



ALTANEIRA - CE

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTANEIRA -
CEARÁ

Agente Social

EDITAL DO CONCURSO PÚBLICO
Nº. 001/2024

CÓD: SL-049MR-24
7908433250807

Língua Portuguesa

1. Interpretação e Compreensão de Texto; Tipos e gêneros textuais: narrativo, descritivo, expositivo, argumentativo, instrucionais, propaganda, editorial, cartaz, anúncio, artigo de opinião, artigo de divulgação científica, ofício, carta	7
2. Estrutura textual: progressão temática.....	14
3. parágrafo	14
4. frase, oração, período, enunciado	15
5. pontuação.....	17
6. coesão e coerência	19
7. Ortografia.....	21
8. Significados das palavras – Sinônimos, Antônimos, Parônimos e Homônimos; Denotação e Conotação	21
9. Pontuação	22
10. Acentuação Gráfica	22
11. emprego do sinal indicativo de crase.....	23
12. Flexão do substantivo	24
13. Figuras de linguagem	26
14. Emprego dos Pronomes.....	28
15. Regência nominal e verbal.....	30
16. Concordância nominal e verbal	33
17. Variedade linguística	34
18. formalidade e informalidade, formas de tratamento, Reescrita de frases: substituição, deslocamento, paralelismo	34
19. propriedade lexical	35
20. adequação comunicativa	35
21. Fonologia: conceitos básicos, classificação dos fonemas, sílabas, encontros vocálicos, encontros consonantais, dígrafos, divisão silábica.....	36

Conhecimentos Gerais

1. Aspectos geográficos, históricos, políticos e administrativos do Mundo, Brasil, Ceará e do Município de Altaneira - CE.....	43
2. Atualidades históricas científicas, sociais, políticas, econômicas, culturais, ambientais e administrativas do Mundo, Brasil, Ceará e do Município de Altaneira- CE	106

Conhecimentos Específicos Agente Social

1. Noções das Leis Federais nº 8.069 de 13 de julho de 1990 e nº 12.010 de 03 de agosto de 2009 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA	109
2. Noções da Lei Federal nº 10.741 do Estatuto do Idoso de 01 de outubro de 2003.....	146
3. Noções da Política Nacional de Assistência Social– PNAS.....	157
4. Noções sobre os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos –SCFV	181

**CAPÍTULO III
DA FISCALIZAÇÃO DAS ENTIDADES DE ATENDIMENTO**

Art. 52. As entidades governamentais e não governamentais de atendimento à pessoa idosa serão fiscalizadas pelos Conselhos da Pessoa Idosa, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

Art. 53. O art. 7º da Lei nº 8.842, de 1994, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.” (NR)

Art. 54. Será dada publicidade das prestações de contas dos recursos públicos e privados recebidos pelas entidades de atendimento.

Art. 55. As entidades de atendimento que descumprirem as determinações desta Lei ficarão sujeitas, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes ou prepostos, às seguintes penalidades, observado o devido processo legal:

I – as entidades governamentais:

- a) advertência;
- b) afastamento provisório de seus dirigentes;
- c) afastamento definitivo de seus dirigentes;
- d) fechamento de unidade ou interdição de programa;

II – as entidades não-governamentais:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas;
- d) interdição de unidade ou suspensão de programa;
- e) proibição de atendimento a pessoas idosas a bem do interesse público. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

§1º Havendo danos às pessoas idosas abrigadas ou qualquer tipo de fraude em relação ao programa, caberá o afastamento provisório dos dirigentes ou a interdição da unidade e a suspensão do programa. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

§2º A suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas ocorrerá quando verificada a má aplicação ou desvio de finalidade dos recursos.

§3º Na ocorrência de infração por entidade de atendimento que coloque em risco os direitos assegurados nesta Lei, será o fato comunicado ao Ministério Público, para as providências cabíveis, inclusive para promover a suspensão das atividades ou dissolução da entidade, com a proibição de atendimento a pessoas idosas a bem do interesse público, sem prejuízo das providências a serem tomadas pela Vigilância Sanitária. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

§4º Na aplicação das penalidades, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para a pessoa idosa, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes da entidade. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

**CAPÍTULO IV
DAS INFRAÇÕES ADMINISTRATIVAS**

Art. 56. Deixar a entidade de atendimento de cumprir as determinações do art. 50 desta Lei:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), se o fato não for caracterizado como crime, podendo haver a interdição do estabelecimento até que sejam cumpridas as exigências legais.

Parágrafo único. No caso de interdição do estabelecimento de longa permanência, as pessoas idosas abrigadas serão transferidas para outra instituição, a expensas do estabelecimento interditado, enquanto durar a interdição. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

Art. 57. Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra pessoa idosa de que tiver conhecimento: (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência.

Art. 58. Deixar de cumprir as determinações desta Lei sobre a prioridade no atendimento à pessoa idosa: (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 1.000,00 (mil reais) e multa civil a ser estipulada pelo juiz, conforme o dano sofrido pela pessoa idosa. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

**CAPÍTULO V
DA APURAÇÃO ADMINISTRATIVA DE INFRAÇÃO ÀS NORMAS DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA
(Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)**

Art. 59. Os valores monetários expressos no Capítulo IV serão atualizados anualmente, na forma da lei.

Art. 60. O procedimento para a imposição de penalidade administrativa por infração às normas de proteção à pessoa idosa terá início com requisição do Ministério Público ou auto de infração elaborado por servidor efetivo e assinado, se possível, por 2 (duas) testemunhas. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

§1º No procedimento iniciado com o auto de infração poderão ser usadas fórmulas impressas, especificando-se a natureza e as circunstâncias da infração.

§2º Sempre que possível, à verificação da infração seguir-se-á a lavratura do auto, ou este será lavrado dentro de 24 (vinte e quatro) horas, por motivo justificado.

Art. 61. O autuado terá prazo de 10 (dez) dias para a apresentação da defesa, contado da data da intimação, que será feita:

I – pelo autuante, no instrumento de autuação, quando for lavrado na presença do infrator;

II – por via postal, com aviso de recebimento.

Art. 62. Havendo risco para a vida ou à saúde da pessoa idosa, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

Art. 63. Nos casos em que não houver risco para a vida ou a saúde da pessoa idosa abrigada, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

“Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.” (NR)

Art. 115. O Orçamento da Seguridade Social destinará ao Fundo Nacional de Assistência Social, até que o Fundo Nacional da Pessoa Idosa seja criado, os recursos necessários, em cada exercício financeiro, para aplicação em programas e ações relativos à pessoa idosa. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

Art. 116. Serão incluídos nos censos demográficos dados relativos à população idosa do País.

Art. 117. O Poder Executivo encaminhará ao Congresso Nacional projeto de lei revendo os critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, de forma a garantir que o acesso ao direito seja condizente com o estágio de desenvolvimento sócio-econômico alcançado pelo País.

Art. 118. Esta Lei entra em vigor decorridos 90 (noventa) dias da sua publicação, ressalvado o disposto no caput do art. 36, que vigorará a partir de 1º de janeiro de 2004.

Brasília, 1º de outubro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

NOÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL- PNAS

POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PNAS/ 2004

Brasília, Novembro de 2005

RESOLUÇÃO Nº 145, DE 15 DE OUTUBRO DE 2004 (DOU 28/10/2004)

O Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, considerando a apresentação de proposta da Política Nacional de Assistência Social - PNAS pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS em 23 de junho, considerando a realização de Reuniões Descentralizadas e Ampliadas do Conselho para discussão e construção coletiva do texto final da PNAS ocorridas respectivamente em 21 e 22 de julho de 2004 na cidade de Aracaju e em 21 e 22 de setembro de 2004, no Distrito Federal, e considerando o disposto no artigo 18, incisos I, II, IV da Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar, em reunião do Colegiado de 22 de setembro de 2004, por unanimidade dos Conselheiros a Política Nacional de Assistência Social.

Art. 2º - Aprovar, na reunião do Colegiado de 14 de outubro de 2004, por unanimidade dos Conselheiros o texto final discutido e elaborado pelo grupo de trabalho – GT/PNAS constituído pela Resolução N.º 78, de 22 de junho de 2004, publicada no DOU, de 02 de julho de 2004.

Art. 3º - O texto da Política Nacional aprovado constituirá o Anexo I da presente Resolução.

Art. 4º - Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 5º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Apresentação

A decisão do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS e do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, de elaborar, aprovar e tornar pública a presente Política Nacional de Assistência Social – PNAS, demonstra a intenção de construir coletivamente o redesenho desta política, na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Esta iniciativa, decididamente, traduz o cumprimento das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília, em dezembro de 2003, e denota o compromisso do MDS/ SNAS e do CNAS em materializar as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

A versão preliminar foi apresentada ao CNAS, em 23 de junho de 2004, pelo MDS/SNAS, tendo sido amplamente divulgada e discutida em todos os Estados brasileiros nos diversos encontros, seminários, reuniões, oficinas e palestras que garantiram o caráter democrático e descentralizado do debate envolvendo um grande contingente de pessoas em cada Estado deste País. Este processo culminou com um amplo debate na Reunião Descentralizada e Participativa do CNAS realizada entre os dias 20 e 22 de setembro de 2004, onde foi aprovada, por unanimidade, por aquele colegiado.

Ressalta-se a riqueza desse processo, com inúmeras contribuições recebidas dos Conselhos de Assistência Social, do Fórum Nacional de Secretários de Assistência Social – FONSEAS, do Colegiado de Gestores Nacional, Estaduais e Municipais de Assistência Social, Associações de Municípios, Fóruns Estaduais, Regionais, Governamentais e Não governamentais, Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Assistência Social, Universidades e Núcleos de Estudos, entidades de assistência social, estudantes de Escolas de Serviço Social, Escola de gestores da assistência social, além de pesquisadores, estudiosos da área e demais sujeitos anônimos.

Tal conquista, em tão breve tempo, leva a uma rápida constatação: a disponibilidade e o anseio dos atores sociais em efetivá-la como política pública de Estado, definida em Lei. Muitos, às vezes e ainda, confundem a assistência social com clientelismo, assistencialismo, caridade ou ações pontuais, que nada têm a ver com políticas públicas e com o compromisso do Estado com a sociedade. O MDS/ SNAS e o CNAS estão muito empenhados em estabelecer políticas permanentes e agora com a perspectiva prioritária de implantar o SUAS, para integrar o Governo Federal com os Estados, Distrito Federal e Municípios em uma ação conjunta. Com isso, busca-se impedir políticas de protecionismo, garantindo aquelas estabelecidas por meio de normas jurídicas universais. Este é o compromisso do MDS, que integra três frentes de atuação na defesa do direito à renda, à segurança alimentar e à assistência social, compromisso também do CNAS.

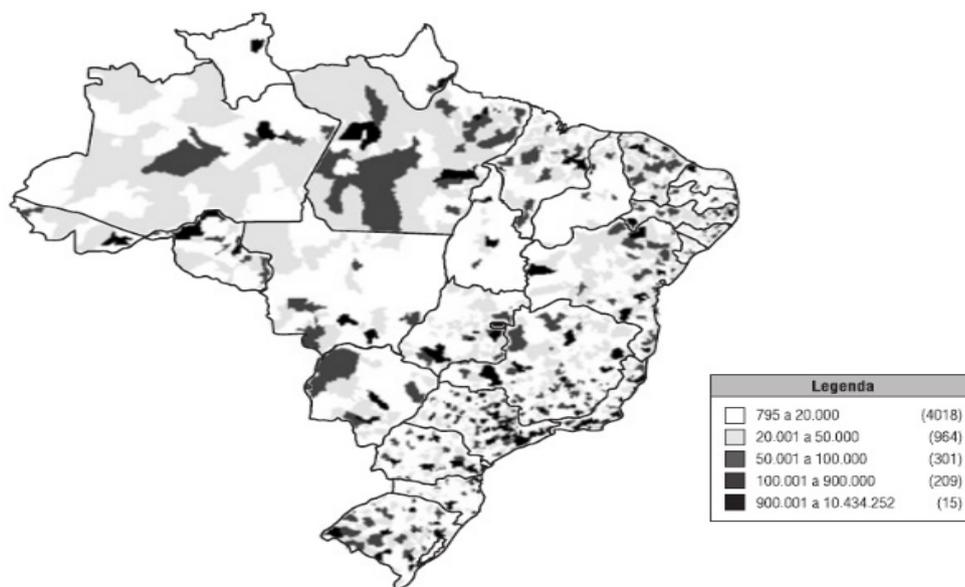
A Política Nacional de Assistência Social ora aprovada expressa exatamente a materialidade do conteúdo da Assistência Social como um pilar do Sistema de Proteção Social Brasileiro no âmbito da Seguridade Social.

Este é um momento histórico e assim devemos concebê-lo, ensinando todos os esforços na operacionalização desta política. Trata-se, portanto, de transformar em ações diretas os pressupostos da Constituição Federal de 1988 e da LOAS, por meio de definições, de princípios e de diretrizes que nortearão sua implementação, cumprindo uma urgente, necessária e nova agenda para a cidadania no Brasil.

precária presença do Estado. Os pequenos municípios expressam uma característica dispersiva no território nacional e ainda com boa parte de sua população vivendo em áreas rurais (45% da população). E as metrópoles, pela complexidade e alta desigualdade interna, privilegiando alguns poucos territórios em detrimento daqueles especialmente de áreas de fronteira e proteção de mananciais.

População total - 2000

Todos os municípios do Brasil



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2002

Tabela 1
Classificação dos Municípios Segundo Total de Habitantes

Classificação dos municípios urbano	Total de município	População total	População rural	População urbana	% rural	% urbano
Pequenos I (até 20.000 hab.)	4.018	33.437.404	15.022.174	18.415.230	44,93	55,07
Pequenos II (de 20.001 a 50.000 hab.)	964	28.832.600	9.734.706	19.097.894	33,76	66,24
Médios (de 50.001 a 100.000 hab.)	301	20.928.128	3.940.021	16.988.107	18,83	81,17
Grandes (de 100.001 a 900.000 hab.)	209	50.321.723	2.332.987	47.988.736	4,64	95,36
Metrópoles (mais de 900.000 hab.)	15	36.279.315	815.323	35.463.992	2,25	97,75
TOTAL	5.507	169.799.170	31.845.211	137.953.959	18,75	81,25

Fonte: IBGE, 2000, Atlas do Desenvolvimento Humano, 2002. (*) Embora o número de municípios oficialmente divulgado pelo IBGE seja 5.561, o Atlas do Desenvolvimento Humano trabalhou com um universo de 5.509 municípios por razões metodológicas.

Seguindo a análise demográfica por município, vale notar que embora a tendência de urbanização se verifique na média das regiões brasileiras, a sua distribuição entre os municípios apresenta um comportamento diferenciado, considerando o porte populacional.

Além do fato de os municípios de porte pequeno 1 (até 20.000 habitantes) apresentarem ainda 45% de sua população vivendo em áreas rurais, vale lembrar também que esses municípios representam 73% dos municípios brasileiros, ou seja, a grande maioria das cidades brasileiras caracteriza-se como de pequeno porte. Em contraponto, apenas 3% da população das metrópoles encontram-se em áreas consideradas rurais, ficando 97% dos seus moradores na zona urbana. Essas nuances demográficas apontam a necessidade de os Centros de Referência de Assistência Social considerarem as dinâmicas internas de cada tipo de município, face à natureza de sua concentração populacional aliada às condições socioeconômicas.

Uma variável considerada importante e que influenciaria a defasagem escolar seria o rendimento familiar per capita. Entre a população com 25 anos ou mais, a média de anos de estudo dos mais pobres era, em 2002, de 3,4 anos e, entre os mais ricos, de 10,3 anos de estudo. Por outro lado, tomando o tamanho dos municípios, a defasagem escolar também varia segundo o mesmo indicador, sendo maior nos municípios pequenos, onde a média de anos de estudos fica em 4 anos, e nos de grande porte ou metrópoles essa média sobe para 6 a quase 8 anos de estudos. Ou seja, além da renda, o tamanho dos municípios também pode interferir no indicador de defasagem escolar.

Tabela 5
% de Crianças Fora da Escola de Acordo com a Classificação dos Municípios – 2000

Classificação dos municípios	Total de municípios	Média de anos de estudos, pessoas com de 25 anos ou mais
Pequenos I (até 20.000 hab)	4.018	3,81
Pequenos II (de 20.001 a 50.000 hab)	964	4,11
Médios (de 50.001 a 100.000 hab)	301	5,16
Grandes (de 100.001 a 900.000 hab)	209	6,31
Metrópoles (mais de 900.000 hab)	15	7,73
TOTAL	5.507	5,42

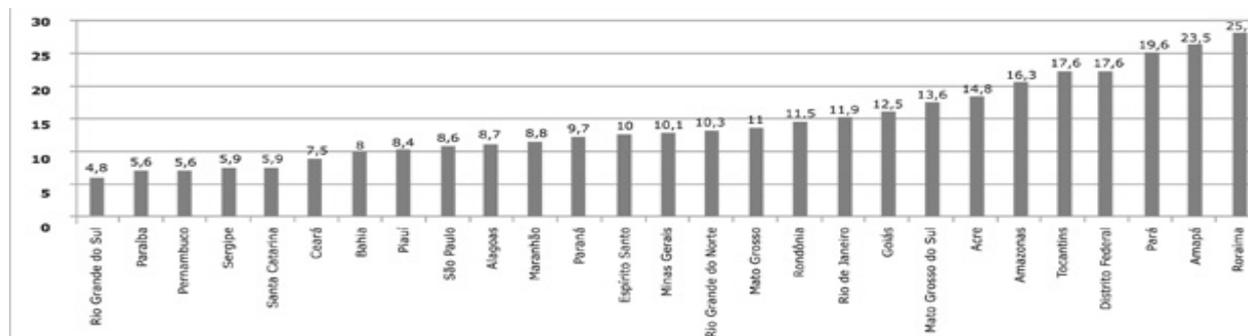
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano, 2002

Trabalho de crianças e adolescentes

Dos 5,4 milhões de crianças e adolescentes ocupados, em 2002, 41,8% estavam em atividades *não remuneradas*, 36,1% estavam *empregados*, 9% eram *trabalhadores domésticos*, 6,7% trabalhavam por *conta própria* e apenas 0,1% eram *empregadores*. No Nordeste e no Sul as crianças e adolescentes ocupados em atividades não remuneradas representavam o contingente maior, 56,5% e 47,5%, respectivamente.

As crianças e adolescentes empregados representavam o maior contingente no Sudeste, Centro-Oeste e Norte, 54,6%, 50,9 e 38,6%, respectivamente. O trabalho doméstico entre as crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade era mais frequente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste, com taxas acima da média nacional, 18,6%, 12,6% e 9,7%, respectivamente. No Estado de Roraima, em 2002, 25,1% das crianças e adolescentes ocupados eram trabalhadores domésticos. No Amapá eram 23,5% e no Pará 19,6%. Entre as Regiões Metropolitanas, a de Belém se destaca com 22,6% de crianças e adolescentes trabalhadores domésticos.

GRÁFICO 2
Percentagem de Crianças e Adolescentes de 5 a 17 Anos de Idade Ocupadas, Trabalhadores Domésticos, Segundo Unidades da Federação – 2002



Fonte: IBGE - PNAD – 2002

Gravidez na Adolescência

O comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras vem mudando nos últimos anos, com aumento da participação das mulheres mais jovens no padrão de fecundidade do País. Chama a atenção o aumento da proporção de mães com idades abaixo dos 20 anos. Este aumento é verificado tanto na faixa de 15 a 19 anos de idade como na de 10 a 14 anos de idade da mãe. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco, com taxas elevadas de mortalidade materna e infantil.

Pessoas com Deficiência

Os dados aqui apresentados são baseados na publicação *Retratos da Deficiência no Brasil*, elaborado em 2003 pelo Centro de Políticas Sociais do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas, com base nas informações do Censo Demográfico de 2000. Segundo este censo, o Brasil possuía, em 2000, aproximadamente 24,6 milhões de pessoas com alguma deficiência, correspondendo a 14,48% do total da população. A Região Nordeste possuía a maior porcentagem de deficientes, 16,8%. O Sudeste, a menor, 13,06% (Tabela 8).

Tabela 8
Estimativa da População com Algum Tipo de Deficiência, e Distribuição
Percentual por Grande Região – 2000

Grandes regiões	Total da população	Estimativa de deficientes	%
Norte	12.911.170	1.901.892	14,73
Nordeste	47.782.488	8.025.536	16,80
Sudeste	72.430.194	9.459.596	13,06
Sul	25.110.349	3.595.028	14,32
Centro-Oeste	11.638.658	1.618.203	13,90
TOTAL	169.872.859	24.600.255	14,48

Fonte: Censo Demográfico 2000 - IBGE

Diferentemente dos censos realizados anteriormente, o Censo Demográfico de 2000 elaborou um levantamento mais detalhado dos universos das pessoas com deficiência, introduzindo graus diversos de severidade das deficiências, incluindo na análise pessoas com alguma dificuldade, grande dificuldade e incapacidade de ouvir, enxergar e andar, bem como as pessoas com limitações mentais e físicas.

Considerando as deficiências em geral, sua incidência está mais associada aos ciclos de vida, enquanto as incapacidades, as doenças mentais, paraplegias e as mutilações estão mais relacionadas aos problemas de nascença, acidentes e violência urbana, mais prevalente entre homens jovens.

Segundo o Censo Demográfico de 2000, 32,02% da população estava abaixo da linha de pobreza, ou seja, tinham rendimento familiar per capita inferior a 1/2 salário mínimo. Entre as PPDs, 29,05% estavam abaixo da linha da pobreza. Preocupante era a situação das PPIs, com 41,62% em situação de pobreza. Entre as PPDs a taxa de pobreza é inferior à da população total. Este resultado pode estar associado à atuação do Estado, pela transferência de renda oriundas da assistência social e da previdência social.

Ainda na perspectiva da equidade, a política de assistência social atua com outros segmentos sujeitos a maiores graus de riscos sociais, como a população em situação de rua, indígenas, quilombolas, adolescentes em conflito com a lei, os quais ainda não fazem parte de uma visão de totalidade da sociedade brasileira. Tal ocultamento dificulta a construção de uma real perspectiva de sua presença no território brasileiro, no sentido de subsidiar o direcionamento de metas das políticas públicas.

Investimento da Assistência Social na Esfera Pública

Com base nas informações disponibilizadas pelo Tesouro Nacional, considerando somente o financiamento público nas ações de assistência social no Brasil, seguem os números agregados por entes federativos.

Em 2002, foram investidos R\$ 9,9 bilhões de recursos públicos classificados na função orçamentária de código 08 – “Assistência Social”. Destes, os Municípios participaram com R\$ 3,1 bilhões, incluídos aqui R\$ 1 bilhão que o Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS transferiu para os Municípios. Os Estados e o Distrito Federal declararam gastos da ordem de R\$ 2 bilhões, sendo que, destes, R\$ 611 milhões foram recursos recebidos do FNAS. O Governo Federal realizou uma execução orçamentária de R\$ 6,5 bilhões com assistência social. Mas como repassou R\$ 1,6 bilhão aos Estados, ao Distrito Federal e Municípios, a União gastou diretamente R\$ 4,9 bilhões na função 08.

Em 2003, foram investidos R\$ 12,3 bilhões de recursos públicos classificados na mesma função orçamentária. Destes, os Municípios participaram com R\$ 3,6 bilhões, incluídos aqui R\$ 1 bilhão repassado pelo FNAS. Os Estados e o Distrito Federal declararam ter gasto R\$ 2,2 bilhões, sendo que, destes, R\$ 800 milhões foram recursos recebidos do FNAS. O Governo Federal executou R\$ 8,4 bilhões, dos quais gastou diretamente R\$ 6,6 bilhões na função 08, tendo repassado R\$ 1,8 bilhão a Estados, Distrito Federal e Municípios.

Portanto, em termos nominais, os Estados (incluindo o Distrito Federal) ampliaram em 10% as despesas com assistência social. Os Municípios, por sua vez, elevaram em 16% seus gastos; e a União, desconsiderando as transferências, despendeu 35% a mais em 2003, comparando-se com 2002. Quanto às transferências do FNAS, houve um crescimento de 11% de um ano para o outro.

A participação relativa dos entes federados nos gastos com assistência social em 2002 e 2003 variou da seguinte forma: a União ampliou sua participação de 49,3% para 53,6%; as Unidades da Federação reduziram de 19,7% para 17,5%; e os Municípios de 31% em 2002 para 28,9% em 2003.

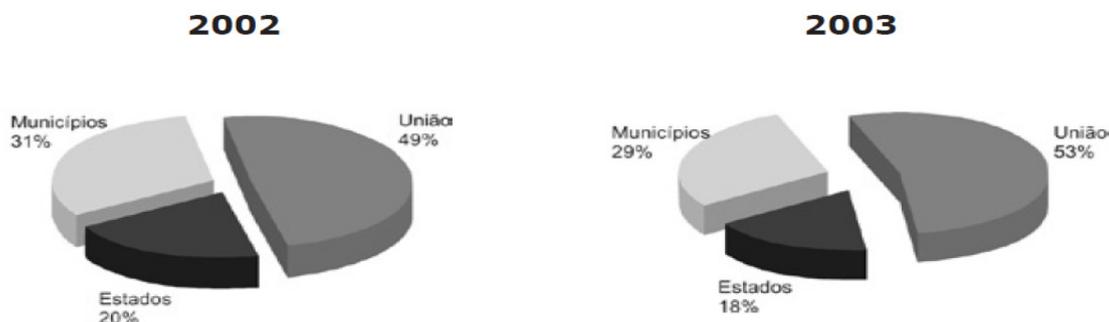
A tabela e as representações gráficas a seguir se referem a essas informações:

Tabela 9
Participação dos Entes nos Gastos com a Função Assistência Social – 2002/2003
(em R\$ milhões)

	2002	%	2003	%
União + transferências do FNAS	6.513		8.416	
União	4.883	49%	6.605	54%
Estados	1.955	20%	2.159	18%
Transferências do FNAS aos Estados	611		800	
Municípios	3.074	31%	3.561	29%
Transferências do FNAS aos Municípios	1.019		1.011	
TOTAL	9.912	100%	12.325	100%

Elaboração: CGPA/SPOA/SE/MDS

Participação dos Entes nos Gastos com Assistência Social



Com relação ao co-financiamento das despesas com assistência social, observa-se que a participação da União (transferências do FNAS) nas despesas municipais foi de 33,1% em 2002 e de 28,4% em 2003, em média. Nota-se que a participação dos recursos federais é maior nos Municípios do Nordeste e menor nos Municípios dos Estados da Região Sudeste.

Já a participação da União no financiamento das despesas estaduais (incluindo-se o Distrito Federal) com assistência social foi, em média, de 31,2% em 2002 e de 37,1% em 2003.

Deve-se ressaltar uma constatação, fruto da análise dos balanços orçamentários dos entes federados enviados à Secretaria do Tesouro Nacional – STN, referente à discriminação das receitas orçamentárias: os entes federados devem declarar uma receita denominada “Transferências de Recursos do Fundo Nacional de Assistência Social”, entretanto, apenas cinco Estados registraram receitas dessa natureza em 2002 e 2003, apesar de a União ter repassado recursos para todas as Unidades da Federação. Esta discrepância também acontece quando se analisa o balanço dos Municípios. Em 2002, de 4.825 Municípios que apresentaram as contas ao Tesouro Nacional, apenas 1.952 apontaram receitas dessa natureza, enquanto o FNAS transferiu recursos para 4.913 Municípios (88% dos Municípios brasileiros). Em 2003, esse número foi de 4.856 (87% de todos os Municípios), mas somente 2.499 Municípios (dos 4.769 declarantes) registraram ter recebido recursos do FNAS.

Se compararmos os gastos públicos com a função Assistência Social em relação ao Produto Interno Bruto – PIB medido a preços de mercado pelo IBGE, notaremos uma ampliação significativa da participação. Em 2002, o PIB medido foi de R\$ 1.346.028 milhão, dos quais 0,74% refere-se a essa área. Em 2003, o PIB alcançou R\$ 1.514.924 milhão, sendo 0,81% relativo aos gastos dos governos com a política de Assistência Social.

Quando se compara as despesas com Assistência Social em relação ao total gasto com a Seguridade Social, em cada esfera de governo, que inclui os totais de despesas com Saúde, Previdência e Assistência Social, efetuada em cada âmbito, observa-se que nos Estados e Distrito Federal, a média foi de 5,50% em 2002 e 5,38% em 2003. Entretanto, variou entre os Estados o Distrito Federal de 1,2% a 25,3%, em 2002, e de 0,75% a 34,9%, em 2003. Nos Municípios, agregados por Estados e Distrito Federal, a média foi de 10,86% em 2002 e 10,81% em 2003.

2.2. Diretrizes

A organização da Assistência Social tem as seguintes diretrizes, baseadas na Constituição Federal de 1988 e na LOAS:

I - Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social, garantindo o comando único das ações em cada esfera de governo, respeitando-se as diferenças e as características socioterritoriais locais;

II – Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;

III – Primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo;

IV – Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.

2.3. Objetivos

A Política Pública de Assistência Social 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, 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.

2.4. Usuários

Constitui o público usuário da Política de Assistência Social, 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.

2.5. Assistência Social e as Proteções Afiançadas

2.5.1. Proteção Social Básica

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

Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Os benefícios, tanto de prestação continuada como os eventuais, compõem a proteção social básica, dada a natureza de sua realização.

Os programas e projetos são executados pelas três instâncias de governo e devem ser articulados dentro do SUAS. Vale destacar o Programa de Atenção Integral à Família – PAIF que, pactuado e assumido pelas diferentes esferas de governo, surtiu efeitos concretos na sociedade brasileira.

O BPC constitui uma garantia de renda básica, no valor de um salário mínimo, tendo sido um direito estabelecido diretamente na Constituição Federal e posteriormente regulamentado a partir da LOAS, dirigido às pessoas com deficiência e aos idosos a partir de 65 anos de idade, observado, para acesso, o critério de renda previsto na Lei. Tal direito à renda se constituiu como efetiva provisão que traduziu o princípio da certeza na assistência social, como política não contributiva de responsabilidade do Estado. Trata-se de prestação direta de competência do Governo Federal, presente em todos os Municípios.

O aperfeiçoamento da Política Nacional de Assistência Social compreenderá alterações já iniciadas no BPC que objetivam aprimorar as questões de acesso à concessão, visando uma melhor e mais adequada regulação que reduza ou elimine o grau de arbitrariedade hoje existente e que garanta a sua universalização. Tais alterações passam a assumir o real comando de sua gestão pela assistência social.

Outro desafio é pautar a questão da autonomia do usuário no usufruto do benefício, visando enfrentar problemas como a questão de sua apropriação pelas entidades privadas de abrigo, em se tratando de uma política não contributiva. Tais problemas somente serão enfrentados com um sistema de controle e avaliação que inclua necessariamente Estados, Distrito Federal, Municípios, conselhos de assistência social e o Ministério Público.

Nestes termos, o BPC não deve ser tratado como o responsável pelo grande volume de gasto ou como o dificultador da ampliação do financiamento da assistência social. Deve ser assumido de fato pela assistência social, sendo conhecido e tratado pela sua significativa cobertura, 2,5 milhões de pessoas, pela magnitude do investimento social, cerca de R\$ 8 bilhões, pelo seu impacto econômico e social e por retirar as pessoas do patamar da indigência. O BPC é processador de inclusão dentro de um patamar civilizatório que dá ao Brasil um lugar significativo em relação aos demais países que possuem programas de renda básica, principalmente na América Latina. Trata-se de uma garantia de renda que dá materialidade ao princípio da certeza e do direito à assistência social.

Os benefícios eventuais foram tratados no artigo 22 da LOAS. Podemos traduzi-los como provisões gratuitas implementadas em espécie ou em pecúnia que visam cobrir determinadas necessidades temporárias em razão de contingências, relativas a situações de vulnerabilidades temporárias, em geral relacionadas ao ciclo de vida, a situações de desvantagem pessoal ou a ocorrências de incertezas que representam perdas e danos.

dos fatores socioeconômicos e necessidade de sobrevivência. Elas precisam ser compreendidas em seu contexto cultural, inclusive ao se tratar da análise das origens e dos resultados de sua situação de risco e de suas dificuldades de auto-organização e de participação social.

Assim, as linhas de atuação com as famílias em situação de risco devem abranger desde o provimento de seu acesso a serviços de apoio e sobrevivência, até sua inclusão em redes sociais de atendimento e de solidariedade.

As situações de risco demandarão intervenções em problemas específicos e, ou, abrangentes. Nesse sentido, é preciso desenhar estratégias de atenção sociofamiliar que visem a reestruturação do grupo familiar e a elaboração de novas referências morais e afetivas, no sentido de fortalecê-lo para o exercício de suas funções de proteção básica ao lado de sua auto-organização e conquista de autonomia. Longe de significar um retorno à visão tradicional, e considerando a família como uma instituição em transformação, a ética da atenção da proteção especial pressupõe o respeito à cidadania, o reconhecimento do grupo familiar como referência afetiva e moral e a reestruturação das redes de reciprocidade social.

A ênfase da proteção social especial deve priorizar a reestruturação dos serviços de abrigo dos indivíduos que, por uma série de fatores, não contam mais com a proteção e o cuidado de suas famílias, para as novas modalidades de atendimento. A história dos abrigos e asilos é antiga no Brasil. A colocação de crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos em instituições para protegê-los ou afastá-los do convívio social e familiar foi, durante muito tempo, materializada em grandes instituições de longa permanência, ou seja, espaços que atendiam a um grande número de pessoas, que lá permaneciam por longo período – às vezes a vida toda. São os chamados, popularmente, como orfanatos, internatos, educandários, asilos, entre outros.

São destinados, por exemplo, às crianças, aos adolescentes, aos jovens, aos idosos, às pessoas com deficiência e às pessoas em situação de rua que tiverem seus direitos violados e, ou, ameaçados e cuja convivência com a família de origem seja considerada prejudicial a sua proteção e ao seu desenvolvimento. No caso da proteção social especial, à população em situação de rua serão priorizados os serviços que possibilitem a organização de um novo projeto de vida, visando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direito.

A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada 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 sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

São serviços que requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas. Da mesma forma, comportam encaminhamentos monitorados, apoios e processos que assegurem qualidade na atenção protetiva e efetividade na reinserção almejada.

Os serviços de proteção especial têm estreita interface com o sistema de garantia de direito exigindo, muitas vezes, uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do Executivo.

Vale destacar programas que, pactuados e assumidos pelos três entes federados, surtiram efeitos concretos na sociedade brasileira, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI e o Programa de Combate à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes.

Proteção Social Especial de Média Complexidade

São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, e, ou, de acompanhamento sistemático e monitorado, tais como:

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

A proteção especial de média complexidade envolve também o Centro de Referência Especializado da Assistência Social, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário. Difere-se da proteção básica por se tratar de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos.

Proteção Social Especial de Alta Complexidade

Os serviços de proteção social especial 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. Tais como:

- Atendimento Integral Institucional.
- Casa Lar.
- República.
- Casa de Passagem.
- Albergue.
- Família Substituta.
- Família Acolhedora.
- Medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada).
- Trabalho protegido.

3. Gestão da Política Nacional de Assistência Social na Perspectiva do Sistema Único de Assistência Social - SUAS

3.1. Conceito e Base de Organização do Sistema Único de Assistência Social – SUAS

O SUAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo o território nacional das ações socioassistenciais. Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, co-financiamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil, e estes têm o papel efetivo na sua implantação e implementação.

O SUAS materializa o conteúdo da LOAS, cumprindo no tempo histórico dessa política as exigências para a realização dos objetivos e resultados esperados que devem consagrar direitos de cidadania e inclusão social.

inter-relações com as demais políticas setoriais e ainda com a rede socioassistencial. Portanto, Conselho, Plano e Fundo são os elementos fundamentais de gestão da Política Pública de Assistência Social.

O artigo 11º da LOAS coloca, ainda, que as ações das três esferas de governo na área da assistência social realizam-se de forma articulada, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera Federal e a coordenação e execução dos programas, em suas respectivas esferas, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

Dessa forma, cabe a cada esfera de governo, em seu âmbito de atuação, respeitando os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Assistência Social, coordenar, formular e co-financiar, além de monitorar, avaliar, capacitar e sistematizar as informações. Considerando a alta densidade populacional do País e, ao mesmo tempo, seu alto grau de heterogeneidade e desigualdade socioterritorial presentes entre os seus 5.561 Municípios, a vertente territorial faz-se urgente e necessária na Política Nacional de Assistência Social. Ou seja, o princípio da homogeneidade por segmentos na definição de prioridades de serviços, programas e projetos torna-se insuficiente frente às demandas de uma realidade marcada pela alta desigualdade social. Exige-se agregar ao conhecimento da realidade a dinâmica demográfica associada à dinâmica socioterritorial em curso.

Também, considerando que muitos dos resultados das ações da política de assistência social impactam em outras políticas sociais e vice-versa, é imperioso construir ações territorialmente definidas, juntamente com essas políticas.

Importantes conceitos no campo da descentralização foram incorporados a partir da leitura territorial como expressão do conjunto de relações, condições e acessos inaugurados pelas análises de Milton Santos, que interpreta a cidade com significado vivo a partir dos “atores que dele se utilizam”.

Dirce Koga afirma que “os direcionamentos das políticas públicas estão intrinsecamente vinculados à própria qualidade de vida dos cidadãos. É no embate relacional da política pública entre governo e sociedade que se dará a ratificação ou o combate ao processo de exclusão social em curso. Pensar na política pública a partir do território exige também um exercício de revista à história, ao cotidiano, ao universo cultural da população que vive neste território (...). A perspectiva de totalidade, de integração entre os setores para uma efetiva ação pública... vontade política de fazer valer a diversidade e a interrelação das políticas locais” (2003:25).

Nessa vertente, o objeto da ação pública, buscando garantir a qualidade de vida da população, extravasa os recortes setoriais em que tradicionalmente se fragmentaram as políticas sociais e em especial a política de assistência social.

Menicucci (2002) afirma que “o novo paradigma para a gestão pública articula descentralização e intersetorialidade, uma vez que o objetivo visado é promover a inclusão social ou melhorar a qualidade de vida, resolvendo os problemas concretos que incidem sobre uma população em determinado território”. Ou seja, ao invés de metas setoriais a partir de demandas ou necessidades genéricas, trata-se de identificar os problemas concretos, as potencialidades e as soluções, a partir de recortes territoriais que identifiquem conjuntos populacionais em situações similares, e intervir através das políticas públicas, com o objetivo de alcançar resultados integrados e promover impacto positivo nas condições de vida. O que Aldaiza Sposati tem chamado de atender a necessidade e não o necessitado.

Dessa forma, uma maior descentralização, que recorte regiões homogêneas, costuma ser pré-requisito para ações integradas na perspectiva da intersetorialidade.

Descentralização efetiva com transferência de poder de decisão, de competências e de recursos, e com autonomia das administrações dos microespaços na elaboração de diagnósticos sociais, diretrizes, metodologias, formulação, implementação, execução, monitoramento, avaliação e sistema de informação das ações definidas, com garantias de canais de participação local. Pois, esse processo ganha consistência quando a população assume papel ativo na reestruturação.

Para Menicucci (2002), “a proposta de planejamento e intervenções intersetoriais envolve mudanças nas instituições sociais e suas práticas”. Significa alterar a forma de articulação das ações em segmentos, privilegiando a universalização da proteção social em prejuízo da setorialização e da autonomização nos processos de trabalho. Implica, também, em mudanças na cultura e nos valores da rede socioassistencial, das organizações gestoras das políticas sociais e das instâncias de participação. Torna-se necessário, constituir uma forma organizacional mais dinâmica, articulando as diversas instituições envolvidas.

É essa a perspectiva que esta Política Nacional quer implementar. A concepção da assistência social como política pública tem como principais pressupostos a territorialização, a descentralização e a intersetorialidade aqui expressos.

Assim, a operacionalização da política de assistência social em rede, com base no território, constitui um dos caminhos para superar a fragmentação na prática dessa política.

Trabalhar em rede, nessa concepção territorial significa ir além da simples adesão, pois há necessidade de se romper com velhos paradigmas, em que as práticas se construíram historicamente pautadas na segmentação, na fragmentação e na focalização, e olhar para a realidade, considerando os novos desafios colocados pela dimensão do cotidiano, que se apresenta sob múltiplas formulações, exigindo enfrentamento de forma integrada e articulada.

Iso expressa a necessidade de se repensar o atual desenho da atuação da rede socioassistencial, redirecionando-a na perspectiva de sua diversidade, complexidade, cobertura, financiamento e do número potencial de usuários que dela possam necessitar.

A partir daí, a Política Nacional de Assistência Social caracterizará os municípios brasileiros de acordo com seu porte demográfico associado aos indicadores socioterritoriais disponíveis a partir dos dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, com maior grau de desagregação territorial quanto maior a taxa de densidade populacional, isto é, quanto maior concentração populacional, maior será a necessidade de considerar as diferenças e desigualdades existentes entre os vários territórios de um município ou região. A construção de indicadores a partir dessas parcelas territoriais termina configurando uma “medida de desigualdade intraurbana”. Esta medida, portanto, sofrerá variações de abrangência de acordo com as características de cada cidade, exigindo ação articulada entre as três esferas no apoio e subsídio de informações, tendo como base o Sistema Nacional de Informações de Assistência Social e os censos do IBGE, compondo com os Campos de Vigilância Social, locais e estaduais, as referências necessárias para sua construção. Porém, faz-se necessária a definição de uma metodologia unificada de construção de alguns índices (exclusão/inclusão social, vulnerabilidade social) para efeitos de comparação e definição de prioridades da Política Nacional de Assistência Social.