

A INTERFACE DA SAÚDE COM A ASSISTÊNCIA SOCIAL: USUÁRIOS DO HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS - HRAC É OS CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL/CRAS DE BAURU *

TITLE: THE INTERFACE OF HEALTH WITH SOCIAL ASSISTANCE: USERS FROM THE HOSPITAL FOR REHABILITATION OF CRANIOFACIAL ANOMALIES (HRAC) AND SOCIAL ASSISTANCE REFERENCE CENTERS/CRAS OF BAURU

Érika Nakamine**

Sonia Tebet Mesquita***

Silvana Aparecida Maziero Custódio****

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo evidenciar a interface da Saúde com a Assistência Social de usuários do HRAC, residentes em Bauru e sua relação com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Trata-se de pesquisa exploratória e com abordagem quanti-qualitativa desenvolvida com 55 famílias de pacientes, na faixa etária de 0 a 24 anos, pertencentes as classes Baixa Superior e Baixa Inferior. Entre os pesquisados 13 (24%) estavam matriculados no CRAS, utilizando-se dos serviços e participando de programas. Esta participação elevou a qualidade de vida das famílias (92%) e o apoio do Assistente Social no processo de acesso aos direitos e recursos foi citado pela maioria (80%). O teor dos programas desenvolvidos na área de assistência social (CRAS) e dos programas desenvolvidos na área da saúde (HRAC) revela a interface não só entre essas áreas como com outras políticas públicas, procurando contemplar o indivíduo na sua totalidade, assim como a intervenção do Assistente Social que, conjugando esses saberes, viabiliza a mediação necessária na garantia do acesso dos cidadãos aos seus direitos como tal.

* Este artigo foi apresentado ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo – HRAC/USP, localizado em Bauru/SP como parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Especialização em Serviço Social na Área da Saúde e Reabilitação.

** Assistente Social do Centro de Referência de Assistência Social-CRAS, especialista em Serviço Social na área de Saúde e Reabilitação pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), Bauru-SP.

*** Assistente Social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP mestre e doutora em Serviço Social pelo programa de Pós Graduação da Universidade Estadual Paulista (UNESP) câmpus de Franca, orientadora da pesquisa.

**** Assistente Social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – HRAC/USP doutora em Ciência da Reabilitação pelo Programa de Pós Graduação do HRAC/USP, coorientadora da pesquisa.

Palavras-chave: Saúde. Assistência Social. Políticas Públicas/CRAS

ABSTRACT: *The present study aims to show the interface of Health and Social Care of the HRAC users, living in Bauru and its relation to the Reference Centers of Social Care (CRAS). It is an exploratory research and quantitative and qualitative approach developed with 55 families, aged 0-24 years, belonging to the Low Inferior Class and Low Superior Class. Among the 13 respondents (24%) were enrolled in CRAS, using the services and participating in programs. This participation has raised the quality of life for families (92%), and support of the social worker in the process of access to rights and resources was cited by the majority (80%). The content of the programs developed in the area of social care (CRAS) and programs developed in health area (HRAC), reveals not just the interface between them but with other public policies, trying to consider the individual as a whole, as well as the intervention of the social worker that combining this knowledge, makes feasible the necessary mediation in ensuring citizens' access to their rights.*

Keywords: *Health. Social Care. Public Policies/CRAS*

INTRODUÇÃO

Na conjuntura atual, vemos o quanto avançamos na questão dos direitos sociais, sendo que a Assistência Social foi reconhecida como política social por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). “A expansão da política de assistência social vem demandando cada vez mais a inserção de assistentes sociais comprometidos com a consolidação do Estado democrático dos direitos, a universalização da seguridade social e das políticas públicas e o fortalecimento dos espaços de controle social democrático. Isso requer fortalecer uma intervenção profissional crítica, autônoma, ética e politicamente comprometida com a classe trabalhadora e as organizações populares de defesa de direitos”(CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a, p. 4).

Na área da Assistência Social, o município de Bauru conta com sete (7) Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), sendo uma unidade pública municipal, que constitui a porta de entrada dos usuários à rede de proteção social básica do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando à orientação e ao convívio sociofamiliar e comunitário. Neste sentido é responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral às Famílias (BAURU, 2009).

Na área da saúde, o município de Bauru conta com serviços de relevância, entre eles, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC), mais conhecido por Centrinho que tem por finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços a pessoas com anomalia craniofacial, síndrome relacionada e/ou distúrbio da audição. Esse é considerado, por profissionais nacionais e estrangeiros, um dos mais completos centros especializados de reabilitação na área, sendo seus serviços mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A saúde, conforme a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WORLD, 2011) “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Art. 3º, expõe que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 2006a).

Como pode ser visto, esses conceitos abarcam determinantes sociais que implicam e envolvem fatores que se interagem para garantir a seguridade do indivíduo e sugerem articulação entre as políticas sociais para dar conta das demandas.

O Serviço Social, com seu olhar interdisciplinar e visão holística dos sujeitos, desenvolve ações que integram as políticas sociais em seu campo, no caso do estudo, saúde e assistência social.

Diante deste contexto, surgiu o interesse em conhecer a realidade dos pacientes em tratamento no HRAC e o seu acesso ao CRAS para verificar como ocorre a interface entre as duas instituições e a dinâmica de acesso à rede sócio assistencial de Bauru.

Nesse estudo, os sujeitos são pacientes do HRAC residentes na cidade de Bauru, entre zero e 24 anos de idade, totalizando 205¹. A amostra é constituída daqueles com atendimento agendado nos meses de março e abril de 2011, totalizando 55.

Esses pacientes/responsáveis foram entrevistados com apoio de um formulário que aborda seu perfil, sua inserção no CRAS e/ou outro(s) serviço(s) sócioassistencial(ais), motivos da procura do recurso, facilidade/dificuldade de acesso e a contribuição do(s) Assistentes Sociais para tal (anexo1), seguido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2).

Como **objetivo geral** a pesquisa busca evidenciar a interface da Saúde com a Assistência Social de usuários do HRAC e como **específicos**: traçar o perfil socioeconômico e demográfico dos sujeitos; identificar a incidência de usuários do HRAC cadastrados no CRAS/Bauru; verificar os principais motivos da busca pelo recurso; identificar as modalidades de participação no CRAS e os reflexos na melhoria de condições de vida e verificar a contribuição do Assistente Social do HRAC e CRAS no acesso aos direitos sociais.

A pesquisa é exploratória, “por permitir aumentar a experiência em torno de um determinado problema”, (TRIVIÑOS, 1992, p. 109), com uma abordagem quanti-qualitativa. A relação dessas abordagens “não é de oposição, mas de complementaridade e de articulação”(MARTINELLI, 1999, p. 27).

A categoria teórica que sustenta o presente estudo envolve: Política de Saúde, Política de Assistência Social, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) e o Serviço Social.

1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A promulgação da Constituição de 1988 inaugurou um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade

¹ Dado fornecido pelo Serviço de Informática do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais em 28.02.2011.

Social, que universaliza os direitos sociais, concebendo a Saúde, a Assistência Social e a Previdência como questão pública, de responsabilidade do Estado com a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos, tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes (BRAVO, 2006).

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais se mostraram mais significativos. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde.

Destacam-se como fundamentos dessa proposta: a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. Tem como premissa básica a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRAVO; MATOS, 2006).

O Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

A promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, em interface com as demais, procura dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo

redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida, como direito.

Portanto, a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, medidas devem ser tomadas, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (BRASIL, 2006b).

Como um prestador de serviço público à população com anomalias craniofaciais, está o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – o maior centro nacional de referência na área das fissuras labiopalatinas.

1.1 Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC)

O Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC, também conhecido como Centrinho, localizado em Bauru-SP, tem por finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão dos serviços à população que apresenta anomalias craniofaciais (das quais as fissuras labiopalatinas são as mais frequentes) e/ou distúrbios de audição.

As fissuras labiopalatinas situam-se entre o terceiro ou quarto defeito congênito mais frequente e são causadas por muitos fatores (genéticos e ambientais), atuando só ou em associação. A reabilitação das pessoas com essas anomalias exige uma ação de alta complexidade como a desenvolvida pelo HRAC, reconhecido como centro de excelência pelo Ministério da Saúde,

de caráter interdisciplinar, com filosofia de atendimento focada na humanização e no tratamento integral, mantendo-se com recursos da USP e do SUS (Sistema Único de Saúde).

São de competência do HRAC, as seguintes atribuições: desenvolver atividades assistenciais de prevenção, tratamento, proteção e recuperação da saúde; promover e estimular o ensino e a pesquisa; colaborar no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais; manter intercâmbio cultural, nacional e internacional e prestar informações a diferentes órgãos, dentre outras.

A presença de uma malformação tem repercussões psicossociais para o indivíduo e família nos seus setores de pertencimento.

Como refere Amaral (1997, p. 512):

A fissura traz para o indivíduo uma série de contingências físicas, psicológicas, afetivas e sociais que produzem conseqüências, manifestadas em algumas características comumente encontradas no grupo, como: redução do auto-conceito, maior dependência dos pais, isolamento, esquiva de contatos sociais em situações novas, redução da “input” verbal, dificuldades verbais, entre outras.

Essas repercussões exigem da equipe uma postura interdisciplinar, para favorecer na reabilitação global.

No HRAC, a equipe interdisciplinar envolve as seguintes áreas: medicina, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem, nutrição, fisioterapia, pedagogia, recreação, dentre outras.

Até 28 de fevereiro de 2011, o HRAC contava com 50.159 pacientes só na área de fissuras labiopalatinas procedentes das diferentes regiões do país, assim distribuídos: Sudeste (61%), Sul (18%), Centro-Oeste (11%), Norte (5,0%), Nordeste (4,7%); além do Exterior (0,3%)². De um total de 5.565 municípios existentes no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO

² Dados fornecido pelo Serviço de Informática do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais em 28.02.2011.

DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), 3.701 (66,6%) estão cadastrados no HRAC-USP.

Entre esses pacientes, 434 são procedentes de Bauru, em tratamento e na faixa etária de zero a 24 anos, pertencentes à classe Baixa Inferior (BI) e classe Baixa Superior (BS), totalizando 252 pacientes que formam o universo desse estudo. As características dessas classes facilitarão sua compreensão:

Baixa Inferior: rendimento de zero a dois salários, número de membros de três a seis pessoas, escolaridade do responsável entre fundamental I incompleto e fundamental II incompleto, habitação cedida ou própria em condições precárias/insuficientes e o nível ocupacional entre trabalhadores rurais assalariados e empregados domésticos rurais e/ou urbanos;

Baixa Superior: rendimento de dois a nove salários, número de membros de três a seis pessoas, escolaridade do responsável entre fundamental II médio incompleto, habitação própria ou alugada em condições entre regular e boa e o nível ocupacional entre trabalhadores assalariados e autônomos (GRACIANO; LEHFELD, 2010).

1.1.1 Os pacientes pesquisados

Dentro do universo dos pacientes de Bauru foi constituída uma amostra por acessibilidade, formada de 55 pacientes em atendimento de 01/04 a 31/05 de 2011, (22% do universo).

Os maiores índices alcançados nas categorias definiram o perfil da amostra, com relação aos pacientes: a maioria estava na faixa etária de zero a 12 anos (53%), do sexo feminino (75%), cursando o ensino fundamental (24%), sem colocação profissional (89%), em virtude da faixa etária predominante. Entre os informantes: a maioria era a mãe, com escolaridade de ensino médio completo (33%) e fundamental II incompleto (31%), no entanto sem exercer uma atividade remunerada (55%), seguido de 24% que eram trabalhadores assalariados.

As características do perfil são parte dos indicadores constitutivos da metodologia para a classificação social de Graciano

e Lehfeld (2010), que por meio de cinco indicadores,³ chegou a seis classes sociais: Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI), Média (ME), Média Superior (MS) e Alta (A).

Ao todo, 78% estão classificados como pertencentes à classe Baixa Superior (BS) e, conseqüentemente, 22% à classe Baixa Inferior (BI).

Tal classificação sugere que tenha havido a busca de atendimento em algum serviço sócio assistencial como direito, previsto na Constituição Federal de 1988, quando se refere às políticas públicas.

2 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A promulgação da Constituição Federal, de 1988 (BRASIL, 1988), trouxe uma nova concepção para a Assistência Social brasileira. Incluída no âmbito da Seguridade Social e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em dezembro de 1993, como política social pública, a assistência social inicia seu trânsito para um campo novo: o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal. A LOAS cria uma nova matriz para a política de assistência social, inserindo-a no sistema do bem-estar social brasileiro concebido como campo de Seguridade Social, configurando num triângulo juntamente à saúde e à previdência social.

De acordo com o artigo primeiro da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993, p. 80):

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

Os objetivos da LOAS estão assim dispostos:

³ Os indicadores para a classificação socioeconômica: número de membros, escolaridade, ocupação, salário e condições de habitação.

- A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- O amparo às crianças e adolescentes carentes;
- A promoção da integração ao mercado de trabalho;
- A habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- A garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

A Política Nacional de Assistência Social foi aprovada em 2004 (BRASIL, 2005) – com a perspectiva de implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) –, reafirmando o compromisso com a materialização da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

Tal política realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, considerando as desigualdades socioterritoriais, visando seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais. Sob essa perspectiva, a Política Pública de Assistência Social objetiva:

- Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e/ou especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem;
- Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais em áreas urbana e rural;
- Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família e que garantam a convivência familiar e comunitária.

Sobre este contexto, "analisá-la pela ótica das necessidades que a população lhe apresenta significa conceber a assistência social como uma política com conteúdo específico, com um campo de provisão próprio. Isto significa a ruptura com as formas de concebê-la como política transversal às demais, delas processante, ou ainda uma política voltada exclusivamente para a pobreza. Em outras palavras, significa colocar a assistência social no mesmo patamar das demais políticas e não como sendo de caráter supletivo ou complementar" (MUNIZ, 2006, p. 148).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) dentro de seus preceitos estabelece cinco garantias de proteção social providas pela assistência social: da segurança da acolhida, da segurança do convívio ou vivência familiar, comunitária e social, de renda, do desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social e de sobrevivência a riscos circunstanciais.

O público usuário da política de Assistência Social são cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; 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 e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2005).

Os programas e projetos são executados pelas três instâncias de governo e devem ser articulados dentro do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2009a), que existe para definir e organizar a execução da política pública de assistência social, normatizando e possibilitando qualidade no atendimento, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede socioassistencial, hierarquizada em dois eixos: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial.

A **proteção social básica** destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (por discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras). Para tanto, são desenvolvidos programas diretamente nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e em outras unidades básicas e públicas de assistência social e, indiretamente, nas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência dos CRAS (BRASIL, 2009a).

A **proteção social especial** é dirigida a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (BRASIL, 2005). As atividades são realizadas nos Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) e demais entidades específicas direcionadas a este público.

As atividades da Proteção Especial são diferenciadas de acordo com níveis de complexidade (média ou alta) e conforme a situação vivenciada pelo indivíduo ou família.

São considerados **serviços de média complexidade** aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnica operacional e atenção especializada e mais individualizada, e/ou acompanhamento sistemático e monitorado (BRASIL, 2005).

Os **serviços de alta complexidade** são aqueles que garantem proteção integral - moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário (BRASIL, 2005).

No município de Bauru, a rede socioassistencial é formada, hoje pelos serviços prestados pela Secretaria do Bem Estar Social e por mais 39 entidades de assistência social, prestando 52 serviços socioassistenciais entre proteção básica e proteção especial (média e alta complexidade).

Esta Rede é organizada de forma territorializada nas regiões com maior densidade demográfica e de maior concentração de vulnerabilidade, abrangendo aproximadamente cinco mil famílias cada uma e se compõe de um Centro de Referência de Assistência Social e de um conjunto de outros serviços socioassistenciais (BAURU, 2009).

Assim, a ênfase é dada à territorialização das redes de proteção social com enfoque no cidadão alvo da política da assistência social, de forma a facilitar o seu acesso, articulando as políticas setoriais e os serviços socioassistenciais já existentes na cidade (BAURU, 2009).

A organização de redes territorializadas de proteção social básica nas regiões de maior concentração de pobreza priorizou os bairros: Nova Bauru, Ferradura Mirim, Jardim Ferraz, Parque Santa Cândida, Nove de Julho, Distrito de Tibiriçá e Godoi, que contam com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

2.1 O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

O CRAS é uma unidade de proteção social básica do SUAS e tem como objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania.

Ele tem sido um equipamento de fundamental importância na realidade das famílias, posto a sua prerrogativa de proporcionar a melhoria da qualidade de vida.

Ele está localizado em áreas de vulnerabilidade social, que abrangem a um total de até 2.500 famílias/ano. Executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social (BRASIL, 2009a).

O CRAS tem como funções exclusivas: a oferta do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à família - PAIF e a gestão

territorial da rede socioassistencial de Proteção Social Básica (BRASIL, 2009a, p. 11).

As duas funções do CRAS são complementares e interdependentes, pois a oferta do PAIF viabiliza o encaminhamento dos usuários para os serviços (no CRAS ou no território) e disponibiliza informações - sobre demandas a serem respondidas, potencialidades a serem fortalecidas - que contribuem para a definição de serviços socioassistenciais necessários. Já a gestão da proteção básica no território garante que a ação com a família, exercida através do PAIF, seja o eixo em torno do qual os serviços locais se organizam e que os encaminhamentos feitos pelo CRAS tenham efetividade e resolutividade. O CRAS tem por função ofertar, de forma exclusiva e obrigatória, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF, independentemente de sua fonte financiadora (BRASIL, 2009b, p. 43).

Programas e serviços dispostos no território do CRAS:

- Programa de Atenção Integral às Famílias;
- Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza;
- Centros de Convivência para Idosos;
- Serviços para crianças de zero a seis anos, que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos das crianças;
- Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de seis a 24 anos, visando sua proteção, socialização e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- Programas de incentivo ao protagonismo juvenil e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- Centros de informação e de educação para o trabalho, voltados para jovens e adultos (BRASIL, 2009a).

O CRAS realiza sob orientação do gestor municipal de Assistência Social, o mapeamento e a organização da rede socioassistencial de proteção básica e promove a inserção das famílias nos serviços de assistência social local. Promove também o encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, possibilitando o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos (BRASIL, 2004b).

Para tanto, o CRAS conta com uma equipe de referência constituída por diferentes profissionais que serão responsáveis pela gestão territorial da proteção básica, organização dos serviços ofertados no CRAS e pela oferta do PAIF. Sua composição é regulamentada pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS - NOB-RH/SUAS (BRASIL, 2006c, p. 14).

O público-alvo dessas unidades são os cidadãos em situação de vulnerabilidade da cidade de Bauru; neste estudo, especificamente, são famílias de pacientes do HRAC que, em virtude da complexidade do processo de reabilitação aliada às suas condições sociais - a maioria pertencente às classes baixas – configuram-se em usuários em potencial desse serviço.

2.1.1 Os pacientes e o CRAS

A busca, o acesso e a participação em um recurso socioassistencial é um direito nem sempre concretizado, dificultando a mudança do status de vulnerabilidade das famílias.

Sobre o CRAS - um recurso dirigido a essas famílias - os pesquisados foram questionados sobre conhecimento e apenas 13 (24%) sabiam de sua existência e estão matriculados; entre esses 13, 56% pertenciam à classe Baixa Inferior (BI) e 46% à Baixa Superior (BS).

O conhecimento que obtiveram sobre o CRAS foi por meio de amigos, parentes e escola (23% cada), em atendimento nos Postos

de Saúde (15%) e por meio do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e Secretaria do Bem Estar Social – SEBES (23%).

Um índice tão baixo de conhecimento revela a falta de divulgação das políticas públicas pela precariedade da socialização de informação que, primeiramente, seria uma “tradução” de informação para o público em geral.

Socializar informações permite que um maior número de pessoas possa ter as mesmas oportunidades, no caso a assistência social que é de direito.

Entre os 42 pacientes (76% da amostra) que não conheciam o CRAS, todos gostariam de receber informações sobre seus programas e atividades desenvolvidas (100%).

Entre os 13 pacientes matriculados nos CRAS, o concebem como um recurso temporário diante de uma situação momentânea que: viabiliza cursos gratuitos (23%), atende pessoas “carentes” (23%), tem atividades para crianças (8%) e possibilita o cadastro de programas sociais – Bolsa Família, Renda Cidadã e Ação jovem (46%).

Esses 13 pesquisados estão cadastrados em cinco CRAS, a saber: IX de Julho (38%), Ferradura Mirim (23%), Ferraz (15%), Santa Cândida (9%) e Nova Bauru (15%), áreas de vulnerabilidade na cidade de Bauru priorizadas pela rede de proteção de social básica.

As famílias desses 13 pacientes não encontraram dificuldade para seu ingresso no CRAS e a busca desse recurso se deu pelos seguintes motivos:

- **Inserção dos filhos em atividades educativas (15%):** as famílias investem em atividades para ocupar o tempo ocioso dos filhos, para que estes preencham este espaço com ações o que favoreçam o desenvolvimento da identidade, despertando sentimento de pertencimento e prevenindo situações de risco social.
- **Participação em cursos profissionalizantes (9%):** “a capacitação profissional faz com que as pessoas se tornem mais aptas para a vida e a cidadania” (ANANIAS, 2009, p. 6).

- **Cadastro nos programas sociais (46%):** esses programas “visam o repasse direto de recursos dos fundos de Assistência Social ou de outras fontes de recursos aos beneficiários, como forma de acesso à renda, visando o combate à fome, à pobreza e outras formas de privação de direitos, que levem a situação de vulnerabilidade social, criando possibilidades para a emancipação, o exercício da autonomia das famílias e indivíduos atendidos e o desenvolvimento local” (BRASIL, 2010a, p. 85-86).
- **Atendimento psicológico (15%):** o profissional de psicologia atua com compreensão dos processos subjetivos que podem gerar ou contribuir para a incidência da vulnerabilidade e risco social dos usuários/famílias com o objetivo de prevenir situações que possam gerar quebra de vínculos familiares e comunitários e favorecer o desenvolvimento da autonomia dos usuários e o reforço de sua identidade como cidadão (BRASIL, 2009a).
- **Benefícios eventuais (15%):** configuram-se como elementos potencializadores da proteção ofertada pelos serviços de natureza básica ou especial, contribuindo, dessa forma, com o fortalecimento das potencialidades de indivíduos e familiares (BRASIL, 2010b).

As expectativas dos usuários vão ao encontro do impacto esperado na Resolução n. 109, aprovada na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009b).

O CRAS desenvolve serviços assistenciais que, de acordo com o art. 23, da LOAS (BRASIL, 1993, p. 89): “são atividades continuadas que visem a melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nesta lei.”

Ações da Secretaria Municipal do Bem Estar Social (SEBES) e da rede sócio assistencial ofertadas através do CRAS (BAURU, 2011):

- **Centro de Convivência da Criança de seis meses à nove anos/CCCRI:** com o objetivo de possibilitar às crianças a convivência e a socialização, enquanto suas famílias participam dos serviços da rede socioassistencial.
- **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças e adolescentes de cinco anos e seis meses a 14 anos e 11 meses:** com o objetivo de proteger e possibilitar o desenvolvimento da convivência, autonomia e cidadania de crianças e adolescentes, tendo como princípio fundamental a complementaridade de propósitos e de ações entre a família, a escola e a comunidade, prevenindo situações de risco pessoal e social.
- **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Adolescentes e Jovens/Pró-Jovem:** com o objetivo de proporcionar condições de inserção, reinserção e permanência no sistema educacional, bem como o fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e de pertencimento, a construção da cidadania, ampliação de seu universo informacional, cultural, com vistas à conquista de interlocução política e social na perspectiva do protagonismo juvenil.

Este serviço destina-se aos adolescentes e jovens de 14 a 17 anos, provenientes de famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social, prioritariamente aqueles: a) pertencentes à família beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF), na faixa etária de 15 a 17 anos (PróJovem); b) egressos de medida sócioeducativa de internação ou em cumprimento de outras medidas sócioeducativas, conforme disposto na Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); c) em cumprimento ou egressos de medida de proteção, conforme disposto na Lei n. 8.069, de 1990; d) egressos do Programa de

Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); e) egressos ou vinculados a programas e serviços de combate ao abuso e à exploração sexual; f) adolescentes e jovens de famílias com perfil de renda de programas de transferência de renda; g) jovens com deficiência, em especial beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC); h) jovens fora da escola; i) jovens inseridos no Programa Ação Jovem; j) egressos dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes; k) jovens que estejam em situação de abrigo, e em acompanhamento pelo Programa Resgatando a Convivência Familiar e Comunitária.

- **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos:** com o objetivo de proporcionar ao idoso a convivência social, a participação comunitária, cultural, esportiva e de lazer, visando à melhoria de suas relações sociais e estimular e fortalecer a convivência. Atende pessoas com idade superior a 55 anos ou em acelerado processo de envelhecimento, de ambos os sexos, preferencialmente encaminhados pelos CRAS.
- **Serviço de Inclusão Produtiva - divide-se em duas etapas**
 1. **Preparação para o Trabalho e Renda:** objetivo de fomentar a formação de empreendimentos populares solidários autossustentáveis por meio do desenvolvimento de competências técnicas, humanas e gerenciais, a fim de fortalecer a autonomia e promover a inclusão social. Atende usuários a partir de 16 anos, oriundos dos territórios de vulnerabilidade social, encaminhados preferencialmente pelos CRAS.
 2. **Preparação para o Primeiro Emprego:** seu objetivo é possibilitar o reconhecimento do

trabalho e da educação como direito de cidadania e desenvolver conhecimentos sobre o mundo do trabalho e competências específicas e básicas. Atende adolescentes com idade compreendida entre 15 anos e seis meses a 18 anos, de ambos os sexos, escolaridade mínima de 9º ano (correspondente à 8ª série do ensino fundamental), matriculados na rede pública de ensino e pertencentes a famílias em situação de vulnerabilidade social.

- **Pronto Atendimento Social (PAS) / Serviço de Documentação Civil (SEDOCOT):** o objetivo é fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida. Atende famílias em situação de vulnerabilidade e/ou risco social, em decorrência da situação de pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, encaminhadas pelo CRAS e CREAS.

Além destas atividades, o CRAS realiza **reuniões socioeducativas** com as famílias, contendo palestras sócio-educativas e dinâmicas de grupo a fim de interagir, trocar experiências de vida, através de temas relacionados à saúde, educação, cidadania, vida familiar e comunitária, direito e deveres sociais visando aquisição de conhecimento e emancipação social.

Embora estejam matriculados no CRAS, entre esses 13 pesquisados apenas quatro (31%) se utilizam dos serviços oferecidos: inclusão produtiva (25%), serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para adolescentes e jovens (25%), Pronto Atendimento Social (25%) e reunião socioeducativa (25%).

Entre os nove pacientes matriculados no CRAS (69%), mas que não utilizam, não o fazem porque:

- não precisam (22%)
- apesar de matriculado não tem conhecimento dos serviços prestados (33%)

- atualmente reside a uma longa distância do recurso (12%)
- não tem disponibilidade de tempo para frequentar (33%)

No entanto, todos (nove pacientes) já se utilizaram dos serviços oferecidos pelo CRAS: inclusão produtiva (22%), serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para adolescentes e jovens (11%) e reuniões sócio-educativas (67%).

O CRAS, além de oferecer serviços, desenvolve programas de assistência social que, conforme o art. 23 da LOAS (BRASIL, 1993, p. 89), “compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais”.

Os programas operacionalizados pelo CRAS são:

- **Renda Cidadã:** é um programa de transferência de renda do governo do Estado de São Paulo, sendo direcionado a famílias em situação de pobreza com renda per capita de até meio salário mínimo, tendo o objetivo de garantir a melhoria das condições de vida da família por meio de ações socioeducativas e geração de renda.
- **Bolsa-família:** é um programa de transferência de renda criado pelo governo federal no propósito de garantir às famílias em situação de pobreza o direito à alimentação, educação, saúde e demais políticas sociais. O critério estabelecido para inclusão das famílias no programa se baseia pela renda e presença de crianças de zero a 17 anos.
- **Ação Jovem:** é um programa de transferência de renda do governo do Estado de São Paulo, voltado para jovens de 15 a 24 anos, com ensino fundamental e/ou médio incompleto, matriculado no ensino regular de educação básica ou ensino de jovens e adultos - EJA, cuja renda per capita não exceda a meio salário mínimo. Seus objetivos se referem a incentivar o retorno ou a permanência na escola; estimular a conclusão do ensino

médio; promover ações complementares; propiciar o acesso a cursos profissionalizantes e favorecer a iniciação no mercado de trabalho.

- **Programa Viva Leite:** é direcionada a crianças de seis meses a seis anos de idade, a distribuição gratuita de 15 quotas de litros de leite de acordo com renda de até dois salários mínimos, e famílias cujo provedor esteja desempregado, recluso e cujas mães sejam arrimos de família.
- **Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI):** envolve um conjunto de ações visando à retirada de crianças e adolescentes de até 16 anos das práticas de trabalho infantil, exceto na condição de aprendiz a partir de 14 anos. As atividades desse programa são articuladas com a rede de proteção especial.

É necessário esclarecer que as pessoas matriculadas no CRAS podem se utilizar de seus serviços e/ou ser beneficiárias de programas – uma ação não está vinculada à outra.

Entre os 13 matriculados, no momento cinco (38%) estão se beneficiando dos programas no CRAS: renda cidadã (40%), bolsa família e PETI (60% cada).

Entre os oito restantes, apenas um, pertencente à classe BI (12%) e já se beneficiou de três programas: bolsa família, renda cidadã e ação jovem.

Independentemente de estarem utilizando o(s) serviço(s) e participando de programa(s), os 13 pesquisados foram questionados quanto a mudanças na condição de vida da família após sua inserção no CRAS e 12 (92%) confirmaram que elas ocorreram principalmente no que se refere à:

- **Qualidade de vida,** como um todo (75%): que “envolve o bem físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e também a saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias da vida”(QUALIDADE, 2011).

- **Inserção no mercado de trabalho (17%):** O trabalho tem um enorme significado na vida das pessoas, além da produção de bens materiais, traz dignidade e o acesso à cidadania, “em uma sociedade, que se organiza por esta lógica de mercado, as pessoas são importantes enquanto são produtivas e quando não produzem, é como se já não fossem nem sequer seres humanos” (MARTINELLI, 2006, p. 11).
- **Melhoras na área da saúde (8%):** “A saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida”(BUSS, 2003).

Esses itens, mesmo sendo citados individualmente, são variáveis da qualidade de vida, que abarca vários níveis e exige uma compreensão interdisciplinar.

“O enfoque interdisciplinar é adotado como processo de trabalho no âmbito do SUAS, a partir da compreensão de que o principal objeto de ação da política de assistência social - as vulnerabilidades sociais - não são fenômenos homogêneos e simples, mas complexos e multifacetados, que exigem respostas diversificadas alcançadas por meio de uma coesão ideológica e ética dos profissionais envolvidos, de ações integralizadas e contextualizadas” (BRASIL, 2009a, p. 64).

Considerando que para oferecer serviços e desenvolver programas, o CRAS conta com uma equipe na qual o profissional do Serviço Social está inserido, esse tema será abordado a seguir.

3 O SERVIÇO SOCIAL

O Serviço Social caracteriza-se como uma profissão interventiva que busca principalmente a garantia e o acesso aos direitos da população e a complexidade da realidade é trabalhada pelo Serviço Social na viabilização do “acesso e defesa de direitos civis, sociais e políticos; favorecer a participação de cidadãos e cidadãs

em processos decisórios que lhes dizem respeito, ampliar o acervo de informações necessárias à obtenção de serviços e direitos sociais, estimular a vivência e a aprendizagem de processos democráticos nas situações e relações quotidianas”(IAMAMOTO, 2005, p. 111).

“O Serviço Social é uma profissão que tem um compromisso com a construção de uma sociedade humana, digna e justa”(MARTINELLI, 2006, p. 12), assim, a prática profissional constrói-se junto com os usuários, com base em conhecimentos específicos, numa análise crítica da conjuntura atual, frente aos acontecimentos sociais que interferem no modo de vida dos sujeitos sociais.

3.1 O Serviço Social no CRAS

A função da assistência social estabelecida na Política Nacional de Assistência Social é garantir proteção social básica e especial e as atribuições e competências dos (as) profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na política de Assistência Social ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados.

O Assistente Social trabalha em equipe e, segundo (BRASIL, 2009a, p. 61), suas atribuições no CRAS são:

- Acolhida, oferta de informações e realização de encaminhamentos às famílias usuárias do CRAS;
- Planejamento e implementação do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), de acordo com as características do território de abrangência do CRAS;
- Mediação de grupos de famílias dos PAIF;
- Realização de atendimento particularizado e visitas domiciliares às famílias referenciadas ao CRAS;
- Desenvolvimento de atividades coletivas e comunitárias no território;

- Apoio técnico continuado aos profissionais responsáveis pelo(s) serviço(s) de convivência e fortalecimento de vínculos desenvolvidos no território ou no CRAS;
- Acompanhamento de famílias encaminhadas pelos serviços de convivência e fortalecimento de vínculos ofertados no território ou no CRAS;
- Realização da busca ativa no território de abrangência do CRAS e desenvolvimento de projetos que visam prevenir aumento de incidência de situações de risco;
- Acompanhamento das famílias em descumprimento de condicionalidades;
- Alimentação de sistema de informação, registro das ações desenvolvidas e planejamento do trabalho de forma coletiva;
- Articulação de ações que potencializem as boas experiências no território de abrangência;
- Realização de encaminhamento, com acompanhamento, para a rede socioassistencial;
- Realização de encaminhamentos para serviços setoriais;
- Participação das reuniões preparatórias ao planejamento municipal ou do DF;

Participação de reuniões sistemáticas no CRAS, para planejamento das ações semanais a serem desenvolvidas, definição de fluxos, instituição de rotina de atendimento e acolhimento dos usuários; organização dos encaminhamentos, fluxos de informações com outros setores, procedimentos, estratégias de resposta às demandas e de fortalecimento das potencialidades do território”.

Essas competências se revestem de dimensões que: potencializam a orientação social com vistas à ampliação do acesso

dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais; permitem uma intervenção na perspectiva da socialização da informação, mobilização e organização popular; estimulam a construção de estratégias para fomentar a participação, reivindicação e defesa dos direitos pelos (as) usuários (as) e Conselhos, Conferências e Fóruns da Assistência Social e de outras políticas públicas; dirigem-se para produção intersetorial e interdisciplinar de propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos cidadãos se materializam na realização sistemática de estudos e pesquisas que revelem as reais condições de vida e demandas e podem alimentar o processo de formulação, implementação e monitoramento da política de Assistência Social (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010a).

3.2 O Serviço Social no HRAC

A política de saúde pautada nos preceitos do SUS, implementada pela Lei Orgânica da Saúde - LOS estabelece como fundamentos, a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações (BRAVO e MATOS, 2006).

Entre as demandas para o Assistente Social na área da saúde está o trabalho com as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade, trabalho interdisciplinar, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010b).

Conforme os parâmetros para o trabalho do Assistente Social na área da saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010b), as ações que competem ao profissional dentre quatro eixos: **a)** atendimento direto aos usuários (ações

socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas); **b)** mobilização, participação e controle social; **c)** investigação, planejamento e gestão e **d)** assessoria, qualificação e formação profissional.

Tais demandas exigem do profissional de Serviço Social uma leitura crítica da realidade, uma compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, aliada à apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade.

Como categoria, é necessário que o profissional compreenda o significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade.

Buscando a consonância com os parâmetros acima citados, está o Serviço Social do HRAC que tem como objetivo assegurar às pessoas com anomalias craniofaciais o acesso ao tratamento e a sua continuidade, para garantir sua inclusão numa política de saúde, como direito, sob os ditames do Código de Ética da profissão.

Para atender a esses objetivos e às demandas postas, são desenvolvidos programas em nível de: Ambulatório, Internação e Projetos Comunitários (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007), a saber:

- **Acolhimento e atendimento de casos novos** contribuindo com o processo de humanização e preparando os usuários para o início e a continuidade do tratamento;
- **Assistência contínua ao pacientes e familiares** em ambulatório e internação por meio de plantão, *in loco* e à distância;
- **Atendimento à gestante e familiares com diagnóstico prévio de ocorrência de bebês com anomalias craniofaciais** para apoio psicossocial e orientação, preparando-os para o nascimento e processo de reabilitação;

- **Acolhimento e humanização na sala de espera** para qualificar o tempo de espera dos usuários;
- **Integração e dinamização hospitalar**, preparando o paciente para uma participação efetiva nos programas hospitalares e facilitando o período de hospitalização;
- **Mobilização de recursos comunitários**, envolvendo parcerias com recursos socioassistenciais locais e da cidade ou região de origem do paciente;
- **Capacitação de agentes multiplicadores**: voluntários - pais coordenadores (representantes dos usuários) - e profissionais ou leigos (representantes comunitários), para o processo participativo e organizativo, em apoio aos pacientes e o processo de reabilitação;
- **Parceria com Prefeituras Municipais** para intercâmbio e apoio ao processo de reabilitação dos pacientes;
- **Projeto Carona Amiga**: desenvolvido em parceria com as prefeituras, consiste na liberação da condução municipal para transporte dos pacientes agrupados por municípios para atendimento em um mesmo dia;
- **Assessoria a associações de pais e pacientes, núcleos de atendimento e subsedes/unidades ambulatoriais vinculadas ao HRAC** com objetivo de colaborar no processo de capacitação de recursos humanos dos serviços de apoio;
- **Prevenção e controle de abandono de tratamento**, mobilizando diferentes esferas: famílias, coordenadores, prefeituras municipais, associações e promotorias públicas.

3.3 O Serviço Social no acesso aos direitos

O acesso e a defesa dos direitos humanos é um dos princípios fundamentais do Código de Ética do profissional de Serviço Social, de 1993 (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO

SOCIAL, 2006) e nesse estudo os pesquisados (55 pacientes) foram questionados quanto ao apoio/orientação do Assistente Social para o acesso aos serviços socioassistenciais.

Foi constatada a participação do profissional de Serviço Social para o processo de acesso aos recursos entre 35 famílias (64%).

Entre essas famílias, a maioria (80%), contou com a intervenção do Assistente Social do HRAC e 6% com a do CRAS; 14% tiveram o apoio de ambos: Assistentes Sociais do HRAC e CRAS.

A intervenção do Assistente Social foi em forma de encaminhamento (8%), socialização de informações (23%) e a maioria (71%) contou com ações integradas: encaminhamento, socialização de informações e orientações diversas.

A avaliação da contribuição do Assistente Social nesse processo foi considerada ótima (74%), boa (23%) e apenas um pesquisado (3%) a classificou de ruim, em virtude da falta de compreensão às suas limitações por parte do profissional, contrariando o que Martinelli (2006, p. 12) diz: “A nobreza do nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, e conhecer a sua história, considerar a sua dignidade”.

Entre as 21 famílias que não contaram com o apoio do Assistente Social, 5% não tiveram contato com o profissional e 95% não solicitaram intervenção nesse sentido.

Voltando ao universo da pesquisa (55 pacientes), independentemente de serem matriculados e fazerem uso do CRAS, eles utilizam outros recursos socioassistenciais, encaminhados pelos Assistentes Sociais do HRAC, como:

- Creche;
- Hospital Estadual de Bauru (HEB);
- SENAI;
- Preparação para o 1º Emprego: CIPS e Legião Mirim;
- Maternidade Santa Isabel;
- Hospital das Clínicas;
- Ambulatório de Especialidades;
- Hospital de Base;
- Unidade básica de Saúde;
- Conselho Tutelar;

- Defensoria pública;
- Paiva;
- PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu melhor conhecimento do CRAS – uma iniciativa dentro da Política de Assistência Social – e também sobre a interface da saúde com a assistência.

Esta interface também foi constatada como uma prática há muito viabilizada no HRAC - um recurso público na área de saúde.

O CRAS como um recurso de assistência social, por meio de seus programas e serviços, é abrangente e contempla níveis do cotidiano fragilizados pela condição de vulnerabilidade em que se encontram seus usuários – razão de sua criação.

A incidência de pacientes/famílias cadastradas foi relativamente baixo (24%) apesar do acesso ao CRAS ser viável, sem dificuldade. Os motivos da procura pelo recurso focaram no cadastro de programas sociais, além da inserção em atividades educativas (preocupação com o tempo ocioso), atendimento psicológico (imprescindível em alguns casos) e benefícios eventuais (que suprem algumas carências circunstanciais).

Os serviços utilizados e os programas mais procurados revelaram, além da situação de vulnerabilidade econômica dos cadastrados, a preocupação dos responsáveis pelo desenvolvimento social dos adolescentes, o interesse por informações/discussão sobre assistência e saúde, o bom relacionamento familiar, modalidades abrangidas pelos programas oferecidos pelo CRAS e que tiveram reflexos na melhoria da condição de vida dos usuários.

No entanto, o que se percebeu entre os pesquisados é que, apesar de sua abrangência quanti-qualitativa, a maioria desconhece o CRAS e na sua totalidade, interessaram-se por conhecê-lo após esclarecimentos do Assistente Social, durante a pesquisa, confirmando a importância da socialização de informações por parte do profissional, de acordo com os parâmetros para sua atuação.

A intervenção do profissional de Serviço Social - a maioria do HRAC - no acesso aos direitos e recursos socioassistenciais foi identificada pelos pesquisados e avaliada como ótima pela maioria.

Finalizando, o teor dos programas desenvolvidos na área de assistência social (CRAS) e os desenvolvidos na área da saúde (HRAC) revelam a interface não só entre essas áreas como entre outras políticas públicas, procurando contemplar o indivíduo na sua totalidade, assim como a intervenção do Assistente Social que, conjugando esses saberes, viabiliza a mediação necessária na garantia do acesso dos cidadãos aos seus direitos como tal.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V.L.A.R. Aspectos psicossociais. In: ALTMAN, E.B.C. **Fissuras Labiopalatinas**. 4. ed. São Paulo: Pro-Fono; 1997. p. 501-14.

ANANIAS, P. Inclusão no mercado de trabalho. **Jornal MDS**, Brasília, n. 12, p. 6-7, fev., 2009.

BAURU. (Município). Secretaria do Bem Estar Social. **Plano municipal de assistência social: 2009-2012**. Bauru: Secretaria do Bem Estar Social, 2009. p. 25.

_____. **Ações da Secretaria Municipal do Bem Estar Social (SEBES) e da rede sócioassistencial previstas para 2011**. Bauru: Secretaria do Bem Estar Social, 2011. p. 41.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993a. (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS). Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Brasília, 7 Dez. 1993. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. (org.) **Legislação Brasileira para o serviço social: coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação da assistente social**. São Paulo: Conselho, 2004. p. 80-94.

_____. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 22 jun. 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política pública de assistência social. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social: PNAS/2004 Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005. p. 31-38.

_____. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 9^o Região. **Legislação Brasileira para o Serviço Social: coletânea de leis; decretos e regulamentos para instrumentação da (o) assistente social**. 2. ed. rev. ampl. atual. São Paulo: Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 9^a Região, 2006a., p. 263-283.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b., p. 60. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política pública de assistência social. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Sistema Único de Assistência Social – SUAS: Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do NOB-RH/SUAS**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006c., p. 45.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistência Social. Equipe de Referência do CRAS. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistência Social. **Orientações técnicas Centro de Referência de Assistência Social - CRAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Tipificação nacional de serviços socioassistenciais: texto da resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 nov., 2009b., p. 48. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/sobreministerio/legislacao/assistenciasocial/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf> Acesso em: 03 maio. 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Qualificação dos serviços. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **NOB SUAS 2010: Aprimoramento da Gestão e Qualificação dos Serviços Socioassistenciais**. Brasília: 4 ago., 2010a., p. 82-114. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/mural/arquivos/nob-suas-2010-minuta-consulta-publica-final.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Benefícios assistenciais**. Brasília: MDS, 2010b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais>. Acesso em: 20 jul. 2011.

BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 88, n.1 , p. 75-100, nov., 2006.

BRAVO, M. I. S.; MATOS M. C. Projeto ético político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária. In: Mota (orgs) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, n. 1, p. 165-187, jul., 2006.

BUSS, P. M. Saúde, sociedade e qualidade de vida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Invivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=34&sid=8>. Acesso em: 18 jul. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Código de ética do assistente social: resolução CFESS n.273, de 13 de março de 1993. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 9ª Região. **Legislação brasileira para o serviço social**: coletânea de leis; decretos e regulamentos para instrumentação da (o) assistente social. 2. ed. rev. ampl. atual. São Paulo: Conselho Regional de Serviço Social do Estado de São Paulo, 9ª Região, 2006, p. 38-49.

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de assistência social**. 3. ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2010a., p. 39. (Trabalho e Projeto Profissional nas políticas sociais)

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 2010b., p. 47.

GRACIANO, M.I.G.; TAVANO, L.D.A.; BACHEGA, M.I. Aspectos psicossociais da reabilitação. In: TRINDADE, I.E.K.; SILVA FILHO, O.G. da (Orgs.). **Fissuras labiopalatinas**: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Santos, 2007, p. 311-333.

GRACIANO, M.I.G.; LEHFELD, N.A.S. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 9, n. 9, p. 157-185, jul., 2010.

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 9. ed. São Paulo: Cortez. 2005, p.111.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Brasília: Ministério do Planejamento, orçamento e gestão, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse>. Acesso em: 20 jul. 2010

MARTINELLI, M.L. Reflexões sobre o serviço social e o projeto ético político profissional. **Rev. Emancip.**, Ponta Grossa, v. 6, n.1, p. 9-23, mar., 2006

MARTINELLI, M.L. (org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999, p. 27

MUNIZ, E. Suas e os serviços socioassistenciais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 88, n. 1, p. 139-159, nov., 2006.

QUALIDADE de vida. **Wikipedia**, 2011. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Qualidade_de_vida. Acesso em: 18 jun. 2011.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1992, p.109

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition of health. **World Health Organization**, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html> Acesso em: 14 jun. 2011