

ASSISTÊNCIA SOCIAL NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR, O PAPEL DOS CRAS¹.

Maria Cristina Gomes da Conceição²
Elaine Ferreira e Ferreira³
Beatriz Pacheco Portela⁴

RESUMO: *A assistência social ao longo dos anos transformou-se, de viés assistencialista e caridoso, adquiriu caráter de direito, fazendo parte do tripé da seguridade social, juntamente com a saúde e previdência. Desta forma, marcos legais derivados da Constituição Federal de 1988, como a LOAS (1993), a PNAS (2004) e o NOB/SUAS surgem para consolidar a implementação de uma política e um sistema integral de Assistência Social que hoje assumem, dentre outros objetivos, organizar, definir e dirigir, serviços e ações tendo na matricialidade familiar, na territorialização e na descentralização estratégicas para o desenvolvimento de um trabalho socioassistencial. Desta forma, os Centros de Referências de Assistência Social surgem como forma de materialização da política social, servindo para os usuários como porta de entrada aos programas da Proteção Social Básica. Isso posto, o presente artigo tem como objetivo analisar a situação dos CRAS nos quatro municípios mais populosos da Região Metropolitana de Salvador: Camaçari, Lauro de Freitas, Salvador e Simões Filho. Discute-se a respeito da evolução da política e do sistema de assistência social no Brasil, bem como busca-se, a partir de análise quantitativa de dados extraídos do CadSUAS, descrever e analisar a composição profissional das equipes dos CRAS nestes municípios.*

Palavras-chave: Política Social. CRAS. Recursos humanos. Regras institucionais

Abstract: *Over the years, social assistance moved from the charity perspective to acquire a character of law and a part of the tripod of social security system along with health and welfare. Thus, legal frameworks derived from the Constitution of 1988, as the LOAS (1993), PNAS (2004) and the NOB / SUAS arise to strengthen the implementation of a social policy and a comprehensive system of social assistance which currently assume, among other objectives, organizing, defining and directing services and actions taking families, territory and strategic decentralization the axis for the development of social assistance. Thus, the Reference Centers for Social Assistance (CRAS) arise as a materialization of this form of politics, serving for the users as the gateway to the Basic Social Protection programs. That said, this article aims to analyze the situation of CRAS in the four most populous counties in the Metropolitan Region of Salvador: Camaçari, Lauro de Freitas, Simões Filho and Salvador. It discusses about the evolution of politics and social care system in Brazil, as well as results of quantitative analysis of data extracted from CadSUAS, describing and analyzing the composition of teams of professional working at CRAS in these municipalities.*

¹ O presente artigo apresenta análises e resultados parciais do Projeto de Pesquisa intitulado: “O lugar estratégico da família para a integração de ações e políticas de proteção e desenvolvimento social na Região Metropolitana de Salvador, BA”, financiado pelo CNPq e MDS.

² Autora - Professora do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea – PPGFSC-UCSal. E-mail: cristinagomesmx@gmail.com.

³ Coautora - Pesquisadora bolsista do Projeto de Pesquisa, PPGFSC-UCSal. E-mail: elaine.gefin@gmail.com.

⁴ Coautora - Pesquisadora voluntária do Projeto de Pesquisa, PPGFSC-UCSal. E-mail: beatrizpportela@hotmail.com.

1. EVOLUÇÃO DA POLÍTICA E DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

No Brasil, como em outros países, a assistência social passou por um processo de transformação entre as décadas de 1930 e 1960. Originalmente baseada na caridade cristã e organizada pela Igreja Católica, progressivamente a assistência social foi assumindo um caráter de política social de Estado, acompanhando o processo de desenvolvimento capitalista industrial, expansão do emprego industrial, urbanização e migração rural-urbana, respondendo aos movimentos sociais e greves dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho. Na década de 1970, durante a ditadura civil-militar, a assistência social adquire uma renovação teórico-metodológica e ético-política, e os profissionais do serviço social passam a manter uma constante interação com outras disciplinas e categorias profissionais, em um marco de lutas pela redemocratização do país. (Iamamoto e Carvalho, 2012; Raichelis, 2011). Nos anos de 1980, aproxima-se da teoria social de Marx e dos pensamentos de Gramsci, que predominam na formação e atuação profissional, na elaboração e desenvolvimento de políticas sociais e na criação de um conjunto de marcos legais essenciais para a efetivação dos direitos humanos e sociais. (CFESS, 2009).

A Constituição Federal de 1988 é o marco legal para a garantia dos direitos sociais. Nela, a assistência social ganhou aspecto de direito cidadão, formando juntamente com a saúde e previdência o tripé da seguridade social (SILVA, CORGOZINHO, 2011). Ampliaram-se os conceitos de vulnerabilidade e risco social para além da pobreza de renda, incluindo também aspectos subjetivos presentes na condição de vida dos sujeitos, como a perda de laços sociais, familiares e de identidade, valorizando as relações sociais e as redes de solidariedade.

Em 1993, o Congresso Nacional aprova a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), estabelecendo que o sistema de assistência deve ser descentralizado e participativo, baseado na responsabilidade do Estado, e a política de assistência social como não contributiva, portanto, direito de qualquer cidadão em situação de vulnerabilidade e desproteção social. Este sistema tem por funções assistenciais: a prevenção e proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa dos direitos socioassistenciais. Contudo, o período que se estende dos anos 90 até a chegada dos anos 2000 foi marcado por políticas neoliberais, que levaram a três crises econômicas, aumento do desemprego, da informalização e precarização do emprego, da pobreza e vulnerabilidade social (IPEA, 2010). Ao mesmo tempo, com a redução do papel do Estado na economia e na área social, a política social permaneceu estacionária durante esse período, posta em segundo plano, desenvolvendo-se somente ações de assistência social fragmentadas, desarticuladas e sobrepostas, pulverizadas em diversos setores ministeriais, e de caráter imediatista. (IPEA, 2010; MACEDO, *et al*; 2011, p. 481).

2. O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, SUAS

A partir de 2004, o Estado brasileiro adota políticas socioeconômicas expansionistas e inclusivas, nas quais a equidade e os direitos sociais assumem um papel protagonista (IPEA, 2010). Um dos eixos mais relevantes desta mudança do liberalismo para o expansionismo inclusivo é a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), e em 2005, e a efetivação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que retomam os princípios

assegurados anteriormente pela LOAS/1993, garantindo o Estado concretude aos serviços e ações de promoção, proteção e inserção social, e buscando principalmente o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com a territorialização da proteção social em ações integradas com dois níveis de complexidade: básica e a especial, visando superar a condição de vulnerabilidade e risco social que atingem as famílias e os indivíduos, garantindo de forma integral a promoção dos direitos sociais. (SILVA, CORGOZINHO, 2011).

2. 1 Gestão descentralizada e participativa do SUAS

O SUAS adota um modelo de gestão descentralizada, articulando esforços e recursos, estruturas e marcos regulatórios dos três níveis de governo: nacional, estaduais e municipais. A União é responsável pela formulação, apoio, articulação e coordenação de ações, enquanto os estados e municípios assumem a gestão dentro de seu âmbito de competência.

Os estados destinam recursos financeiros aos Municípios para o pagamento dos auxílios natalidade e funeral, apoiam técnica e financeiramente os serviços, os programas e os projetos de enfrentamento da pobreza; atendem, em parceria com os Municípios, as ações assistenciais de caráter de emergência; apoiam técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços e prestam serviços assistenciais da rede regional de serviços, (BRASIL, 2009).

Os municípios podem assumir diferentes níveis de habilitação para implementar o SUAS: inicial, básico e pleno, que envolvem diferentes graus de responsabilidades e financiamento na implementação da política de assistência social.

A articulação entre os três níveis de governo se consolida nas instâncias de pactuação intergestores (Comissão Intergestores Tripartite-CIT e Comissões Intergestores Bipartites-CIBs), que funcionam como espaços para que as demandas, propostas operacionais, ações e a aplicação de recursos dos gestores federais, estaduais e municipais sejam expressas, negociadas e pactuadas, identificando-se as necessidades regionais e soluções baseadas na cooperação entre diferentes níveis de governo (BRASIL, 2013).

Como a assistência social está financiada por toda a sociedade, a gestão descentralizada permite articular os recursos provenientes dos orçamentos da União, do Distrito Federal, dos estados e municípios e das diversas contribuições sociais, reunidos no Fundo Nacional de Assistência Social e que são transferidos regular e automaticamente aos fundos regionais e locais, por meio da celebração de convênios e contratos de repasse. O cofinanciamento é definido com base na divisão de responsabilidade de cada ente federado na execução da PNAS, levando em conta seu porte, a complexidade dos seus serviços prestados e as diversidades regionais. A colaboração financeira envolve também em parcerias por meio de ações e serviços de referência regional e consórcios públicos definidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e deliberada pelos conselhos estaduais de assistência social, que se apoiam na informação gerencial produzida pela Rede SUAS.

A gestão participativa implica o compartilhamento de decisões e informação sobre as ações de assistência social desenvolvidas e sobre uso dos recursos entre o poder público e a sociedade civil. Ambos agentes sociais participam paritariamente dos conselhos e conferências municipais, estaduais e nacionais.

As Conferências de Assistência Social definem os objetivos, metas e ações da Política de Assistência Social, enquanto os Conselhos de Assistência Social tem como funções deliberar e fiscalizar a execução da Política de Assistência Social; encaminhar as deliberações das conferências, a proposta orçamentária dos recursos da assistência social a ser encaminhada ao Poder Legislativo, a execução orçamentária e financeira do Fundo de Assistência, os processos de pactuação das Comissões Intergestores (CIT e CIB); divulgar e promover a defesa dos direitos socioassistenciais; inscrever entidades, serviços e programas de Assistência Social; fiscalizar a rede socioassistencial; eleger sua mesa diretora e definir seu regimento interno; fiscalizar e acompanhar o Benefício de Prestação Continuada – BPC e o Programa Bolsa Família – PBF; acompanhar a gestão integrada de serviços e benefícios socioassistenciais; exercer o controle social da gestão do trabalho no âmbito do SUAS (BRASIL, 2014).

2.2 Programas, Ações e Equipamentos do SUAS

Atualmente, o SUAS oferece dois tipos de proteção social: A Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial.

A Proteção Social Especial destina-se a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco, como os deficientes, idosos, migrantes, usuários de substâncias psicoativas e os que tiveram seus direitos violados por ocorrência abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, trabalho infantil, e os que recebem medidas socioeducativas. Estas ações requerem o acompanhamento familiar e individual, maior flexibilidade nas soluções e uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, o Ministério Público e com outros órgãos e ações do Executivo. Esta atenção é oferecida pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que oferecem serviços especializados e continuados e coordenam não só a proteção especial de média complexidade, mas também a articulação com a rede de assistência social e as demais políticas públicas (BRASIL, 2014).

A Proteção Social Básica promove a prevenção e atenção de riscos sociais a famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade social: que vivem em pobreza, com acesso precário ou nulo aos serviços públicos ou com fragilização de vínculos afetivos (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). A proteção básica integral tem como objetivo desenvolver as potencialidades destes sujeitos, fortalecendo seus vínculos familiares e comunitários, por meio do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), promovendo um trabalho com as famílias com o objetivo de alcançar potencialidades, valorizar as heterogeneidades, bem como as particularidades e diversidades culturais (BRASIL, 2005).

Para isso foram criados os Centros de Referência de Assistência Social, CRAS, instalados nas próprias comunidades, com o objetivo de estar mais próximos das necessidades e demandas das populações vulneráveis, facilitando seu acesso a todo o sistema de Assistência Social. Os CRAS funcionam como porta de entrada para a rede SUAS, recebendo e atendendo as famílias e indivíduos de forma integral. Suas funções incluem a promoção da autonomia destes sujeitos por meio da busca ativa desta população vulnerável, da oferta de programas, serviços e benefícios sociais, de projetos locais de acolhimento, convivência e socialização. O CRAS é a unidade básica de cadastro e implementação de programas de transferência de renda a exemplo do Bolsa

Família e os benefícios sociais, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁵ e os benefícios eventuais⁶, no Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho - ACESSUAS/TRABALHO, em programas de incentivo ao protagonismo juvenil, centros de informações e educação para o trabalho com jovens e adultos (BRASIL, 2014).

Além da oferta de programas de assistência, o CRAS é a unidade de referência para que estes indivíduos e famílias tenham acesso às redes de unidades de seguridade e proteção social, aos serviços socioeducativos direcionados para grupos específicos (Centros de Convivência para crianças, jovens e idosos) e para entidades beneficentes, como albergues, casa-lar, família acolhedora certificadas pelo próprio sistema, – dependendo da complexidade de sua demanda. (MOTA, GOTO, 2009; BRASIL, 2014).

3. EVOLUÇÃO DO SISTEMA SUAS ATRAVÉS DA EXPANSÃO DOS CRAS

O critério para a existência de um CRAS é o número de famílias referenciadas no território. Os municípios com até 2.500 famílias são considerados de Pequeno Porte I, os de até 3.500 são de Pequeno Porte II, e os de até 5.000 famílias são classificados em de Médio, Grande Porte e Metrôpoles. A capacidade de atendimento de cada equipamento é de aproximadamente 1/5 do número de famílias vulneráveis referenciadas. Assim, em territórios onde o CRAS referencia 2.500 famílias, a capacidade de atendimento é de 500 famílias, para 3.500 famílias referenciadas, a capacidade é de 750 famílias e para 5.000 famílias, tem-se 1000 famílias. Seguindo-se estes critérios, observa-se uma grande expansão dos equipamentos e recursos humanos de assistência social no território nacional, (BRASIL, 2014).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2009 a 2013 o número de CRAS passou de 5.499 em 4.032 municípios para 7.986 em 5.437 municípios um aumento de aproximadamente 44,9% em todo território nacional, sendo que a Região Nordeste foi a que apresentou uma maior proporção de aumento (99,5%), em segundo lugar está a Região Centro-Oeste com (98,7), seguida da Região Norte (97,6%), Sudeste (96,4%) e Sul (96,1%) (IBGE, 2013).

O número de CREAS aumentou 209,2% no mesmo período. Em 2009, haviam 65 CREAS em 61 municípios (14,6% do total). Em 2013, já haviam 201 centros em 194 cidades (46,5%). Acompanhando a expansão da cobertura territorial dos CRAS e CREAS observa-se também a ampliação dos recursos humanos nos equipamentos. Entre 2010 e 2012, o quantitativo de pessoal aumentou de 51.692 para 68.275. Dos trabalhadores identificados em 2012, quase metade contava com o ensino superior, 41% o ensino médio e 9,5% o ensino fundamental (BRASIL, 2013). Principalmente o número de funcionários estatutários tem aumentado: em 2012

⁵ O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo vigente ao idoso, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de prover a própria manutenção, nem tê-la provida por sua família.

⁶ Os Benefícios Eventuais caracterizam-se por seu caráter suplementar e provisório, prestados aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.

um terço dos trabalhadores eram estatutários, e em segundo lugar encontravam-se os servidores temporários (32%).

A composição da equipe do CRAS depende do porte do município e do número de famílias referenciadas. A NOB-RH/SUAS (BRASIL, 2011) estabelece que:

Tabela 1. Porte dos CRAS de acordo com os critérios de famílias referenciadas e técnicos exigidos pelas Normas do MDS.

Pequeno Porte I	Pequeno Porte II	Médio, Grande, Metrópole e DF.
Até 2.500 famílias referenciadas.	Até 3.500 famílias referenciadas	A cada 5.000 famílias referenciadas
2 Técnicos de nível superior, sendo um profissional assistente social e outro preferencialmente psicólogo.	3 Técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais e preferencialmente um psicólogo.	4 técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais, um psicólogo e um profissional que compõe o SUAS.
2 técnicos de nível médio	3 técnicos de nível médio	4 técnicos de nível médio

Fonte: NOB-RH/SUAS ANOTADA E COMENTADA. 2011

Ao observar o quadro acima um aspecto também relevante e digno de nota é o fato do SUAS ter se tornado um importante campo de atuação para diversos profissionais, principalmente assistentes sociais e psicólogos. Entre 2010 e 2012, os total recursos humanos que trabalham nos CRAS aumentou de 51.692 para 68.275, sendo quase a metade com nível de educação superior, 41% com ensino médio e 9,5% com ensino fundamental. Entre os funcionários de nível superior, 15.636 são assistentes sociais (22,9%), 9.012 são psicólogos (12,9%), 3.960 são pedagogos (5,8%), 273 são advogados (0,4%) e 27.993 têm outro curso superior e 11.402 trabalhadores de ensino médio. Um terço dos trabalhadores são estatutários e um terço são servidores temporários (32%), os demais são terceirizados. Confirma-se que, conforme a regra estabelecida, existe pelo menos um assistente social na equipe de cada CRAS. (IBGE, 2013).

Como resultado desta expansão nos equipamentos e recursos humanos disponíveis, os principais serviços oferecidos pelos CRAS experimentaram um aumento correspondente. Em 2012, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família já era oferecido em todos os CRAS; e 91,2% dos CRAS realizavam Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para os diferentes grupos etários aos quais o programa se destina, com maior concentração na atenção às populações idosas, seguido por jovens e adolescentes de 15 a 17 anos, crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e, por fim, crianças de 0 a 6 anos de idade. (BRASIL, 2013).

Quanto ao nível de habilitação da gestão municipal, os municípios com nível de gestão inicial contam com requisitos mínimos, incluídos um conselho municipal, fundo e planos para execução da Proteção Social Básica com recursos próprios. Os municípios com gestão básica são capazes de assumir com autonomia a gestão da proteção social básica. E os de nível pleno assumem a gestão total das ações socioassistenciais. Compete aos municípios definir as instalações, equipamentos e recursos humanos para o cadastro, acompanhamento e implementação dos programas de assistência social e destinar recursos financeiros para pagamento dos auxílios natalidade e funeral, executar os projetos de enfrentamento da pobreza,

estabelecer parcerias com organizações da sociedade civil, atender às ações assistenciais de caráter de emergência (BRASIL, 2009).

Em julho de 2010, do total de municípios habilitados pelo SUAS, 12,3% realizavam a gestão inicial, 80,1% a gestão básica e 6,9% a gestão plena. Nos municípios não habilitados, a gestão dos recursos federais fica sob a responsabilidade do gestor estadual. (BRASIL 2013, Censo Suas).

Devido à política de priorização das regiões mais vulneráveis, o nordeste recebeu maiores investimentos e alcançou um maior crescimento ao longo dos anos no que se refere a oferta dos serviços de assistência social, em particular os de proteção básica. Por suas características sociais e históricas, essa região concentra problemas sociais básicos como analfabetismo, mortalidade infantil, desnutrição, desemprego, trabalho infantil, dentre outros, que se somam a problemas de grandes centros, como violência, tráfico de drogas e o aumento das periferias em suas principais cidades (Macedo *et al*, 2011).

4. RECURSOS HUMANOS NOS CRAS DA RMS.

O Estado da Bahia possui 417 municípios, sendo que, destes, em 2013, 414 possuíam um total de 602 CRAS. Considerado a principal porta de entrada do SUAS, os CRAS tiveram aumento de 47,2%, passando de 409 em 327 municípios para 602 em 414 cidades, entre 2009 e 2013. (IBGE, 2013).

A Região Metropolitana de Salvador é a sétima mais populosa do Brasil e a 109ª do mundo, com 3.6 milhões de habitantes em 2010. É formada por 13 municípios: Salvador, Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz. (IBGE, 2014).

De acordo com as estimações do IBGE, os quatro municípios de interesse neste estudo se caracterizam por apresentar as maiores populações entre os 13 que conformam a Região Metropolitana de Salvador (RMS), e experimentaram um aumento populacional nos últimos 3 anos de aproximadamente 10% nos municípios da RMS.

Nos quatro municípios mais populosos da RMS operam 35 CRAS, sendo os de Camaçari, Lauro de Freitas e Salvador com nível de habilitação plena e o de Simões Filho com habilitação básica.

O número de CRAS em funcionamento nestes municípios corresponde aos parâmetros estabelecidos para o tamanho da população a ser coberta. Os níveis de vulnerabilidade das famílias e indivíduos são maiores em Camaçari e Simões Filho, com Índices de Desenvolvimento Humano menores que 0,75, quando comparados com Lauro de Freitas e Salvador, cujo IDH está acima de 0,75. A renda familiar urbana, tanto a média como a mediana, também é significativamente menor em Camaçari e Simões Filho (Tabela 2).

Tabela 2. Características sócio-demográficas e econômicas de quatro municípios de interesse, na RMS

	Salvador	Camaçari	Lauro de Freitas	Simões Filho
Nível de habilitação do município no SUAS	V Plena	IV Plena	IV Plena	IV Básica
Número de CRAS	23	6	5	3
População 2010	2.675.656	242.970	163.449	118.047
População 2013	2.883.682	275.575	184.383	129.964
Índice de Desenvolvimento Humano IDH	0,759	0,694	0,754	0,675
Estabelecimentos SUS	367	64	27	17
Matrículas em Ensino Fundamental	304.047	37.925	26.685	19.057
Matrículas em Ensino Médio	107.050	12.230	6.287	5.353
Escolas	63.487	5.343	8.172	2.744
População em creche ou escola	849.394	75.697	51.269	38.667
Renda familiar mediana mensal urbana	510	377,5	502,5	333,33
Renda familiar mediana mensal rural	200,5	255		213,17
Renda familiar média mensal urbana	3.064,10	1.852,96	3.435,73	1.509,57
Renda familiar média mensal rural	882,43	1.163,87		1.189,19

Fonte: IBGE www.ibge.gov.br (acessado em 27 de junho de 2014).

Pode-se observar que, apesar de que o número de escolas em Lauro de Freitas é superior ao de Camaçari, este último possui uma população maior em relação a Lauro de Freitas e, portanto, o número de matrículas em ensino fundamental e ensino médio também é maior que o de Lauro de Freitas⁷. Já o número de estabelecimentos do SUS é mais de duas vezes maior em Camaçari que o de Lauro de Freitas. Neste caso, como o SUS atende ao conjunto da população, e não somente a alguns grupos etários, é possível estimar a taxa de cobertura de estabelecimentos do SUS em relação ao tamanho da população. Observa-se que a maior média de habitantes por estabelecimento encontra-se em Salvador (7.857), seguido por Simões Filho (7.644 habitantes por unidade do SUS), Lauro de Freitas (6.829 habitantes por unidade) e Camaçari (4.305 habitantes por unidade de saúde), o que revela o nível de compromisso da gestão de cada município em ampliar os atendimentos do SUS a seus habitantes. Entretanto, ainda deve-se considerar que, por contar com serviços mais complexos e especialidades médicas, o município de Salvador recebe na sua rede SUS grande parte da população dos demais municípios da região metropolitana e inclusive do interior do estado.

Dos 602 CRAS do Estado da Bahia, 37 se encontram na Região Metropolitana de Salvador, ou 6.10%. Destes 37 CRAS da RMS, 62,16% correspondem ao município de Salvador, 16,22% a Camaçari, 13,51% a Lauro de Freitas e 8,11% referem-se ao município de Simões Filho. Ao observar os dados da tabela 2, nota-se que cada município tem atendido à exigência mínima de número de profissionais: dois técnicos de nível superior, sendo um deles assistente social, e dois técnicos de nível médio para 2.500 famílias referenciadas, conforme apontado na Tabela 1.

⁷ A análise do número de escolas e outros indicadores escolares não será aprofundado neste artigo, para não fugir ao tema da assistência social, já que esta análise exigiria apresentar e analisar a população de crianças e adolescentes de cada município por faixa de idade e nível escolar que frequentam.

Tabela 3 – Distribuição dos Profissionais do CRAS por nível de formação (2013) ⁸

N	CRAS	Assistente Social	Psicólogo	Outro Prof. N. Superior	Total Nível Superior	Profis. nível médio	Sem formação profis.	Total
1	Verde Horizonte	4	3	3	10	7	5	22
2	Arembepe	2	2	6	10	6	2	18
3	Monte Gordo	2	3	3	8	4	9	21
4	PHOC	4	3	4	11	13	2	26
5	Buris Satuba	3	2	4	9	7	6	22
6	Nova Vitoria	3	4	4	11	10	3	24
	Subtotal Camaçari	18	17	24	59	47	27	133
1	Itinga	5	4	1	10	5	9	24
2	CFLF	7	2	0	9	1	11	21
3	Areia Branca	4	5	2	11	0	13	24
4	Vila Praiana	4	6	1	11	5	5	21
5	Portão	4	4	3	11	2	9	22
	Subtotal Lauro de Freitas	24	21	7	52	13	47	112
1	Jardim Renatao	5	3	0	8	4	2	14
2	Ponto Parada I	3	3	0	6	3	2	11
3	Ponto Parada II	2	4	0	6	2	3	11
	Subtotal Simões Filho	10	10	0	20	9	7	36
	Subtotal CAM+LF+SF	52	48	31	131	69	81	281

⁸ Os dados coletados da tabela 3 foram extraídos do site: <http://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas> em 27/06/2014, o site não informa quando foi feita a última atualização.

Tabela 3 – Continuação
Distribuição dos Profissionais do CRAS por nível de formação (2013) ⁹

N	CRAS	Assistente Social	Psicólogo	Outro Prof. N. Superior	Total Nível Superior	Profis. nível médio	Sem formação profis.	Total
1	Lobato	5	3	2	10	2	8	20
2	Paripe	4	5	4	13	4	3	20
3	Valeria	3	2	0	5	3	3	11
4	Liberdade	4	1	3	8	2	3	13
5	Federação	5	1	2	8	6	1	15
6	Centro Histórico	8	3	2	13	10	2	25
7	NE Amaralina	2	2	0	4	3	3	10
8	Mata Escura	5	2	1	8	3	3	14
9	Bairro da Paz	7	2	1	10	5	3	18
10	Fazenda Coutos	5	4	0	9	3	4	16
11	Cala Betão	5	2	2	9	7	1	17
12	Bom Jesus	4	3	3	10	2	3	15
13	T Neves	4	2	1	7	3	1	11
14	Pq. São Cristóvão	5	3	0	8	1	6	15
15	São Cristóvão	5	2	1	8	4	4	16
16	Itapagipe	5	2	1	8	4	4	16
17	Nova Esperança	3	1	1	5	1	3	9
18	Brotas	4	3	0	7	6	4	17
19	CEASA	3	1	1	5	1	3	9
20	Ilha da Maré	3	1	0	4	2	4	10
21	Pq. São Bartolomeu	5	3	2	10	5	5	20
22	Engomadeira	3	2	1	6	3	0	9
23	Plataforma	2	0	2	4	2	1	7
	Subtotal Salvador	99	50	30	179	82	72	333
	TOTAL	151	98	61	310	151	153	614
	SSA+CAM+LF+SF							

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados extraídos do sistema CadSUAS do MDS.

A distribuição dos profissionais é relativamente proporcional ao número e aos critérios de habilitação plena dos CRAS instalados.

Ao todo Salvador conta com 333 profissionais (99 Assistentes Sociais, 50 Psicólogos, 30 profissionais de nível superior de outra formação, 82 profissionais de nível médio e 72 sem

⁹ Os dados coletados da tabela 2 foram extraídos do site: <http://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas> em 27/06/2014, o site não informa quando foi feita a última atualização.

formação profissional), somando 179 profissionais de nível superior e 154 funcionários sem formação superior, o equivalente a 46,25% do total.

Camaçari conta com 133 profissionais (18 Assistentes Sociais, 17 Psicólogos, 24 outro profissional de nível superior, 47 profissionais de nível médio e 27 sem formação profissional), sendo 59 de nível superior e 74 profissionais sem formação superior, o equivalente a 55,64% do total, mais da metade dos profissionais de nível superior.

Já Simões Filho, conta com 36 profissionais (10 Assistentes Sociais, 10 Psicólogos, 9 profissionais de nível médio e 7 sem formação profissional), sendo 20 de nível superior e 16 profissionais sem formação superior, o equivalente a 44,44% do total.

Considerando-se as regras estabelecidas na Tabela 1, todos os CRAS destes quatro municípios contam com o nível mínimo de quatro profissionais com nível superior de educação, entre eles o mínimo de dois assistentes sociais e um psicólogo. Inclusive chama a atenção que praticamente todos os CRAS superam este mínimo estabelecido, alguns inclusive duplicando este mínimo, como é o caso da grande maioria dos CRAS de Salvador, todos de Camaçari e de Lauro de Freitas. Esta oferta duplicada de profissionais indica que nestes quatro municípios existe uma enorme disponibilidade de recursos em campo, disponível para realizar as atividades estabelecidas pela PNAS para os CRAS. Ao mesmo tempo, representa um compromisso da gestão dos quatro municípios com a garantia qualidade dos serviços oferecidos, já que segundo a PNAS, a oferta de profissionais de nível superior é o melhor indicador de qualidade da atenção dos CRAS. Além do amplo número de profissionais, neste estudo foi certificado no sistema CadSUAS que efetivamente todas as coordenadoras dos quatro CRAS analisados contam com nível superior de estudos, e em sua grande maioria são assistentes sociais, outro critério de qualidade estabelecido pela PNAS. Como o alto número de profissionais com nível superior oferece recursos humanos qualificados suficientes para a operacionalização das atividades, isto permite, segundo a PNAS, que o coordenador do CRAS tenha condições de dedicar-se exclusivamente ao trabalho de gestão e a garantir a articulação interinstitucional e com as instâncias de controle social.

No caso dos funcionários técnicos de nível médio, os CRAS de Salvador e Camaçari contam com o número mínimo exigidos pelas regras para regiões metropolitanas. Somente um CRAS em Salvador não conta ainda com psicóloga, provavelmente por tratar-se de um CRAS em processo de implantação, com um ano de funcionamento. Em contraste, em Lauro de Freitas, dos cinco CRAS existentes, em três deles não se alcança ainda o mínimo de quatro profissionais de nível médio, e em Simões Filho, dos três CRAS existentes, dois deles também não alcançam este mínimo, o que poderia impactar sua capacidade de cobertura de todo o território de referência, pois estes profissionais são indispensáveis para garantir o papel de aproximação dos CRAS as famílias de referência no território coberto, pois eles são o pessoal de apoio dos profissionais com nível superior para a realização das visitas domiciliares de verificação, acompanhamento dos programas e benefícios, assim como para a solução de problemas e inclusão das famílias e pessoas mais vulneráveis. Chama a atenção também que, em Lauro de Freitas, o número de trabalhadores sem instrução média seja maior que os que tem este nível de instrução.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aprovação da LOAS em 1994 somente se reflete na concretização de um sistema de assistência social a partir de 2004, devido a mudança de um modelo econômico e social liberal para um baseado no fortalecimento do Estado como ator responsável pela expansão das políticas socioeconômicas inclusivas. No campo da assistência social, esta mudança se reflete na expansão da rede de assistência social, através da implementação da PNAS e na multiplicação dos CRAS no território da RMS, permitindo uma aproximação às famílias e pessoas que vivem em pobreza e em situação de vulnerabilidade social. A esta expansão dos equipamentos, observa-se uma expansão do número de profissionais que segue as regras estabelecidas, principalmente assistentes sociais e psicólogos.

Nestes quatro municípios da RMS, a expansão da rede de CRAS e de recursos humanos qualificados não só respeita o mínimo estabelecido pelas regras institucionais para os profissionais com nível superior, como duplica este número mínimo, oferecendo uma enorme disponibilidade de profissionais qualificados. Este resultado é fundamental, porque a PNAS considera o aspecto mais relevante para garantir a qualidade dos serviços oferecidos pelos CRAS é a disponibilidade de recursos humanos qualificados para prestar serviços de assistência social de maneira integral e próximos à população de referencia, vulneráveis e com dificuldade de acesso a estes serviços públicos.

Por outro lado, em Lauro de Freitas e Simões Filho, o número de técnicos de nível de educação média para cumprir as múltiplas funções definidas para os CRAS é menor que o mínimo estabelecido pela PNAS. O apoio de pessoal técnico com nível de educação médio é indispensável para uma melhor e mais eficiente aproximação dos CRAS as famílias e indivíduos de referencia do sistema SUAS. Entretanto, estes municípios contam com profissionais de nível superior suficientes para substituir os profissionais de nível médio nestas funções.

A complementação destes resultados com estudos qualitativos que compõem o projeto de pesquisa será fundamental para identificar a forma como estes equipamentos e recursos humanos estão efetivamente alcançando estes objetivos de forma integral e com a qualidade desejada.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL, 2013. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação- SAGI. Censo SUAS 2012. Resultados. Brasília. 2013.

BRASIL, 2014. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Página web www.mds.gov.br. (Acesso em: 27 de junho de 2014).

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **CADSUAS**. Acesso em: 20 de junho de 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social** – Brasília, Novembro de 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no Âmbito do Sistema Único de Assistência Social- SUAS**. Brasília, ASCOM. Janeiro de 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB/SUAS) Anotada e Comentada**. Brasília, DF, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: O longo Caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. Disponível em: http://www.do.ufgd.edu.br/mariojunior/arquivos/cidadania_brasil.pdf.

CFESS MANIFESTA. **30 Anos do Congresso da Virada**. 2009, SP. Acesso em: 27 de Junho de 2014. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/congresso.pdf>

IAMAMOTO, Marilda Vilela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 37 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IBGE, 2014. Censo de População. 2010. (acessado 17 de julho de 2014)

IBGE, 2013. Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC 2013, IBGE.

IPEA. Brasil em Desenvolvimento 2010, Estado, Planejamento e Políticas Públicas. Brasília 2010.

MACEDO, João Paulo; SOUSA, Adrielly Pereira de; CARVALHO, Davi Magalhães de; MAGALHÃES, Mayara Alvez; SOUSA, Francisca Maira Silva de; DIMENSTEIN, Magda. **O Psicólogo Brasileiro no Suas: Quantos Somos e Onde Estamos?** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 3, p. 479-489, jul./set. 2011

MOTA, Saulo Tavares; GOTO, Tommy Akira. **Plantão Psicológico no CRAS em Poços de Caldas**. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 21 – n. 3, p. 521-530, Set./Dez. 2009.

SILVA, J. V; CORGOZINHO, J. P. (2011). **Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e psicologia social comunitária: possíveis articulações**. *Psicologia & Sociedade*, 23(n.spe.), 12-21.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Trabalho Interdisciplinar nos CRAS: um novo enfoque e trato à pobreza?** *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 286 - 297, ago./dez. 2010.

TRZINSKI, Clarete; VEIVERBERG, Taise; CETOLIN, Sirlei Favero; PINHEIRO, Eliane. **CRAS de Saltinho: rumo ao fortalecimento da rede de serviços socioassistenciais**. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 298 - 308, ago./dez. 2010.