2015, foram atendidos 444 idosos; destes, 164 dependentes e 280, semidependentes. Desde sua implantação até o mês de outubro do ano de 2015, passaram pelo Programa 1291 idosos, sendo 548 dependentes e 743 semidependentes. Desse universo, 908 são mulheres e 383, homens.

Conforme o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG 2014/ 2017) publicado pela Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Informação de Belo Horizonte, no ano de 2014 o orçamento estimado do Programa foi da ordem de R\$ 23.532.704,00, tendo sido projetada uma meta física de 584 pessoas atendidas. Projeta-se, para o ano de 2017, o valor de R\$ 39.680.558,00 para uma meta física de 800. Explicita-se que, para o ano de 2015, foi planejada a meta física de 724 pessoas, tendo sido atendidas 444 (dados de outubro de 2015). O Programa, assim, apresenta um déficit de 280 pessoas na meta física.

O Programa Maior Cuidado tem mostrado grandes avanços, como a promoção do envelhecimento digno e a qualificação do cuidado domiciliar – não obstante os desafios a serem superados. Observa-se que a integração entre as Políticas de Assistência Social e Saúde no município de Belo Horizonte tem se tornado uma importante ferramenta para a garantia dos direitos e a superação de situações adversas, trazendo benefícios para as pessoas idosas, suas famílias e para com a efetividade dessas políticas públicas.

Sartini e Correia (2012) explicitam que, para monitorar os resultados, a SMAAS de Belo Horizonte elaborou um questionário que tem como referência principal a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009). O objetivo é analisar a eficácia do Projeto Cuidador/Programa Maior Cuidado, avaliando se os resultados esperados foram alcançados. Estes são avaliados com base nos objetivos do Programa relacionados à Assistência Social, quais sejam: o fortalecimento da função protetiva da família, a inserção comunitária, a prevenção do isolamento, da exclusão e da institucionalização, a garantia de direitos, o acesso a benefícios, serviços, equipamentos públicos e o desenvolvimento da autonomia do idoso. Esse questionário de pontuação é preenchido pelos técnicos do CRAS, juntamente com o cuidador social da pessoa idosa, sobre cada um dos idosos.

O trabalho para o fortalecimento dos vínculos familiares inclui reflexão, orientação e apoio em suas funções de proteção, socialização e cuidado de seus membros, promovendo a inclusão social e incentivando o protagonismo na superação de riscos e potencialidades. (SMAAS, 2007 *apud* SARTINI; CORREIA, 2012).

Em suma, considera-se que a intersectorialidade consiste na ação integrada/conjunta entre os diferentes setores, já que a fragmentação das políticas sociais reduz as possibilidades de eficácia em face de problemas complexos, como a pobreza e as desigualdades sociais. Por isso, exige-se uma ação coordenada entre os diferentes atores envolvidos, e esta tem sido uma defesa reiteradamente afirmada em textos e debates sobre as políticas públicas. Assim,

podemos considerar que a Gestão Pública do Programa Maior Cuidado da cidade Belo Horizonte ganha destaque.

[...] a intersectorialidade é uma ação que integra as diferentes políticas sociais para superar, solucionar os problemas complexos, multifacetados, que atendam o cidadão em sua totalidade. Mas, para que esta ação tenha êxito, é necessário construir uma nova concepção de gestão das políticas públicas, envolvendo o planejamento, a execução e o controle social na prestação de serviços sociais públicos. Isso requer uma inovação na forma de articular os diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses. (FAUSTINO, 2014. p.161)

Almeida ressalta que a intersectorialidade emerge nesse cenário como uma resposta às diferentes experiências de gestão, sobretudo às municipais, e explicita que se trata de “uma modalidade de intervenção alternativa aos padrões tradicionais de enfrentamento dos problemas sociais, por serem complexos, revelando a ineficácia dos modelos setorializados” (ALMEIDA, 2010). Desse modo, conclui-se que o Programa é um projeto inovador no âmbito da gestão pública, pelo fato de este efetivar a promoção de um envelhecimento saudável e digno aos cidadãos e suas famílias.

5 Considerações finais

As reflexões aqui desenvolvidas explicitam que a gestão intersectorial vem ocupando lugar central na agenda contemporânea das políticas públicas em razão da complexidade da questão social. Isso propicia romper a fragmentação das políticas públicas setoriais e estabelecer novas ações que devem ser articuladas entre os diversos setores das políticas sociais.

As reflexões deste artigo inserem a intersectorialidade como uma temática que orienta as políticas públicas. Nesse aspecto, destaca-se a Política de Assistência Social como uma das políticas construtivas da seguridade social brasileira. Vale ressaltar que, historicamente, a Assistência Social é herdeira da cultura do favor, da tutela e do clientelismo, da trajetória “a não política”, conforme explana Yasbek (2006).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) é um marco na construção da Assistência Social como política pública, juntamente com a Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB/SUAS – 2005), que sustentam a implantação do Sistema Único de Assistência Social, cujos objetivos, princípios e diretrizes foram explanados anteriormente. A

criação, execução e construção do Sistema Único passaram a dar visibilidade e concretude a uma política pública.

Considerando que a intersectorialidade significa uma nova forma de abordar a questão social – que enxerga o cidadão em sua totalidade e estabelece uma nova forma de gestão para superar a fragmentação das ações públicas – e, atentando-se ao fato de a Assistência Social se caracterizar como uma área de intervenção que lida com os efeitos diretos da pobreza e das desigualdades sociais, é que se compreende a intersectorialidade como uma ação primordial.

A complexidade com que se apresenta a realidade do público-alvo da Assistência Social impõe a superação de ações isoladas para o alcance de resultados sociais mais efetivos. Nesse sentido, a intersectorialidade contribui para a transformação do conhecimento fragmentado, que resulta da falta de diálogo entre os setores e/ou profissionais, para criar uma estratégia de troca de saberes e práticas para uma ação coordenada que vise a um objetivo comum.

Menicucci (2014) considera que, além de demandar mudanças nas concepções e no modo de pensar, uma ação baseada no princípio da intersectorialidade envolve valores de cooperação e parceria. É, portanto, nesse contexto que se considera o Programa Maior Cuidado uma ação ousada e exitosa, pelo fato de que, além da relação intersectorial entre as duas políticas (Assistência Social e Saúde) no nível da gestão, com pacto de cooperação, avalia-se que nas atividades do cotidiano dos burocratas de rua (“profissionais de ponta”) é que a ação se concretiza e o programa se desenvolve. Daí a importância de os profissionais envolvidos conhecerem essa temática, para que possam definir os objetivos coletivamente e estabelecer o compromisso de responder às demandas e necessidades da população, superando os problemas de maneira integrada. Isso não significa a eliminação das diferenças entre os diversos campos setoriais, mas a incorporação de contribuições de cada política social, respeitando o saber e a autonomia dos atores envolvidos.

O Programa Maior Cuidado inova ao atender os requisitos de uma ação intersectorial, pelo fato de ser executado pela Política de Assistência Social por meio do CRAS em parceria com a Política de Saúde nos Centros de Saúde. Ou seja, o Programa abrange uma articulação intersectorial entre essas políticas públicas que estão territorializadas e preconizadas no âmbito da prevenção (proteção social básica e atenção primária), direcionando seus serviços a uma mesma população, abrangendo, assim, eficiência e eficácia em suas ações.

Assim, como ressalta a literatura pertinente a essa temática, o Programa se concretizou institucionalmente ao tratar de construir espaços de articulação, diálogos e meios de

comunicação permanentes, por meio de reuniões gerências e reuniões locais realizadas pelos burocratas de rua (“profissionais de ponta”).

O Programa é um projeto inovador e, de acordo com seus objetivos, possui grande relevância para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, conforme preconiza a proteção social básica. Além disso, deve atuar na prevenção e autonomia das famílias, tendo como foco ações pautadas na matricialidade familiar, considerando as particularidades familiares e territoriais. O PMC compreende que o cuidado com a pessoa idosa no contexto familiar exige uma reorganização na dinâmica familiar e, por isso, atua com o intuito de prevenir os agravos que possam provocar o rompimento dos vínculos familiares e sociais desses usuários, auxiliando, assim, a família como um todo. O envelhecimento populacional no Brasil é uma realidade e as famílias em situação de risco e vulnerabilidades sociais são as que estão mais expostas à violação de direitos. Sendo assim, o Programa atua na perspectiva de auxiliar as famílias no trato com seus idosos, promovendo, para além da saúde do idoso, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários não somente do usuário, mas da família como um todo – o que desenvolve sua autonomia, uma das questões centrais do trabalho desenvolvido pelos CRAS.

Oportuno destacar que existe um orçamento no PPAG destinado ao Programa com o fito de atender um maior número de idosos na cidade. Porém, avaliando dados disponíveis referentes ao ano de 2015, a meta física não foi alcançada. Outro ponto a ser debatido é que, até o presente momento, embora o PMC esteja presente nas 9 regionais do município, ainda não está presente nos 33 CRAS da cidade; assim como, o fato de o Programa não atender idosos residentes fora da área de abrangência dos territórios do CRAS. Junto a esses fatores, vale destacar que o Maior Cuidado é executado por uma entidade parceira da Prefeitura, o que não permite que os cuidadores sociais sejam trabalhadores efetivos. Isso pode acarretar, para além da precarização do trabalho, a má qualidade do atendimento aos idosos.

Cabe registrar, ainda, que a implementação e a longevidade de projetos e programas intersetoriais exigem uma negociação política permanente, já que estão em jogo reformas relacionadas à cultura organizacional da administração pública que, por sua vez, lida com poderosas relações de poder sedimentadas no interior do aparelho do Estado, conforme explanam Souza e Monnerat (2014). Embora o Programa tenha reuniões no nível central (entre as gerências) e local (CRAS e Centro de Saúde) para debate e articulação das ações, setoriais e intersetoriais, e monitoramento quantitativo e qualitativo setorializado, não existe ainda uma construção de indicadores intersetoriais de monitoramento e avaliação. Estes podem ser instrumentos importantes para a institucionalização da intersetorialidade e o

alcance de metas e resultados em face dos problemas identificados, para que, assim, o Programa não se torne frágil e/ou descontínuo. Conclui-se que a intersectorialidade não pode ser apenas uma estratégia técnica ou de gestão. Ela é um processo político, portanto conflituoso, com relações sociais de interesse que perpassam relações de poder. A tarefa de intersectorializar não é fácil, mas também não é impossível, desde que os atores envolvidos sejam conscientes de que esta prática vale a pena em prol do interesse público. Sendo assim, o Programa Maior Cuidado “abre portas”, caminhos e possibilidades para novas ações de cunho intersectorial.

ABSTRACT

This article aims to present the execution and implementation of a municipal experience of intersectoral management. To meet this purpose, it will be outlined, a brief literature review of the Intersectoral to the relevant literature in the field of public policy, the aim is to discuss the authors distinct views on this theme, highlighting how this axis is expressed in the Social Assistance Policy, that under the basic social protection in the city of Belo Horizonte, runs the program Greater care from guidelines and intersectoral nature of actions.

Keywords: Intersectoriality. Public administration. Public policy. Social assistance. Greater care program.

Referências

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. *Educação e infância na cidade: dimensões instituintes da experiência de intersectorialidade em Niterói*. 2010. 387 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2010.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006. 292 p.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretária Municipal Adjunta de Assistência Social. *Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - A Tradução do*

Direito à Proteção Básica: uma contribuição de BH. CANÇADO, Aidê Almeida (Org.). Belo Horizonte: PBH/ASCOM, 2013. 150 p.

BELO HORIZONTE. Diário Oficial da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. *PORTARIA SMAAS Nº 004/2014* - Dispõe sobre a conduta do Cuidador Social de Idosos do Programa Maior Cuidado. Belo Horizonte: PBH, 2014.

BELO HORIZONTE. *PORTARIA SMAAS Nº 004/2014*. Dispõe sobre a conduta do Cuidador Social de Idosos do Programa Maior Cuidado. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1116962>> Acesso em: 02 jul. 2014.

BELO HORIZONTE. *Plano Plurianual de Ação Governamental - PPAG 2014/ 2017*.

BELO HORIZONTE. *Cuidadores de Idosos constroem o próprio Código de Conduta*. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=73177&pIdPlc=&app=salanoticias>> Acesso em: 16 fev. 2016.

BELO HORIZONTE. *PBH lança Programa Maior Cuidado*. Disponível em: <<http://fapmg.org.br/plus/modulos/noticias/ler.php?cdnoticia=378>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

BELO HORIZONTE. *Programa de Atendimento ao Idoso*. Disponível em: <<https://bhmetaseresultados.pbh.gov.br/content/programa-de-atendimento-ao-idoso>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

BELO HORIZONTE. *Programa Maior Cuidado inova em atendimento aos idosos da capital*. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=45805&pIdPlc=&app=salanoticias>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

BRASIL. *Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005*. Regulamento Técnico - que define as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social. Lei nº 8.722 de 7 de setembro de 1993. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 dez. 1998.

BRASIL. Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Estatuto do Idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, out. 2003.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Orientações técnicas sobre o PAIF*. Brasília, DF, v 3, 2012a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Orientações Técnicas sobre o PAIF* – Brasília, DF, v 2, 2012b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos*. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VII. Da ordem social, Capítulo II, Seguridade Social. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei do SUAS. Lei 12.435 de 6 de junho de 2011 que altera a Lei 8.742 de 1993. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS - NOB RH/ SUAS. Resolução nº 269 de 13 de dezembro de 2006. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB SUAS*, 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. Os Desafios para a valorização dos Trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social. In: *Cadernos da Assistência Social*, Brasília, n. 1, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, 2008. *CAPACITA SUAS*, v. 1, 2 e 3.

BEHRING, Elaine. R. *Brasil em contra reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.

BOSCHETTI, I. Avaliação de Políticas, Programas e Projetos Sociais. In: *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 575-591.

BRONZO, Carla; VEIGA, Laura da. Intersetorialidade e políticas de superação de pobreza: desafios para a prática. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 92, p. 5-21, 2007.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, v. 35, p. 119-160, 2010.

COUTO, Berenice Rojas. *et al.* *O Sistema Único De Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 328.

FAUSTINO, Taiane. Q. S. *A Prevalência dos Programas de Transferência de Renda no Brasil: tendências à personificação governamental no Rio de Janeiro*. In: JOINPP - JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6., 2013, São Luiz. *Anais...* São Luiz: Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2013.

FAUSTINO, Taiane. Q. S. A Intersetorialidade no Sistema Único de Assistência Social: um diálogo com a literatura atual. *Revista Perspectivas em Políticas Públicas*, Belo Horizonte: Faculdade de Políticas Públicas da UEMG, n. 14, p. 153-192, dez. 2014.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PROGRAMA Maior Cuidado. Projeto cuidador. Qualificando e Humanizando o cuidado: uma experiência intersetorial. *Slide Share* Disponível em:<<http://pt.slideshare.net/CONASS/programa-maiorcuidado-projetocuidados>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=310620&search=minas-gerais|belo-horizonte|infograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a Configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, n. 32, v. 2, 1998.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas pública e o terceiro setor. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, 2004.

LOPES, Márcia Helena. O tempo do SUAS. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 87, 2006.

MENICUCCI, Telma. Intersetorialidade, O desafio atual para as políticas sociais. *Pensar BH/Política Social*. BH, Belo Horizonte, n. 33, p. 10-13, 2014.

MONNERAT, Giselle; SOUZA, Rosimary. Política Social e Intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *Revista SER SOCIAL*, Brasília, n. 26, 2010.

MONNERAT, Giselle; SOUZA, Rosimary; ALMEIDA, Ney Luiz. A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. São Paulo: Papel Social, 2014.

MONNERAT, Giselle. *Intersetorialidade e Política Social: reflexões a partir da experiência do município de Niterói*, Rio de Janeiro, 2008.

MOTA, Ana E. *O mito da assistência social*. São Paulo: Cortez, 2009.

NASCIMENTO, Sueli. Reflexões sobre intersectorialidade entre políticas públicas. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 101, 2010.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Sobre a política de assistência social no Brasil. In: _____; BRAVO, Maria Inês Souza (Org.). *Política social e democracia*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 288.

RAICHELLIS; Raquel. Intervenção Profissional do Assistente Social e Condições de Trabalho no SUAS. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 104, 2010.

SARTINI, Cristina M., CORREIA, Arlene M. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. *Revista Pensar BH*, Belo Horizonte, n. 31, 2012.

SIMÕES, Carlos. Curso de direito em serviço social. Biblioteca Básica do Serviço Social.. São Paulo: Cortez, 2009. Parte IV.

SITCOVSKY, Marcelo. Particularidades da Expansão da Assistência Social no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete Simões da. *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, Política e sociedade*. São Paulo: Cortez. 2009. Cap. 5, p. 256.

SPOSATI, Aldaíza. Contribuição para a construção do sistema único de assistência social – SUAS. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 78, p. 171-179, 2004.

SPOSATI, Aldaíza. *A MENINA LOAS: um processo de construção da assistência social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. 3. ed. São Paulo: Revan, 1998.

YAZBEK, M. Carmelita. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 2009. 184 p.

Informação bibliográfica deste texto conforme a NBR 6023: 2002 Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

FAUSTINO, Taiane Queithe da Silva. Participação social e leitura: Intersetorialidade: Tendência Contemporânea na Organização de Políticas Públicas. A Experiência do Programa Maior Cuidado. *Revista Ágora: políticas públicas e comunicação, governança informacional*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 78-103, jan./jun. 2016.