

O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: UM PANORAMA DO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS

Simei Silva Pereira de Lacerda 1,

Joana D'arc Bardelha Castro 2

1 Graduada em Ciências Sociais pela UNIEVANGÉLICA, Centro Universitário de Anápolis, MBA em Gestão de Projetos pela Anhanguera Educacional

2 Economista, Professora da UEG. Doutora pela UNB em Economia.

Resumo: Objetivou-se neste artigo fazer um breve resgate da história de criação do Sistema Único de Assistência Social-SUAS e seu aporte jurídico-administrativo. O SUAS é uma política pública recente, assim sendo carece ser entendida e apreendida por seus trabalhadores e gestores, para que se criem novos paradigmas para a assistência social no Brasil. Está é uma pesquisa qualitativa e dissertativa, utilizou-se dados secundários para sua elaboração. Para compreensão do assunto, buscou-se fazer um levantamento bibliográfico, além do uso da legislação em âmbito federal e municipal. Foi realizado também análise dos relatórios municipais de gestão, sobre esta questão, observou-se que a gestão municipal carece de padronização e sistematização dos resultados dos serviços ofertados. E apesar das dificuldades de efetivação da política, muitos avanços já foram conquistados, sendo que o SUAS representa ganhos expressivos para a garantia de direitos dos cidadãos usuários.

Palavras-chave: Política Nacional de Assistência Social; Política Pública; Assistência Social.

Introdução

Este trabalho busca relatar a trajetória da criação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, enquanto política pública de Estado e apresentar um panorama do Sistema no município de Anápolis. O SUAS é um sistema público que organiza de forma descentralizada a oferta de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais no Brasil, no modelo de gestão participativa. Outro aspecto importante do SUAS é que os serviços, programas, projetos e benefícios são ofertados na lógica do território, ou seja, o gestor deve conhecer as especificidades dos territórios dos municípios para ofertar o tipo de serviço que atenderá de forma mais eficaz as demandas da população.

A criação do SUAS institui um avanço para a assistência social e um ganho sem precedente para o usuário desta política, pois antes de sua criação a assistência social era ofertada de forma descontinuada pelos governos, ficando à mercê das ideologias partidárias.

Na Constituição Federal de 1988 a assistência social passa a ser tratada como dever do Estado e direito do cidadão, a partir daí foram criados os aportes legais necessários para sua fundamentação e somente vinte e três anos após a promulgação da Constituição, em 2011 a lei de criação do SUAS foi então sancionada.

A política pública, enquanto área do conhecimento ainda é recente, entretanto tem ganhado maior visibilidade nas últimas décadas, Souza (2006) aponta alguns fatores que contribuíram para este aumento da visibilidade, em primeiro lugar os países em desenvolvimento passaram a adotar medidas restritivas de gastos. Em segundo foi a adoção de novas visões do papel dos governos, que passaram a substituir as políticas keynesianas do pós-segunda guerra por políticas restritivas, implicando em medidas de ajustes entre despesas e gastos e acabando por restringir a intervenção dos estados nas áreas econômicas e social. Segundo a autora, “esta agenda passou a dominar corações e mentes a partir da década de 1980” (RUA 2006, p. 20), em países com longos e recorrentes períodos de grande inflação, como os países da América Latina.

O terceiro e último fator colocado pela autora, diz respeito aos países com democracias recentes ou recém-democratizados, que em sua maioria também são países da América Latina, que ainda não conseguiram formar coalizões políticas que dessem conta de equilibrar o desenvolvimento econômico com a inclusão social de grande parte da população.

Política “consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos”. Já a política pública são *outputs* resultantes da atividade política “compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores”. Rua (1998) faz ainda uma diferenciação entre política pública e decisão política, política pública requer mais que uma decisão política para que seja implementada, “requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas”, por outro lado decisão política é a escolha entre um leque de alternativas conforme a “hierarquia das preferências dos atores envolvidos” (RUA, 1998. p. 01).

Além destes aspectos apresentados, a autora ainda acrescenta um comentário que à primeira vista parece óbvio, contudo é de extrema importância que se tenha esta compreensão: que a política pública é eminentemente “pública” e não privada ou coletiva, e que esta dimensão pública é conferida não pelo alcance de suas ações mais pelo “caráter imperativo [...] por ser revestida da autoridade e soberania do poder público (RUA 1998, p. 02)”.

Este trabalho é composto por três partes, além da introdução e considerações finais. A primeira apresenta a trajetória da transformação da assistência social brasileira em política pública de Estado e apresentação dos marcos legais na linha do tempo. A segunda trata da seguridade social brasileira, os tipos de proteção, a rede de proteção socioassistencial e a vigilância socioassistencial. A terceira parte apresenta um breve relato sobre o município de Anápolis e relata a experiência do SUAS em Anápolis.

1. A Trajetória de Criação da Assistência Social Brasileira

A construção do direito da Assistência Social é bem recente no Brasil. Segundo aponta Pereira (2007), a questão social até a CF/1088 não ainda era tratada por muitos como clientelismo, assistencialismo, caridade ou ações pontuais. Estas ações não criam condições que gerem o desenvolvimento humano e social que colaboram para a transformação das condições de vulnerabilidade social dos indivíduos.

O marco principal da Assistência Social foi a Constituição Federal de 1988 que pela primeira vez reconhece como direito do cidadão e responsabilidade do Estado e já no seu preâmbulo lança os alicerces do Estado Democrático, assegurando o exercício dos direitos sociais e individuais, a segurança a liberdade o bem-estar e o desenvolvimento. A CF-88 confere à assistência social pela primeira vez o *status* de política pública, colocando-a no mesmo patamar da política setorial de saúde e da previdência social, e a constitui como um dos pilares do Sistema de Proteção Social no âmbito da Seguridade Social, segundo Spozati (2009).

Após a CF/88 a Assistencial Social deu um salto em qualidade e foi necessário também “redefinições legais teóricas e filosóficas que lhe conferiram um paradigma próprio, antes inexistente, e contribuíram para a ampliação do catálogo de direitos no país (PEREIRA, 2007, p. 65)”.

Após a Constituição Federal, foi criada em 1993 a lei nº 8.0742 Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, esta lei é considerada uma grande conquista para a consolidação desta política pública, ela estabelece seus objetivos e o âmbito de atuação, cria normas e critérios objetivos para sua execução, regulamentando assim os pressupostos da CF-88 nesta matéria, ela estabelece que a “assistência social é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto de iniciativas públicas e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” PNAS (2004).

A inserção da assistência social no âmbito da Seguridade Social aponta para uma nova matriz, o da Proteção Social, que articulada à política setorial da saúde e educação assegura a garantia dos direitos sociais e condições dignas de vida para a população. Na ótica de Di Giovanni (1998, p. 10) a proteção social pode ser entendida como sendo as formas “institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros” em virtude de certas vicissitudes da vida natural ou social como o infortúnio, doença, privações, velhice. Relembramos aqui o conceito de instituição, dada por Scott (2001) que diz: as instituições são constituídas de estruturas e atividades cognitivas, normativas e regulativas, que dão estabilidade e significado ao comportamento social. Neste sentido, a política pública de Assistência Social, como instituição, vem contribuir para normatizar e regular a ação social do Estado brasileiro.

De acordo com a LOAS e a Política Nacional de Assistência Social-PNAS a proteção social deve garantir as seguranças de: sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar e comunitária.

Segundo Lacerda (2010) em 2004, após diversos encontros, em todas as unidades da federação foi então apresentada a versão preliminar da PNAS, este documento se apresenta como sendo a materialização do conteúdo da LOAS como um dos pilares do Sistema de Proteção Social Brasileiro, no âmbito da Seguridade Social.

A proposta de gestão da assistência social posta pela PNAS pauta-se no pacto federativo, onde cada ente – união, estados, município e distrito federal têm suas atribuições e competências claras e detalhadas, conforme indicado na LOAS e nas NOB¹, é a chamada de gestão compartilhada.

Para a consolidação da assistência social como política pública constituída como direito do cidadão e responsabilidade do Estado, faltava ainda à construção e implementação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, que já havia sido requerido como principal deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social realizada em Brasília-DF em dezembro de 2003. A própria PNAS de 2004 já aponta para esta direção, instituindo o SUAS, que só foi efetivamente criado no ano de 2011, com a aprovação da lei nº 12.435.

Segundo Pereira (2007) o SUAS efetivamente materializa os dispositivos da LOAS e da PNAS e se organiza sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo. Por conseguinte é lançando então a NOB-SUAS – Norma Operacional Básica

¹ NOB – Normas Operacionais Básicas são documentos que disciplinam assuntos específicos dados pela LOAS e PNAS.

do SUAS. Esta Norma vem contribuir para o aprimoramento do sistema e contribuir para facilitar sua regulamentação pelos municípios.

Cabe salientar que a PNAS também caracteriza pela primeira vez o público usuário da política de assistência social como cidadãos e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade e riscos sociais, tais como:

Famílias e indivíduos com perda e fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizantes em termos étnicos, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiência; exclusão pela pobreza e, ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar; grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal; estratégias diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (PNAS 2013, p. 31).

São objetivos da assistência social: a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária.

Através de um trabalho integrado às outras políticas públicas setoriais de saúde e educação, a assistência social visa o enfrentamento à pobreza, a garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições de contingências sociais como intempéries, calamidades e demais e à universalização dos direitos sociais.

Cabe salientar ainda que no processo de criação do SUAS, foi necessário também criar as instâncias de controle social nos três entes federados, para regulação do serviço, sobre este aspecto observa-se que:

A participação social nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do ‘controle social’ no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as suas formulações – planos programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. (CORREIA, s.a.. p. 67).

Estas instâncias de controle social são os Conselhos, que são compostos de forma paritária com membros representantes da sociedade civil e do poder público, em geral tem caráter consultivo e deliberativo. Os Conselhos são órgãos autônomos que tem como objetivo principal acompanhar, aferir e aprovar a execução da política pública do seu segmento e em seu âmbito – municipal, estadual ou federal.

2. Seguridade Social Brasileira

O Estado brasileiro, ao assumir na CF/1988 que a assistência social é direito do cidadão e dever do estado imprime uma mudança de conceito, uma vez que atribui aos entes públicos um contingente de necessidades que até então era de responsabilidade apenas pessoal e individual.

O Estado então confere à assistência social o *status* de política pública e a coloca no campo da seguridade social, juntamente com a política setorial da saúde e a previdência social, esta última tem a atribuição de garantir o seguro social para parte dos trabalhadores brasileiros, a partir da adesão e da contribuição compulsória, já a saúde, a exemplo da assistência social, foi considerada como direito universal a todos os brasileiros na CF/1988 que também naquele momento propõe a criação do Sistema Único de Saúde.

A inclusão da assistência social significou, portanto, ampliação no campo dos direitos humanos e sociais e, como consequência, introduziu a exigência de a assistência social, como política, ser capaz de formular com objetividade o conteúdo dos direitos do cidadão em seu raio de ação, tarefa, aliás, que ainda permanece em construção (SPOZATI 2009, p. 14).

A partir deste marco, surge o desafio de se pensar a materialização da assistência social, enquanto direito do cidadão e dever do estado, incluindo as mudanças de concepção e rompimento com a lógica até então estabelecidas de que é uma política para os pobres e necessitados, os carentes e marginalizados. Estas concepções re-vitimizam os usuários, fazendo um recorte da população a partir da renda e não das necessidades, “confrontar essa maneira de ver, significa adotar a concepção de que a assistência social é uma política que atende determinadas necessidades de proteção social e é, portanto, o campo em que se efetivam as seguranças sociais como direitos” (SPOZATI 2009, p. 15).

A elaboração do modelo brasileiro de proteção social não contributiva demandou delimitar a área de atuação dos entes federados, considerando a atuação dos entes privados – instituições que recebiam apoio do estado para desenvolver ações pontuais - e que geralmente são movidos pela compaixão, amor ao próximo e à caridade. Tais entidades têm alcance limitado, conseguem atender um contingente pequeno de pessoas, dada suas limitações. Por outro lado, no processo de elaboração do modelo, houve que se considerar também as dimensões geográficas e as diferenças regionais.

Foi necessário ainda imprimir algumas mudanças, a primeira diz respeito à mudança de foco do gestor público em dar apoio para as instituições/entidades e assumir para si a responsabilidade de criar soluções para garantir respostas à necessidade de proteção social da população.

A segunda mudança diz respeito ao planejamento da ação da assistência social, que passa a ser proativa e não reativa, passa a não só atender às ocorrências, mas a conhecer e prevenir as possibilidades de ocorrer.

A terceira e última mudança da conta de romper com o modelo unilateral e autoritário e insere a gestão participativa através dos Conselhos de Assistência Social, instâncias paritárias de decisão e acompanhamento das ações públicas.

Um modelo de proteção social não contributiva para o Brasil resulta não só de implantação de novos programas de governo, mas de mudança mais incisiva que exige do gestor público assumir um novo papel baseado na noção de cidadão usuário (e não de carente ou assistido) de seus direitos, e na responsabilidade do Estado em se comprometer com a capacidade de as famílias educarem seus filhos tratando-as como núcleos básicos de proteção social. (SPOZATI 2009, p. 19)

Cabe ressaltar que a CF/1988 foi um marco também ao desvincular a proteção social ao emprego formal, concebendo a ideia da proteção não contributiva, concedendo seus benefícios e programas à população que dela necessitar, mesmo desvinculados de emprego formal.

Proteção pressupõe sair à defesa de algo, impedir sua destruição, sua alteração. A ideia de proteção tem o caráter preservacionista, neste sentido, preservar a vida. Esta implícito neste conceito o apoio, a guarda, o socorro e o amparo. Segundo a PNAS (2004) a proteção social deve garantir segurança de: sobrevivência: de rendimento e de autonomia; acolhida; convívio: de vivência familiar.

Por segurança de sobrevivência entende-se que todo cidadão deve ter assegurado a condição mínima para a sua sobrevivência, independente de suas limitações para o trabalho, como exemplo: pessoas com deficiência, idosos, famílias numerosos.

Por direito de acolhida entende-se o atendimento à necessidade humana de alimentação, abrigo, cuidados, que pode faltar por diversas situações na trajetória de vida, como a doença, deficiências, ciclos de vida, necessidade de separação temporária ou permanente em virtude das violências intrafamiliar, ou abandono, maus tratos, desemprego prolongado, uso de drogas, álcool, criminalidade, situação de desastres ou acidentes naturais.

A segurança do convívio familiar, diz respeito à necessidade humana de pertencimento, neste sentido a assistência social deve garantir à participação familiar e ou comunitária, como princípio civilizatório.

A segurança é uma exigência antropológica de todo indivíduo, mas sua satisfação não pode ser resolvida exclusivamente no âmbito individual. É também uma necessidade da sociedade que se assegure em determinada medida a ordem social e se garanta uma ordem segura a todos seus

membros. As políticas sociais representam um dos instrumentos especializados para cumprir essa função (VILLA LOBOS, 2000, p. 58 Apud SPOZATI 2009, p. 20).

Segundo Pereira (2007) estes três tipos de segurança visam o desenvolvimento humano e social, associado à cidadania. A proteção social de assistência social deve se ocupar das vitimizações, fragilidades, contingências, vulnerabilidades e riscos que o cidadão e suas famílias enfrentam na trajetória de seu ciclo de vida, por decorrência de imposições sociais, econômicas, políticas e de ofensas à dignidade humana.

Cabe salientar que o atendimento às populações expostas às vulnerabilidades e riscos não são somente de responsabilidade da assistência social, mas das políticas setoriais de saúde, educação, trabalho e políticas econômicas, neste sentido, a assistência social deve procurar trabalhar de forma intersetorial articulada a todas as demais políticas públicas. Proteção significa prevenção, o que supõe a redução de fragilidade aos riscos, que podem ser permanentes ou temporários, e que passam a fazer parte do exame da questão do enfrentamento de riscos sociais.

2.1 Sobre riscos e vulnerabilidades

A mudança de concepção da assistência social para política pública demandou ainda a discussão sobre o que seriam as desproteções e sobre os riscos e vulnerabilidades. A noção de risco é utilizada em diversas áreas de conhecimento e atividades humanas.

No âmbito da assistência social riscos podem surgir das relações conflituosas, da presença de situações de desigualdades, do modo de pensar diverso, de violação da integridade física “são os riscos que surgem das relações e que levam, como já indicado, à apartação, ao isolamento, ao abandono, à exclusão” (SPOZATI 2009, p. 29).

A assistência social, através da vigilância socioassistencial deve dar conta das causas dos riscos, a proteção básica se ocupar por prevenir os agravos decorridos dos mesmos, e a proteção especial tratar dos danos, sequelas e perdas advindas das situações de risco. As sequelas podem ser mais ou menos graves, dependendo do tempo e da severidade que se expõe ao risco “portanto, trabalhar situações de risco supõe conhecer as incidências, as causalidades, as dimensões dos danos para estimar a possibilidade de reparação e superação, o grau de agressão do risco, o grau de vulnerabilidade/resistência ao risco” (SPOZATI 2009 p. 28).

O risco ocorre no cotidiano das pessoas, nos territórios onde vivem e podem sujeitá-las a maior ou menor grau de risco e sequelas. Populações que vivem em áreas sujeitas a

deslizamentos, desabamentos e enchentes, ocorrência de tráfico de drogas, áreas com precária infraestrutura urbana ou rural são mais vulneráveis os riscos.

Grupos que também são bastante vulneráveis às condições de risco são os com orientação sexual diversa, grupos étnicos – no caso brasileiro os indígenas e afrodescendentes, com religiosidade diversa das que são comumente aceitas na comunidade, também o ciclo de vida infantil e idoso são os mais frágeis quando expostos a qualquer tipo de risco social e pessoal.

Em sociedades complexas, como é a brasileira, a vulnerabilidade não é só econômica, ainda que as pessoas com rendas mais baixas são em geral, mais propensas a ela.

Para se compreender melhor esta categoria, é necessário pensar no sentido de vulnerabilidade, relacionado a um dado risco, neste sentido, entende-se a vulnerabilidade como a possibilidade de se estar sujeito ou predisposto a uma situação dada, em decorrência de vivências ou condições já estabelecidas.

2.2 Os tipos de proteção

O SUAS subdivide as proteções em: Proteção Básica e Proteção Especial.

A Proteção Básica tem o caráter preventivo, ela deve prever situações risco social no seu território e desenvolver projetos dentro da lógica proativa, buscando mitigar os riscos e vulnerabilidades. Ela deve ofertar programas, projetos, serviços e benefícios de acolhimento, vivência, de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários para as famílias e indivíduos, incluindo as pessoas com deficiência e idosos.

Os programas, projetos, serviços e benefícios ofertados pela Proteção Básica são:

Centro de Referência da Assistência Social – CRAS – O CRAS é uma unidade pública estatal que deve ser instalada em território de vulnerabilidade social e trabalhar com as famílias em seu contexto comunitário, considerando os novos arranjos famílias que extrapolam as relações de sangue. O CRAS é responsável pelo Programa de Atenção Integral à família - PAIF, este programa visa desenvolver as potencialidades dos grupos familiares e o fortalecimento dos vínculos. Além da oferta do PAIF, o CRAS deve oferecer informações e orientações para a população residente em sua área de abrangência. Conhecer e articular a rede de serviços socioassistenciais de seu território também é uma das atribuições do CRAS. Através do encaminhamento insere as famílias em todos os serviços de assistência social local.

Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, segundo o art. 2º da Resolução nº 01 de 21/02/2013 do CNAS, é um serviço realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social. O público-alvo do SCFV são crianças, adolescentes e pessoas idosas, considerando as situações de risco prioritárias, a saber: - em situação de isolamento; trabalho infantil; vivência de violência e, ou negligência; fora da escola ou com defasagem escolar superior a 2 (dois) anos; em situação de acolhimento; em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto; egressos de medidas socioeducativas; situação de abuso e/ ou exploração sexual; com medidas de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA; crianças e adolescentes em situação de rua.

Dentro da proteção básica também são ofertados os benefícios do **Programa Bolsa Família** e o **Benefício de Prestação Continuada – BPC**, este último destinado a indivíduos acima de 65 anos de idade e ou pessoas com deficiência de qualquer idade que comprovadamente não tem condições de prover seu sustento.

Proteção Social Especial – é a modalidade de atendimento destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social com direitos violados em decorrência da violência intra ou extrafamiliar, abandono, maus tratos, violência econômica, situação de rua, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, situação de trabalho infantil entre outras.

Dentre os grupos mais suscetíveis a estes agravos estão as crianças, os idosos, as pessoas com deficiência e os jovens.

A ênfase da Proteção Social Especial deve ser os abrigamentos, quer para idosos, crianças, pessoas com deficiência, mulheres, pessoas em situação de rua. Este serviço destina-se a pessoas que tiveram seus direitos violados e ou ameaçados e cuja convivência familiar ou comunitária pode acarretar agravos de sua integridade física e ou psicológica.

Os serviços da proteção especial tem muitas vezes uma estreita relação com a garantia de direitos, exigindo uma articulação com o Poder Judiciário e o Ministério Público.

A proteção social especial se divide em Média e Alta complexidade, são serviços de média complexidade aqueles que são ofertados dentro das unidades públicas ou no espaço comunitário, e que são destinados para indivíduos ou famílias que estão com direitos violados e laços familiares e ou comunitários fragilizados, são estes os serviços de média

complexidade: Serviço de orientação e apoio sociofamiliar; Plantão Social; Abordagem de Rua; Cuidado no Domicílio; Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência; Medidas socioeducativas em meio aberto (Prestação de Serviços à Comunidade – PSC e Liberdade Assistida – LA).

Ainda dentro da Proteção Social Especial de média complexidade esta a unidade pública estatal denominada **Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS**. O objetivo principal do CREAS é a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Esta unidade difere do CRAS por destinar seu atendimento às situações de violação de direitos.

Os serviços da proteção social de alta complexidade são os abrigamentos, que garantem a moradia, alimentação, higienização, convívio, trabalho protegido para indivíduos ou famílias que se encontram desprotegidos, e com laços familiares e ou comunitários rompidos, em situação de ameaça, que carecem ser retirados dos seus espaços de convívio conflituoso. São estes os serviços da proteção especial de alta complexidade: Atendimento Integral Institucional; Casa Lar; República; Casa de Passagem; Albergue; Família Substituta; Família Acolhedora; Medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada); Trabalho protegido.

2.3 Rede de proteção social

A rede de proteção social são as unidades públicas estatais das políticas sociais – saúde, educação, trabalho, também as entidade assistenciais conveniadas ou não que ofertam serviços dentro da lógica das proteções, sejam elas ONG, instituições confessionais ou não, órgãos do Poder Judiciário, Ministério Público que atuam em conjunto no sentido de garantir a proteção social e reduzir as situações de risco e vulnerabilidades nos territórios. Sobre as entidades da sociedade civil, a seguinte autora afirma:

Para integrar um sistema público estatal de assistência social, essas entidades e organizações sociais devem ser submetidas aos mesmos princípios e diretrizes que orientam o SUAS, considerando o acesso ao fundo público para financiar atividades de assistência social por ela desenvolvidas (por meio de convênios e repasses diretos de recursos) (RACHELIS, 2010, p. 765).

A questão do trabalho em rede é complexa sendo necessária sua apreensão, para que todos possam compreender seu papel no processo, sobre isso se acrescenta:

A PNAS (2004) é bastante clara ao indicar a forma de organização do atendimento às demandas sociais. Aponta a metodologia de rede como estratégia garantidora do sistema. Para

ela, concorrem os conceitos de integralidade, subsidiariedade e complementaridade. A coordenação do sistema é estatal, garantindo assim a efetividade da política pública (COUTO 2009 p. 215).

A formação da rede de proteção social e seu fortalecimento fica é de responsabilidade do poder público, pois ele é o responsável por garantir as seguranças afiançadas pelo Estado, levando-se em consideração também a premissa da complementariedade da oferta dos serviços. Além de formar, cabe ao poder público fortalecer a rede de proteção social à partir de capacitações, encontros e eventos que fomentem o trabalho intersetorial e crie um paradigma de completude.

2.4 Vigilância socioassistencial

A Vigilância socioassistencial é uma das funções da política de assistência social que tem por objetivo a produção, sistematização, análise e disseminação de informações territorializadas das situações de vulnerabilidade e riscos que incidem sobre famílias e indivíduos, bem como do tipo, volume e qualidade dos serviços ofertados, de modo a atuar de forma proativa traçando estratégias mais eficientes na prevenção e redução dos agravos, tendo como foco o fortalecimento da função protetiva do SUAS “é fundamental no âmbito do Suas superar a cultura histórica do pragmatismo e das ações improvisadas, exercitando a capacidade de leitura crítica da realidade [...] mas procurando compreender criticamente os processos sociais de sua produção e reprodução” (RAICHELIS, 2010 p. 765).

A Vigilância Socioassistencial foi incluída na Lei. 12.453 de 06/07/2011, e detalhada pela NOB-SUAS (2012). Ela é pressuposto necessário para o aprimoramento da política assistencial nos três entes de atuação.

3. O Município de Anápolis

Anápolis está localizada em um dos principais entroncamentos do Brasil entre as rodovias federais BR-153, que liga o município do sul ao norte do país e à capital do estado, Goiânia, a rodovia BR-060 que a liga à capital federal, Brasília e a BR-414 que liga Anápolis à Brasília através da cidade de Corumbá de Goiás. A cidade é também margeada pelas rodovias estaduais GO-222 que a liga à Nerópolis e a GO-330 que a liga à Leopoldo de Bulhões. Limita-se ao norte com os municípios de Pirenópolis e Abadiânia, a leste com o município de Silvânia, ao sul com o município de Leopoldo de Bulhões e Goianópolis e a

oeste com os municípios de Nerópolis e Ouro Verde de Goiás. A cidade está localizada a 53 km de capital do estado e a 130 km da capital federal. Sua bacia hidrográfica é composta pelos ribeirões João Leite, Antas, Piancó e Padre Sousa. A área territorial do município compreende 933.156 km², e sua densidade demográfica 358,58 hab./km².

O município é composto por quatro distritos: Interlândia, Souzaânia, Goianópolis e Joanópolis, além do povoado formado à margem da BR-060, nas proximidades de uma indústria cervejeira denominado de Branópolis. Todos os distritos são servidos de unidades públicas de saúde e educação. Três dos distritos contam com unidades públicas permanentes de serviços socioassistenciais.

3.1 Aspectos demográficos

Anápolis é o terceiro maior município em população do estado de Goiás, possui 335.613 mil habitantes, conforme o Censo Demográfico de 2010, sendo que destes, 98,25% residem em área urbana e 1,75% em área rural. A estimativa populacional para 2015 foi de 366.491 mil.

A estrutura demográfica do município apresentou mudanças significativas no período entre 2000 e 2010. Foi observado que a população idosa cresceu 4,36% em média ao ano. Em 2000, o grupo representava 7,5% da população, em 2010 estava no patamar de 9,9% do total da população local.

Na faixa etária de 0 a 14 anos o município registrou um decréscimo no mesmo período entre 2000 e 2010, com média de -0,40% ao ano. O quantitativo de crianças e jovens era de 28,4% do total da população em 2000, o que correspondia a 81.699 habitantes. Em 2010, este grupo reduziu para 23,5% da população, totalizando 78.496 habitantes.

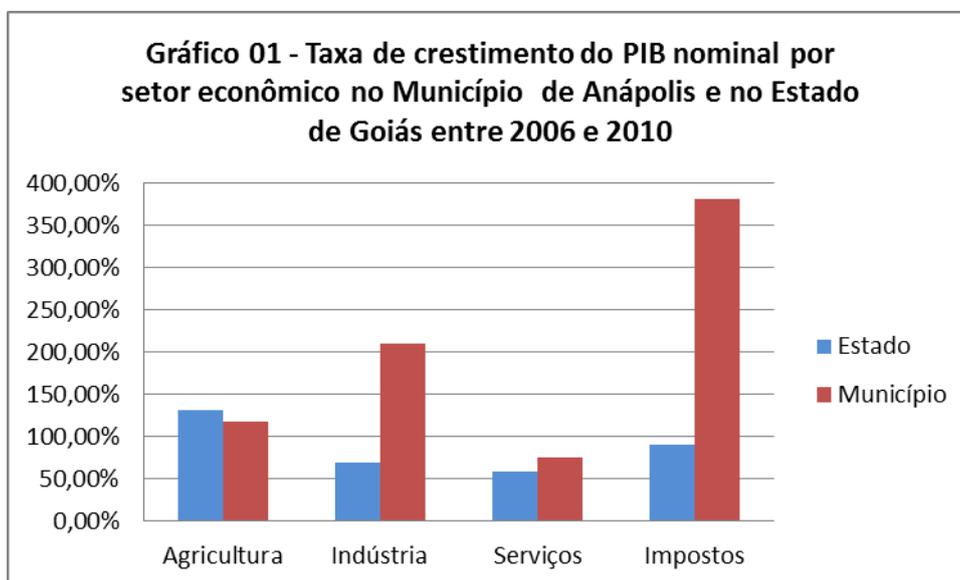
A faixa etária de 15 a 59 anos apresentou crescimento populacional (em média 1,90% ao ano), passando de 184.792 habitantes em 2000 para 223.030 em 2010. Em 2010, este grupo representava 66,7% da população do município.

3.2 Aspectos econômicos

É o segundo maior em arrecadação de impostos e a segunda maior cidade do estado de Goiás, compondo a região mais desenvolvida do Centro-Oeste brasileiro, o eixo Goiânia-Anápolis-Brasília.

Conforme dados do IBGE, entre 2006 e 2010, o Produto Interno Bruto (PIB) do município cresceu 187,2%, passando de R\$ 3.776,1 milhões para R\$ 10.059,6 milhões.

Contudo, em termos percentuais o crescimento foi inferior ao observado no estado que foi de 71,0%. A participação do PIB do município na composição do PIB estadual aumentou de 6,62% para 10,31% neste mesmo período, (ver gráfico 1).



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

O setor de Serviços tem uma participação expressiva na estrutura econômica do município, correspondendo a 35,3% do PIB municipal, e o setor secundário ou industrial, perfaz o valor de 33,2% do PIB em 2010.

O município apresentou taxas de crescimento do PIB nominal em três dos setores econômicos em relação ao Estado, entre os anos de 2006 a 2010, ver gráfico 01.

3.3 Assistência social - perfil socioeconômico, educação e saúde.

Conforme dados do Censo Demográfico do IBGE em 2010, aproximadamente 78 mil pessoas ou 23,3%, vivem com uma renda *per capita* entre R\$140,00 e R\$70,00 mensais, sendo consideradas pobres ou extremamente pobres, como pode ser observado no gráfico 02.

A incidência da pobreza é de 32,51% o índice de Gini é 0,41² e o índice de Desenvolvimento Humano – IDH está em de 0.788³.

² Fonte: IBGE-Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de orçamentos familiares POF 2002/2003

³ Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil - IBGE



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

O Índice de Desenvolvimento Familiar – IDF, índice sintético do nível de desenvolvimento das famílias pobres inscritas no Cadastro Único para Programas Federais, considera seis aspectos distintos, a saber: vulnerabilidade infantil; acesso ao conhecimento; acesso ao trabalho; disponibilidade de recursos; desenvolvimento infantil; condição habitacional e acesso ao trabalho.

O IDF pode variar entre 0 – famílias na pior situação possível e 1 – famílias na melhor situação possível.

No município de Anápolis o IDF de 2010 apresenta os seguintes números. Ver quadro 01.

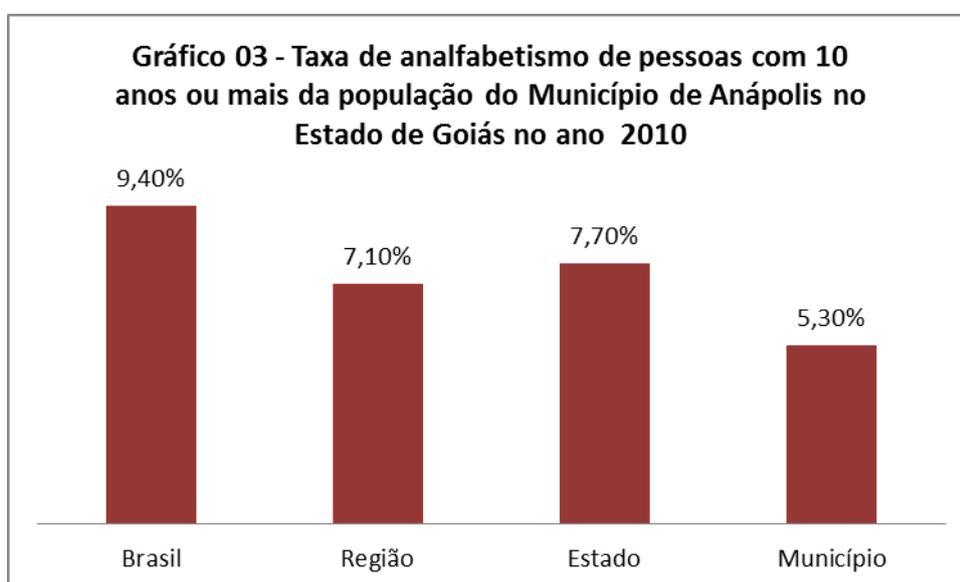
Quadro 01 - Índice de Desenvolvimento Familiar – IDF de Anápolis - 2010

Vulnerabilidade	0.66
Acesso ao conhecimento	0.44
Acesso ao trabalho	0.25
Disponibilidade de recursos	0.56
Desenvolvimento infantil	0.94
Condição habitacional	0,79

Fonte: Cadastro Único para Programas Federais – MDS

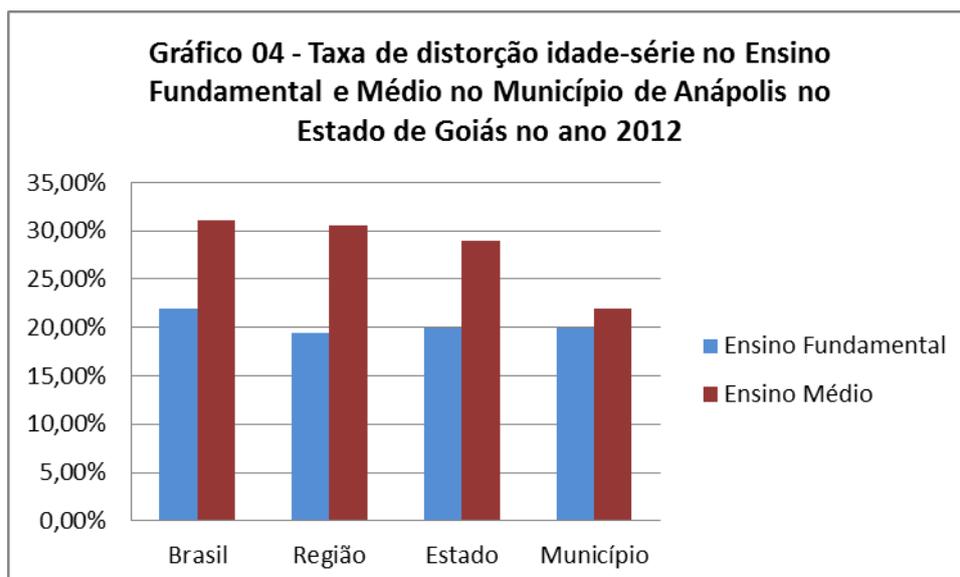
Observa-se no quadro acima que o índice “acesso ao trabalho é o de pior pontuação e o de “desenvolvimento infantil” é o de melhor pontuação. Estes números apontam para o gestor onde é necessário intensificar a atuação das políticas setoriais. Este índice é uma importante ferramenta para o planejamento de ações do SUAS, visando o desenvolvimento social das famílias.

O Censo em 2010 apontou a taxa de analfabetismo das pessoas de 10 anos ou mais em de 5,3%. Sendo que na área urbana, a taxa era de 5,2% e na zona rural era de 10,5%. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, a taxa de analfabetismo era de 1,2%. Esta taxa entre as pessoas de 10 anos ou mais no município é menor que a taxa do Estado, veja no gráfico 03.



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010

De acordo com dados do INEP, em 2012, a taxa de distorção idade-série no ensino fundamental foi de 16,1% do 1º ao 5º ano e de 24,3% do 6º ao 9º ano. A taxa de distorção idade-série no ensino fundamental municipal foi maior, quando comparada às taxas da Região Centro-Oeste, menor que a do estado e menor que a do Brasil. A taxa de distorção idade-série no ensino médio do município foi menor que a taxa do Brasil, menor que a da região e menor que a do estado, segundo observa-se no gráfico 04.



Fonte: Ministério da Educação – MEC

No tocante à mortalidade infantil, o número de óbitos infantis foi de 68 crianças, ao passo que no Estado o número de óbitos infantis foi de 1.212 crianças e a taxa de mortalidade infantil foi de 13,62 crianças a cada mil nascimentos.

Outro aspecto importante a se destacar é concernente a consultas de pré-natal, uma vez que se constitui como um importante indicador do acesso a serviços públicos, além de ser de vital importância para a saúde da mãe e da criança. Observou-se que as mães dos 46,26% nascidos vivos em 2011 fizeram sete ou mais consultas de pré-natal.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, ocorreu um aumento na cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica no município. Em 2008, a cobertura era de 42,35%, reduziu para 29,0% em 2009 e voltou a aumentar para 45,19% em 2012.

3.4 O SUAS no município de Anápolis, Goiás.

A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - SEMDS foi criada pela Lei Complementar Nº 196, de 30 de março de 2009 dentro da estrutura organizacional da Administração Municipal com orçamento específico, organograma e regimento interno e com competências e atribuições para desenvolver coordenar, acompanhar, incrementar e incentivar a execução de programas, projetos, serviços e benefícios do SUAS em consonância com o PNAS 2004, relativos à integração e desenvolvimento social.

São três categorias de habilitação ao SUAS: inicial, básica e plena. A gestão inicial fica por conta dos municípios que atendam a requisitos mínimos, como a existência e

funcionamento de conselho, fundo e planos municipais de assistência social, além da execução das ações da Proteção Social Básica com recursos próprios. No nível básico, o município assume, com autonomia, a gestão da proteção social básica. No nível pleno, ele passa à gestão total das ações socioassistenciais. O município de Anápolis possui habilitação plena.

Antes deste período a assistência social era desenvolvida por um órgão gestor sem orçamento específico para o desenvolvimento das ações e ligada ao gabinete do Prefeito Municipal denominado: Gestão Social.

Ao analisar o Relatório de Gestão Municipal - 2012 percebe-se que houve um incremento na oferta de unidades públicas ligadas às duas proteções, a básica e a especial se comparado ao período anterior à criação da SEMDS em 2009, conforme se observa no Quadro – 02.

A capacidade de atendimento é em número de pessoas referenciadas, ou seja, pessoas que recebem serviços de forma continuada e sistemática nos serviços. Observa-se que no caso do CRAS, a capacidade de atendimento por unidade mais que dobrou, em função da criação da SEMDS, que passou a ser o órgão gestor da política de assistência social e a compor a estrutura administrativa do executivo, com recursos para co-financiar os serviços do SUAS, além de o município ser de porte grande, e ter obtido habilitação Plena.

Quadro 02 - Comparativo da oferta de serviços públicos do SUAS no Município de Anápolis-GO nos anos 2008 e 2012.

TIPO DE SERVIÇO	Nº de Unidades em 2008	CAPACIDADE DE ATENDIMENTO	Nº de Unidades em 2012	CAPACIDADE DE ATENDIMENTO
CRAS	2	1.500 p/un	3	5000 p/un
CREAS	1	200 p/un	3	200 p/un
SCFV/PETI	11	2336 total	30	3315 total

Fonte: Relatório de Gestão da SEMDS 2012

Contudo, ao analisar o Relatório de Informações para o Planejamento e Alcance das Prioridades e Metas do Pacto de Aprimoramento do SUAS – Gestão Municipal do Pacto de Aprimoramento da Gestão do SUAS⁴, previsto na NOB-SUAS 2012 e regulamentado pela Resolução nº 18 de 15/07/2013 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, firmando entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS e os municípios, observa-se que apesar dos avanços desde a criação da SEMDS, a assistência social do município necessita melhorar em diversos aspectos.

O Relatório estabelece metas que deverão ser alcançadas no quadriênio 2014/2017. O período de referencia para o relatório foi o ano de 2013.

A Meta 01- atendimento/referenciamento de famílias no município é de 3049 famílias e que apenas 1046 famílias estão sendo atendidas. Outra meta não atingida e que apresenta uma grande discrepância diz respeito ao acompanhamento de famílias com membros integrantes do BPC – pessoa idosa ou com deficiência, onde deveria ser 834 famílias, o município apresenta o total de 28.

Sobre a meta 04 “acompanhar pelo CRAS as famílias beneficiárias do PBF”, o município deveria acompanhar 1.552 famílias, entretanto apenas 293 estão sendo acompanhadas. O acompanhamento de famílias beneficiárias do PBF é de fundamental importância para o processo de superação das situações que colocam em risco o cumprimento das condicionalidades impostas pelo Programa quando a família é inserida são elas: cumprir o calendário vacinal e acompanhamento do peso de crianças até os seis anos; manter frequência mínima de 85% para crianças e adolescentes até 15 anos e 75% para adolescente de 16 a 18 anos; mulheres grávidas realizar o pré e pós-natal.

A meta 07 “ampliar a cobertura de proteção básica nos municípios de grande porte e metrópoles” que prevê a ampliação de três para seis unidades do CRAS também não foi alcançada, entretanto a Diretoria de Proteção Básica aderiu ao programa CRAS Volante, que faz atendimento itinerante nos distritos e bairros mais distantes das unidades físicas dos CRAS, conseguindo assim ofertar minimamente, cobertura para a população descoberta pelos serviços. O atingimento desta meta representará ganhos expressivos em termos de redução de riscos e vulnerabilidades da população.

⁴ É o instrumento pelo qual se materializam as prioridades e as metas nacionais no âmbito do SUAS, e se constitui em mecanismo de indução do aprimoramento da gestão. O Pacto deve ser alcançado no quadriênio 2014/2017.

Neste sentido, observa-se que no âmbito da proteção básica, os avanços existem, contudo necessitam ser intensificados.

Na esfera da Proteção Especial o Relatório apresenta o registro que as metas foram totalmente alcançadas. As metas eram ampliar a oferta de unidades do CREAS de uma para duas, e acompanhar famílias com violação de direitos em decorrência do uso de substâncias psicoativas. Além das metas atingidas, o município implantou também do Centro Pop – Serviço especializado para população em situação de rua, que tem capacidade de atendimento de 200 pessoas.

No quesito Gestão do SUAS, somente uma meta foi alcançada, as demais são metas importantes para garantir a efetivação da política do SUAS em âmbito municipal, são elas: meta 17 “desprecarizar os vínculos trabalhistas das equipes que atuam nos serviços socioassistenciais e na gestão do SUAS”, nesta meta o município deve atingir o percentual mínimo de 60% dos trabalhadores do SUAS de nível superior e média com vínculo de estatutário ou empregado público, o que representaria em termos quantitativos 167 trabalhadores. Até esta data existem 130 trabalhadores nestas categorias, representando 47% da meta; estruturar a SEMDS com formalização nas áreas essenciais. A meta 18 “apresentar em sua estrutura todas as subdivisões administrativas previstas na PNAS (2004), que são: Proteção Social Básica; Proteção Social Especial com subdivisão de média e alta complexidade; Gestão Financeira e Orçamentária; Gestão de Benefícios Assistenciais e Transferência de Renda; Gestão do Trabalho, Regulação do SUAS e Vigilância Socioassistencial” até esta data apresenta somente a Proteção Social Básica, Proteção Social Especial, os demais serviços são realizados pelos departamentos dentro da estrutura organizacional da Secretaria, que não atende às exigências da PNAS (2004);

A próxima meta diz respeito à adequação da legislação Municipal à legislação do SUAS, meta 19. O município deveria possuir lei que regulamenta a Assistência Social e o SUAS. Sem esta regulamentação a assistência social não tem garantias de continuidade dos seus serviços, programas e projetos, tampouco pode contar com um percentual fixo da arrecadação do município;

A última meta não alcançada diz respeito à ampliação da participação de usuários e trabalhadores dos SUAS no Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, meta 20. A composição do CMAS para o biênio 2015/2016 não conta com esta participação.

As demais metas atribuídas para o município podem ser observadas no Quadro 03, abaixo.

Quadro 03 - Síntese do Pacto de Aprimoramento do SUAS - Município: Anápolis

Meta	Prioridade	Meta a ser atingida	Resultados do município	Situação
01	Acompanhar pelo PAIF ⁵ as famílias com até ½ salário registradas no Cadastro Único	3.049 famílias	1.046 famílias	Meta ainda não alcançada
02	Acompanhar pelo PAIF as famílias com membros integrantes do PBC	834 famílias	28 famílias	Meta ainda não alcançada
03	Inserir no CadÚnico os beneficiários do PBC	5.002 beneficiários	2.570 beneficiários	Meta ainda não alcançada
04	Acompanhar pelo PAIF as famílias beneficiárias do PBF	1.552 famílias	293 famílias	Meta ainda não alcançada
07	Ampliar cobertura da Proteção Social Básica nos municípios grande porte e metrópole	6 CRAS	3 CRAS	Meta ainda não alcançada
08	Aderir ao Programa BPC na Escola	Aderir ao BPC na Escola	O município aderiu	Meta alcançada
09	Ampliar a cobertura do PAEFI nos municípios com mais de 20.000 hab	2 CREAS	2 CREAS	Meta alcançada
15	Acompanhar pelo PAEFI ⁶ famílias com violação de direitos em decorrência do uso de substâncias psicoativas	2 CREAS ofertando o serviço	2 CREAS ofertam o serviço	Meta alcançada
17	Desprecarizar os vínculos trabalhistas	Garantir que 167 trabalhadores de nível médio e superior sejam empregados públicos estatutários ou celetistas	130 trabalhadores de nível médio ou superior são empregados públicos estatutários	Meta ainda não alcançada

⁵ PAIF – Programa de Atendimento Integral à Família (serviço ofertado pelos CRAS)

⁶ Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (serviço ofertado pelos CREAS)

			ou celetistas	
18	Estruturar as SMAS ⁷ com formalização de áreas essenciais	Garantir que o órgão gestor tenha instituído na sua estrutura formal as seguintes áreas: Proteção Social Básica, Proteção Social Especial com subdivisão de Média e Alta complexidade, Gestão Financeira e Orçamentária, Gestão de Benefícios Assistenciais e Transferência de Renda, área de Gestão do SUAS com competência de: Gestão do Trabalho, Regulação do SUAS e Vigilância Socioassistencial	Não possui todas as subdivisões administrativas constituídas na estrutura do órgão gestor	Meta ainda não alcançada
19	Adequar a legislação Municipal à Legislação do SUAS	Possuir Lei, atualizada, que regulamente a Assistência Social e o SUAS	Não possui legislação atualizada	Meta ainda não alcançada
20	Ampliar a participação dos usuários e trabalhadores nos Conselhos municipais de Assistência Social	Possuir na representação da sociedade civil do Conselho Municipal de Assistência Social representantes de usuários e trabalhadores do SUAS	0 representante(s) de usuários ou de organização de usuários, 1 representante(s) de organização de trabalhadores	Meta ainda não alcançada
21	Regularizar o CMAS ⁸ como instância de Controle Social do PBF	O CMAS deve ser a instância de Controle Social do Programa Bolsa Família	O CMAS é instância de Controle Social do PBF	Meta alcançada

Fonte: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Considerações finais

A ascensão da Assistência Social para o *status* de política pública foi um avanço para os usuários no sentido da promoção da garantia de direitos. Enquanto aparato normativo adquiriu complexidade e como tal requer ações mais competentes e qualificados do gestor público dos três entes federados.

No âmbito federal, em linhas gerais esta gestão tem sido satisfatória. O governo federal tem garantido todo o aparato legal e administrativo para a efetivação do SUAS pelos

⁷ SMAS – Secretarias Municipais de Assistência Social

⁸ Conselhos Municipais de Assistência Social

unidades federativas e os municípios, que compreende o aporte legal, capacitação, assessoria, além do repasse automático de recursos fundo a fundo.

No âmbito estadual percebe-se um encolhimento das ações do SUAS. O estado de Goiás tem atuado basicamente como agente fiscalizador, além de promover vez ou outra, ciclos de capacitação.

No âmbito do município, percebe-se que houve um expressivo avanço no que se refere à criação da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SEMDS, dentro da estrutura organizacional da Administração Municipal. Desde modo a assistência social ganhou *status* de Secretaria, com uma estrutura organizacional própria podendo ser habilitada para receber repasses de recursos federais e com autonomia para executar a política pública de assistência social.

Houve também avanço no que diz respeito à criação das Diretorias de Proteção Social Básica e Especial, desde modo os serviços podem ser realizados de forma a melhor atender as necessidades dos usuários.

Todavia observa-se que no campo da gestão municipal ainda existem muitos desafios. A regulamentação do SUAS e a desprecarização dos vínculos dos trabalhadores são os pontos que carecem de maior atenção, pois a partir destas conquistas, os outros avanços podem ser provocados e alcançados com maior agilidade.

Outro grande desafio, que extrapola o âmbito da gestão, é o rompimento com o paradigma que ainda persiste sobre a assistência social, que são relações baseadas em paternalismo e assistencialismo.

A política de assistência social e o SUAS vieram para garantir direitos, nesta perspectiva eles promovem o emponderamento dos cidadãos usuários e sua consequente autonomia.

Emponderamento e autonomia são dois pressupostos para o fortalecimento do Estado Democrático de Direitos.

Referências

CENSO SUAS 2011, 2012, 2013, 2014. Disponível em <http://aplicacoes4.mds.gov.br/sagicensocensosuas_2015/auth/index.php> Acessado em 29/11/2015.

COUTO, B. R., O Sistema Único de Assistência Social: Uma nova forma de gestão da assistência social - Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS, UNESCO, 2009.

CORREIA, Maria Valéria, Dicionário da educação profissional em saúde. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>>, acessado em 29/11/2015.

Diagnóstico Socioterritorial do Município de Anápolis, MDS. Disponível em <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/suasag/index.php>> Acessado em 25/11/2015.

DI GIOVANNI, G.. Sistema de Proteção Social: uma introdução conceitual. In Reforma do Estado e Políticas de Emprego no Brasil. Campinas/SP, UNICAMP, 1998.

LACERDA, S.S. P. de. A contribuição das ONG confessionais na consolidação da Assistência Social brasileira, *Anhanguera Educacional*, 2010.

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social – anotada. Brasília, MDS, 2009.

Lei 12.453 de 06/07/2011. Disponível em: <[HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL_03/_ATO2011-2014/2011/LEI/L12435.HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/L12435.htm)>
Acessada em: 25/11/2015

LEI COMPLEMENTAR Nº 230, DE 29 DE JUNHO DE 2010. Disponível em <<http://www.anapolis.go.gov.br/leis/>> Acessado em 20/11/2015

NOB SUAS – *Norma Operacional do Sistema Único de Assistência Social*. Brasília, MDS, 2013.

PANORAMA MUNICIPAL – ANÁPOLIS/GO, MDS. Disponível em <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/ri/carrega_pdf.php?rel=vulnerabilidades> Acessado em 21/11/2015

PEREIRA, P. A., A Assistência Social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pelo PNAS e pelo SUAS.

PNAS – Política Nacional de Assistência Social. Brasília, MDS, 2013.

RAICHELIS, R., Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas, 2010 - *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010.

RELATÓRIO DE INFORMAÇÕES DO PACTO DE APRIMORAMENTO DO SUAS. Disponível em <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/suasag/index.php>> Acessado em: 29/11/2015.

RESOLUÇÃO nº 18 de 15/07/2013 – do – CNAS. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2013/resolucoes-cnas-2013/>> Acessado em: 29/11/2015

RUA, M. G. Políticas Públicas. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009. 130 p. _____. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. In: RUA, Maria das Graças; VALADÃO, Maria Izabel. *O Estudo da Política: Temas Selecionados*. Brasília: Paralelo 15, 1998.

SOUZA, C. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45;

SPOSATI, A. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez Ed. n: 77, p. 50-53, 2005

SPOSATI, O. *Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes – Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: MDS, UNESCO, 2009.

TIPIFICAÇÃO NACIONAL DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS – Resolução nº 109 de 11/11/2009, Brasília, MDS, 2010.

SILVA, Maísa Miralva, Assistência social na realidade municipal: o SUAS e a prevalência do conservadorismo. R. Katál., Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2015