



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Gestão

A GESTÃO DO SUAS E SUS NA REGIÃO DA AMEPAR E AS DEMANDAS PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

Eliane Christine Santos de Campos¹

Ana Claudia Vieira Martins²

Silvio Aparecido Redon³

Tihara Keli Maciel Siqueira Mantovani⁴

Daniel Soares Silva⁵

Ludiane Alves da Silva⁶

Resumo: Os municípios têm se deparado com a intensificação das relações federativas. Em razão de compromissos firmados através de adesões a programas e projetos, ações passaram a ser desenvolvidas pela via de sistemas. A pesquisa busca demonstrar a centralidade da gestão no trabalho do assistente social quando requisitado para trabalhar com a gestão de políticas sociais em municípios da Amepar.

Palavras-chaves: Assistente Social; Trabalho; Gestão.

Abstract: The municipalities have come across with the intensification of federative relations. Due to commitments through membership programs and projects, actions have been undertaken by via. The research seeks to demonstrate the centrality of management on work of the social worker when this is requested to work with the management of social policies in municipalities of Amepar.

Keywords: Social Worker; Job; Management.

Introdução

Os municípios têm se deparado com a intensificação das relações federativas sob a perspectiva do regime de colaboração, particularmente nos últimos vinte anos. Em razão de compromissos firmados através de pactos e adesões a programas e projetos oferecidos pelo Governo Federal, uma diversidade de ações passou a ser organizada e desenvolvida pela via de sistemas. Entre elas podemos destacar a gestão dos sistemas municipais de saúde, assistência social, educação. Essas formas de incorporação das políticas federais têm se respaldado, entre outros fatores, nas interrelações governamentais, nas demandas locais a serem atendidas pelo poder municipal, nos incentivos agregados aos programas

¹ Professor com formação em Serviço Social, Universidade Estadual de Londrina, E-mail: elianecampos@uel.br.

² Estudante de Pós-Graduação, Universidade Estadual de Londrina, E-mail: elianecampos@uel.br.

³ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Estadual de Londrina, E-mail: elianecampos@uel.br.

⁴ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Estadual de Londrina, E-mail: elianecampos@uel.br.

⁵ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Estadual de Londrina, E-mail: elianecampos@uel.br.

⁶ Estudante de Graduação, Universidade Estadual de Londrina, E-mail: elianecampos@uel.br.

federais e nas condições materiais para a efetivação das políticas que incluem a disponibilidade de estrutura física, de pessoal e financeira. Esse contexto é determinante quando nos reportamos ao cotidiano dos trabalhadores das políticas públicas.

Partindo dessa nova configuração, este artigo apresenta os dados parciais da pesquisa intitulada “A centralidade da gestão no trabalho do assistente social: um estudo a partir de demandas profissionais apresentadas por órgãos gestores de políticas sociais públicas⁷”, cujo objetivo é demonstrar a centralidade que a gestão passa a ter no exercício profissional a partir de demandas profissionais colocadas quando o profissional é requisitado para trabalhar com a gestão de políticas sociais operacionalizadas por diferentes municípios. A metodologia se baseia na abordagem qualitativa, na pesquisa documental e de campo. Como fonte de coleta de dados, serão utilizadas fontes primárias e secundárias. Nesta fase recorreremos às fontes secundárias: documentos que orientam a gestão das políticas de saúde e assistência social em diferentes municípios da Associação dos Municípios do Médio-Paranapanema (Amepar). Num segundo momento trabalharemos com as fontes primária: profissionais/assistentes sociais lotados nos órgãos gestores de tais políticas dos municípios selecionados.

A Amepar é uma das 18 associações intermunicipais existentes no Paraná, criada em 1973. Atualmente é constituída por 22 municípios. As Associações Intermunicipais formam grupos de municípios com participação de atores públicos que procuram o aparato da organização de grupos de cooperação, articulação de parcerias entre os municípios das regiões próximas, na busca de qualidade nos serviços prestados e na resolução, conjunta, de problemas orçamentários. São organizações importantes no planejamento estratégico para o desenvolvimento local.

Atua diretamente na tomada de decisão e exerce papel de articuladora política. Desta forma, torna-se importante conhecer o formato de coordenação federativa existente na relação de cooperação estabelecida entre os municípios da Amepar, identificando como as gestões se organizam para responder as demandas relacionadas à política de saúde e assistência social e os impactos delas nas requisições profissionais.

Como mencionado, esta fase da pesquisa, resultado do mapeamento, partiu de um levantamento em diferentes bancos de dados disponíveis na internet. Os dados parciais estão sistematizados considerando os seguintes eixos: dados demográficos, índices que avaliam as condições socioeconômicas da região (IDH/GINI); rede de serviços e financiamento. Os resultados parciais demonstram que as exigências colocadas aos órgãos gestores das políticas sociais dos municípios complexificou o trabalho localizado nos serviços públicos, exigindo o domínio de conhecimento especializados em gestão.

⁷ Esta pesquisa conta com recursos proveniente do Edital Universal 2016-CNPQ.

1) O trabalho com a gestão de políticas sociais

Desafios são colocados cotidianamente para os trabalhadores sociais envolvidos direta e indiretamente com as políticas sociais, no cumprimento das determinações contidas na Carta Magna. A implantação dos processos de descentralização de serviços públicos veio acompanhada de uma extensa pauta de recomendações técnicas e burocráticas que exigem soluções qualificadas por parte desses trabalhadores.

O Serviço Social não ficou, assim, imune a esse processo. Com a descentralização em curso, os assistentes sociais passaram a ser requisitados para trabalhar na formulação, gestão, implementação, execução e avaliação de políticas sociais. O exercício profissional ampliou seu espaço de atuação nas esferas governamentais, e esta ampliação, nas palavras de Iamamoto (2005), Cardoso et al. (1997), e Guerra (2001), produz impactos significativos nas demandas colocadas aos profissionais, nos espaços ocupacionais, redefinindo os objetos de intervenção e atribuindo novas funções à profissão. Consequentemente, surgem critérios diferentes para a aquisição de novas formas de legitimidade.

Dessa maneira, a gestão das políticas sociais, parte do cotidiano de trabalho do assistente social, incorpora novas formas e novas possibilidades. Para tanto, a apropriação de conhecimentos e saberes envolvidos com a gestão é essencial.

Segundo Guerra (1995), o Serviço Social tem nas políticas sociais a base de sustentação da sua profissionalidade, já que a intervenção do Estado nas questões sociais instituiu um espaço sócio-ocupacional na divisão sociotécnica do trabalho. Dado seu caráter assalariado e considerando que a intervenção profissional só se realiza mediada por organizações públicas e privadas, a profissão acaba sendo condicionada pelo tipo, natureza e modalidade de atendimento das sequelas da questão social implicadas no Estado burguês.

Complementar a esse debate, o documento da ABESS/CEDEPSS (1997), quando reflete sobre as demandas profissionais, enfatiza a ambivalência que demarca esse campo, a partir das mudanças contemporâneas do mundo do trabalho e das ações do Estado e das classes sociais. O documento indica que a aproximação a essa questão exige, portanto, uma agenda de estudos e investigações sobre as requisições e conteúdo do trabalho do Serviço Social, a partir dos anos 1990, marcado por fatores profundamente importantes para a possível efetividade do trabalho profissional. Essas questões adquirem centralidade, pois, ao falar de demandas, pressupõe-se um dado recorte de necessidades sociais e de padrões de intervenção.

Acreditamos, assim, ser necessário investigar se as inflexões contemporâneas no terreno das demandas profissionais relacionam-se, de forma mais significativa, a possíveis mudanças na forma de construção e reconhecimento das necessidades sociais na sociedade brasileira e/ou a alterações nos mecanismos públicos e privados de intervenção sobre essas necessidades.

As demandas postas ao Serviço Social caminham na interseção de projetos, práticas e discursos políticos distintos e que, por essa condição, conferem um grau significativo de ambivalência à dinâmica do trabalho profissional.

Dessa forma, estudar com mais profundidade as demandas emergentes, tendo como foco a gestão e suas expressões, contribuirá para qualificar a análise e o debate.

2) As responsabilidades dos entes federados na gestão das políticas sociais

As últimas décadas do século XX foram fortemente marcadas por mudanças na forma como os Estados se reorganizaram. A globalização da economia, as reestruturações na produção e no trabalho capitalistas, as consequentes relações e acordos internacionais firmados são fatores, entre outros, influentes nos processos de reorganização dos Estados nacionais capitalistas.

A configuração do Estado brasileiro é de uma República Federativa. É assegurada a autonomia político-administrativa a cada ente federado segundo as funções e competências definidas na Carta Constitucional. A Federação abarca então uma distribuição de poder político distinta entre os entes federativos, caracterizando-se predominantemente por descentralização. É princípio constituinte também da Federação Brasileira, expresso claramente no artigo 18 da Constituição de 1988, a autonomia dos entes federados na organização político-administrativa do Estado. É a autonomia que confere aos entes federativos poderes de se autoconstituírem, autogovernarem, autolegislarem e autoadministrarem dentro dos parâmetros constitucionais.

Na atual Federação Brasileira, o processo de implantação das políticas públicas em nível central e local tem sua efetividade firmada também nas interrelações governamentais, na qual a interdependência e a autonomia das subunidades nacionais são aspectos fundamentais. As estratégias de centralização, descentralização, autonomia e responsabilização têm sido utilizadas pelos governos conforme os arranjos políticos, administrativos e financeiros, reportando-se a uma contínua disputa por espaço de governabilidade. A necessária negociação e repactuação do poder têm sido cada vez mais complexificadas pelas características particulares da diversidade regional e desigualdade social brasileiras.

Desta forma, os municípios vêm assumindo mais responsabilidades na provisão de bens e serviços públicos, ainda que de forma seletiva e na medida de suas possibilidades. Contudo algumas gestões, neste contexto, têm se destacado mais que outras.

Os entes federados estudados são municípios que, anteriormente à homologação da Constituição de 1988, já haviam percorrido um processo de municipalização, organizando-se territorial e politicamente. No entanto, com a delimitação constitucional das competências de todos os entes subnacionais, e em especial das novas competências municipais, se depararam com novas atribuições e relações de colaboração. Relativo às políticas de saúde e assistência social, as competências privativas, comuns e concorrentes trouxeram novas demandas que anteriormente não lhes eram legalmente requeridas.

Os serviços públicos de saúde e assistência social estão inseridos nos direitos sociais dos cidadãos os quais o Estado tem dever de assegurar e garantir e estão entre os serviços chamados de competência comum. No Estado Federativo Brasileiro, as entidades competentes para instituir, regulamentar e controlar os serviços sociais, União, Estados, Municípios e Distrito Federal, encontram delimitadas essas atribuições nas normativas pertinentes a cada política.

Segundo Magalhaes Junior (2001), a transferência progressiva de responsabilidades e funções para o nível municipal encontrou, na grande maioria das vezes, o gestor municipal – secretarias e departamentos – completamente despreparado para essa tarefa, incluindo-se nessa situação até as grandes capitais. Historicamente, o município encarregava-se de funções periféricas dentro do sistema público de atendimento às necessidades da população. Restava sempre para os poucos e precários órgãos gestores (secretarias, departamentos, unidades, setores) e para o setor privado contratado a execução da assistência no restante da rede nas cidades de maior porte.

Nessa conjuntura, para o autor, não havia motivos para que as prefeituras municipais se estruturassem para responder às demandas e necessidades da população, do ponto de vista tanto quantitativo quanto qualitativo. Também por essa razão, e mesmo nas cidades maiores, todas as questões relacionadas à infraestrutura necessária ao desenvolvimento de ações relacionadas às políticas sociais de responsabilidade municipal eram afeitas aos outros setores da administração do município. Como regra geral, as prefeituras continuam apresentando pequena capacidade gerencial e operacional. Essa é a situação encontrada nos municípios, quando são chamados a assumir a gerência de unidades e serviços de saúde e assistências social.

3) A gestão do SUS e SUAS nos municípios da AMEPAR: um panorama das demandas gerencias

As Associações Intermunicipais foram criadas no Estado do Paraná na década de 1970. Formam grupos de municípios com participação de atores públicos que procuram o aparato da organização de grupos de cooperação, articulação de parcerias entre os municípios das regiões próximas, na busca de qualidade nos serviços prestados e na resolução, conjunta, de problemas orçamentários.

Em todo o Estado do Paraná, dessas 18 Associações Municipais existentes, por meio de pactos formais, formam grupos de cooperação, nos quais, cada participante desse grupo de cooperação contribui com as suas especialidades, criando vantagens competitivas e diferenciadas na prestação de serviços para a população.

As Associações desenvolvem atividades voltadas para fortalecer as esferas administrativas, econômicas e sociais dos municípios associados, a fim de promover a cooperação e autonomia financeira dos municípios. Com um aparato administrativo bem constituído podem promover apoio na prestação de serviços jurídicos, contábil, de consultoria de gestão tributária, entre outros. E esse aparato administrativo pode auxiliar os governos subnacionais com efetividade nas implementações das políticas públicas locais e, com isso, os municípios associados a elas podem de formas coletivas priorizar as ações e desenvolver metas para resolverem conjuntamente os problemas demandados pela população.

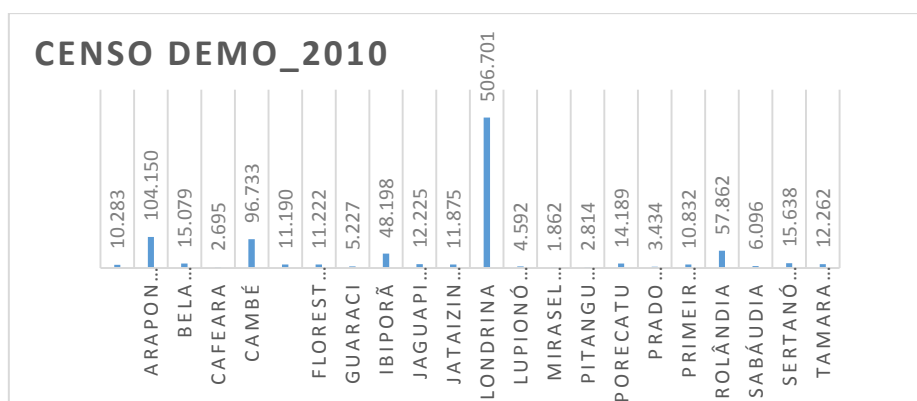
3.1) A Associação dos Municípios do Médio-Paranapanema -Amepar⁸

A Amepar, a terceira maior região do Estado, nasceu em 1973 para representar 23 municípios da região norte do Paraná. O movimento que culminou na formação da entidade foi resultado do trabalho dos prefeitos de então, que compreenderam a importância de unir forças para tratar dos interesses comuns a todos os municípios. Já então era forte a semente do reconhecimento do municipalismo enquanto sistema capaz de trazer crescimento e desenvolvimento sustentável.

Atualmente a Amepar conta com 22 municípios associados, sendo eles: Alvorada do Sul, Arapongas, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sabáudia, Sertanópolis e Tamarana.

3.1.1 - Caracterização demográfica dos municípios da AMEPAR

⁸ Informações histórica da Amepar foram retiradas do site: <https://www.amepar.org.br>. Data do acesso 08/05/2018.



Fonte: Elaborados pelos autores com dados do IBGE- Censo/2010.

No Brasil, segundo Souza (2004), a definição de município não faz distinção entre a diversidade dos 5.570 municípios existentes, entretanto as diferenças são marcantes entre eles. Assim, para a autora, a definição oficial de município torna-se uma ferramenta meramente administrativa, que independe da incorporação de variáveis importantes, principalmente o tamanho da localidade. Tal uniformidade, para Souza, significa que as regras aplicadas aos governos locais são invariáveis e independem da complexidade das tarefas a eles atribuídas.

Na região da Amepar, em relação à política de Assistência Social a divisão está assim definida: Pequeno Porte 1⁹, o que corresponde a 77% do total, um de Pequeno Porte 2¹⁰, dois municípios de Médio¹¹ e dois municípios de grande porte¹². Esse recorte se relaciona com a realidade nacional que tem a maioria de municípios de pequeno porte 1 em todo o território nacional.

Com essas diferenças e uma concentração significativa de municípios com população até 20.000 hab., diferentemente do que muitos analistas apontam, a descentralização no Brasil está longe de ser abrangente. Na verdade, ela vem se concentrando em dois campos: no aumento dos recursos financeiros para os municípios garantidos pela Constituição de 1988 e no aumento progressivo das transferências federais, para a implementação de alguns programas sociais universais. Assim, embora a descentralização tenha sido um dos objetivos dos constituintes de 1988, estudos apontam que a descentralização serviu para a consolidação da implementação de políticas sociais e não para o aumento da capacidade de decidir sobre onde e como investir os recursos. Apesar da existência de grandes heterogeneidades entre os municípios, evidências empíricas mostram que, no agregado, os governos locais estão de fato substituindo o

⁹ pequenos I: com população até 20 mil habitantes.

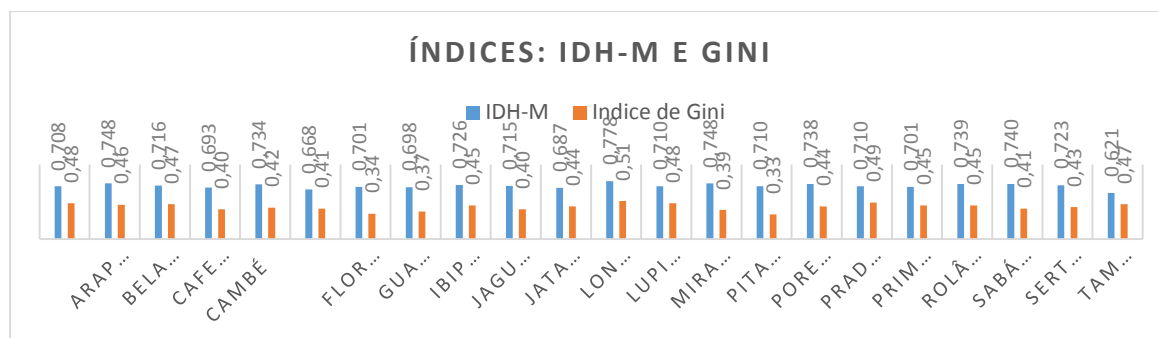
¹⁰ pequenos II: com população entre 20.001 e 50 mil habitantes.

¹¹ médios: com população entre 50.001 e 100 mil habitantes.

¹² grandes: com população entre 100.001 e 900.000 habitantes.

governo federal em algumas funções, enquanto outras se encontram em uma espécie de vazio governamental, seja por causa da política federal de ajuste fiscal, seja porque o desenho da política a ser municipalizada não contemplou incentivos capazes de estimular a adesão dos municípios.

3.1.2 - Perfil das condições econômicas e sociais.



Fonte: Elaborados pelos autores com dados do IBGE.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Gini são fontes de informações importantes para os gestores e técnicos demonstrando as realidades de seus municípios. Os índices são guias na definição de políticas públicas e investimentos. Cabe a eles, portanto, não somente definir a atual conjuntura socioeconômica de uma região, mas também considerar os esforços envolvidos na busca de melhores resultados. Essa tentativa de quantificação se tornou amplamente aceita no cenário internacional, ainda que acompanhado de muitas críticas, particularmente em relação às falhas metodológicas e à subjetividade.

Diante das significativas diferenças das condições socioeconômicas dos municípios brasileiros, o termo vulnerabilidade foi introjetado nos estudos da gestão das políticas públicas no Brasil. Assim, a leitura da vulnerabilidade, promovida pelas políticas de saúde e assistência social, converge na preocupação com as carências das populações que estão susceptíveis a riscos potenciais tais como a pobreza, violência, desigualdade social.

Nesse sentido, é necessário estudo sobre a disposição de recursos que indivíduos ou grupos sociais movimentam para acessar as estruturas para evitar e diminuir a vulnerabilidade.

O mapeamento da distribuição dos equipamentos de saúde e assistência na área (tabela 2) em questão traz a relação dos serviços existentes. Quando consultados os mapas e endereços dos equipamentos, os dados revelaram uma concentração dos equipamentos comunitários nas regiões centrais e nas áreas residenciais de maior renda. Nas áreas

periféricas onde se registram maiores níveis de vulnerabilidade social encontram-se poucos e mal distribuídos os equipamentos. Conclui-se que os padrões de localização e distribuição dos equipamentos comunitários operam no sentido do aumento da vulnerabilidade da população periférica, na medida em que se dificulta o acesso a tais estruturas de oportunidade.

Tabela 1 – Equipamentos existentes relacionados as Políticas de Saúde e Assistência Social – Maio de 2018.

Equipamento ¹³	ASSISTÊNCIA SOCIAL			SAÚDE							
	CRAS ¹⁴	CREAS ¹⁵	Cen. Pop ¹⁶	UBS	Hosp. Púb./Cred	Hosp. Psiq.	Cons. de Rua	ESF	ENasf 1;2;3	UPA	Caps 1;2;I; AD
Total	41	12	3	139	23	3	1	184	23	10	13

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do MDS -Rede Suas.
<https://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas/visualizarConsultaExterna.html> Acesso em 15/05/2018

Fonte: Elaborado pelos autores com dados do SESP -Plano Diretor de Regionalização 2015
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_Compilado_Final_correcao_em_08_07_2016.pdf Acesso em 10/06/2018

Segundo informações contidas no Censo SUAS 2014¹⁷, o Sistema Único de Assistência Social regula, em todo o território nacional, a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades do sistema de serviços, benefícios, programas e projetos de assistência social, de caráter permanente ou eventual. Tais serviços, programas e benefícios prestados pelo SUAS são executados e providos por equipamentos da assistência social, que são pessoas jurídicas de direito público, estão sob critério universal e lógica de ação em rede hierarquizada e podem funcionar em articulação com iniciativas da sociedade civil.

Tais equipamentos são organizados sob a lógica das ações desenvolvidas, as quais se encontram divididas em níveis de complexidade (Proteção Social Básica e Proteção Social Especial), tendo o território como referência e a centralidade na família. Conforme orientações da PNAS e da NOB/SUAS, a Proteção Social Básica (PSB) dedica-se à prevenção de situação de risco social e atua por meio de ações integradoras familiares e comunitárias e de desenvolvimento de potencialidades.

Quanto aos equipamentos públicos, a Proteção Social Básica é prestada pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), enquanto a Proteção Social Especial, de acordo com o nível de complexidade, é ofertada pelos Centros de Referência

¹³ Total de habitantes AMEPAR - 965.159 - (Censo 2010)

¹⁴ 78% cofinanciados.

¹⁵ 58% cofinanciados.

¹⁶ 100% cofinanciados.

¹⁷ https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/publicacao_eletronica/muse/Censo2014/equipamentos.html. Data de Acesso, 09/06/18.

Especializados de Assistência Social (CREAS), pelos Centros de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), e pelas Unidades de Acolhimento.

Em relação à gestão da política de saúde, o Pacto pela Saúde¹⁸ instituiu três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Esse Pacto apresentou mudanças significativas para a execução do SUS, entre as quais podemos destacar a Regionalização Solidária e Cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização.

A Regionalização é uma das diretrizes para a gestão do SUS. O Plano Diretor Regionalizado (PDR), nesse contexto, é considerado um dos principais instrumentos de planejamento da Regionalização.

Segundo do PDR (2011), o Paraná tem 22 regiões de saúde e 04 macrorregiões. Todas as regiões de saúde contam com serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial. Porém, as regiões de saúde têm níveis de complexidade diferente. Em todas as regiões de saúde os serviços de atenção primária são de responsabilidade dos municípios.

Todas as regiões de saúde têm uma referência hospitalar regional e têm referências ambulatoriais para a realização de consultas especializadas e exames. Na maioria das regiões existe ambulatório de especialidades gerenciado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da região. Quando uma região de saúde não tem o serviço ou não tem suficiência do serviço, sempre que possível é definida a referência da macrorregião. No caso da AMEPAR, Londrina é o município sede da 17ª região de saúde, sendo responsável por grande parte do atendimento da média e alta complexidade.

3.1.3 – Financiamento Público

No caso da organização do SUS e SUAS¹⁹, a legislação prevê funções concorrentes e ações articuladas dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), em estreita coerência com o modelo federativo estabelecido. O processo de implementação do SUS e SUAS tem, no seu financiamento, um reconhecido ponto crítico, por causa das implicações diretas sobre a magnitude e a qualidade dos serviços prestados à população usuária. Não apenas as enormes restrições financeiras têm sido apontadas como limitadoras, mas também as diversas dimensões do modelo de financiamento: as bases de arrecadação dos recursos que compõem as fontes de receita, a oportunidade de vinculação dessas fontes, os mecanismos de transferência de recursos entre os níveis do sistema (federal, estadual e municipal), as formas de regulação e remuneração dos procedimentos quanto nos

¹⁸ Pacto pela Saúde instituído pela Portaria 399/2006.

¹⁹ 100% dos municípios possuem planos, fundos, conselhos nas políticas analisadas.

reportamos ao SUS (Mendes, 1996). O modelo de financiamento definido pela legislação, bem como o efetivamente implantado, tem sido objeto de permanentes conflitos e embates nos campos técnico e político entre atores situados nos três níveis de governo ou representando grupos de interesse. A necessidade do afluxo ininterrupto de recursos para o custeio da rede de serviços, o modelo de organização descentralizado do SUS e SUAS estabelecido pela Constituição de 1988, associado às dificuldades da aplicação direta dos critérios de distribuição de recursos previstos na legislação, bem como as mudanças conjunturais observadas no processo de implementação do sistema determinam a configuração de um espaço de contínua negociação e repactuação dos critérios de distribuição dos recursos centralmente arrecadados pelo nível federal.

Considerações Finais

Em nossa Federação, onde os municípios são profundamente desiguais quanto a seu porte populacional, riqueza, cultura, economia, desenvolvimento social, exige-se a integração de todos os entes para conformar uma rede assentada em uma solidariedade para o atendimento às diferentes necessidades relacionadas às políticas sociais particularmente à saúde e assistências social.

Nessa configuração, a gestão das políticas definida a partir de rede de serviços, respeita a lógica territorial. A preferência por essa lógica é mais condizente com o modelo tridimensional de nossa Federação e com a descentralização das ações propostas na Constituição de 1988. Entretanto essa organização imprime a necessidade de qualificar a rede que não pode ser um mero agrupamento de municípios, mas composto por elementos essenciais que caracterizem uma região.

Na região da Amepar, em relação à gestão da política de saúde, os municípios vêm respeitando e cumprindo as determinações legais, embora em alguns aspectos precariamente, atendendo de forma regionalizada, na busca de suprir as necessidades dos diferentes municípios. Já a política de assistência social, nessa região, ainda não conseguiu articular ações que possam envolver as particularidades dos municípios. O conhecimento profundo da população usuária do SUAS é o elemento básico que torna possível romper a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão com base nas necessidades da população, elemento essencial da regionalização.

Embora não seja possível, em função dos limites deste texto, apresentar todos os dados coletados da região estudada, podemos inferir que as políticas de saúde e assistência social implantada na região precisam ser aperfeiçoadas.

Além dos desafios impostos à gestão das políticas, esse contexto demonstra também um grande desafio para os trabalhadores. De um lado, como bem nos coloca Raichelis (2009), avançar na articulação entre as ações desenvolvidas e a reflexão teórica crítica, numa conjuntura de intenso avanço de pensamentos e ações conservadoras. Em segundo, a luta pela defesa do caráter universalizante da seguridade social brasileira e a primazia do Estado na sua condução, combatendo o reducionismo do modelo de política social focalista voltada aos mais pobres, a despolitização da política, trazendo de volta ao debate o ideário e o imaginário da subjetividade pública e da universalização dos direitos.

Esses desafios exigem uma formação consistente e o domínio das competências profissionais, particularmente, as relacionadas à gestão. Há uma forte tendência, nos espaços ocupacionais vinculados à gestão, de transformar as normativas relacionadas às políticas como única referência para o trabalho do assistente social. Entretanto, a definição das estratégias e o uso dos instrumentais técnicos devem ser estabelecidos pelo próprio profissional, e não pelo órgão gestor.

Por fim, diante desse contexto, a busca por universalização de direitos depende de amplo investimento estatal e, nesse processo, o (re)conhecimento da gestão e seus processos dos diferentes níveis de governo, com seus limites e possibilidades, é essencial para os assistentes sociais trabalhadores envolvidos diretamente com a gestão de tais políticas.

REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. Diretrizes gerais para o Curso de Serviço Social (Com base no currículo mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). In: Cadernos ABESS: Formação Profissional: trajetórias e desafios, n. 7. São Paulo: Cortez, 1997.

BRASIL, LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

BRASIL. LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993.

CARDOSO, I. C da C. et al. Proposta básica para o projeto de formação profissional – novos subsídios para o debate. Cadernos ABESS: Formação Profissional: trajetórias e desafios. n. 7. São Paulo: Cortez, 1997.

COFI/CFESS. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social em questão. Brasília, 2002.

GUERRA, I. A Instrumentalidade do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1995.

IAMAMOTO, M. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Administração na área de saúde: uma perspectiva para gestores municipais. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro : Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

NETTO, J.P. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2011.
PARANÁ, SESP, Plano Diretor de Regionalização, 2011.

RAICHELIS, R. O trabalho do assistente social na esfera estatal. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CFESS, 2009.

SOUZA, C. Governos Locais e Gestão de Políticas Sociais Universais. São Paulo em Perspectiva, 18(2) 2004.