

Título do capítulo	CAPÍTULO 9: GESTÃO LOCAL DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O ENFRENTAMENTO ÀS DESIGUALDADES SOCIAIS EM MARACANAÚ-CEARÁ
Autores(as)	Ieda Castro
DOI	-

Título do livro	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E ATUAÇÃO DE GESTORES PÚBLICOS – EXPERIÊNCIAS RECENTES DAS POLÍTICAS DAS DESIGUALDADES
Organizadores(as)	Janine Mello, Vanda Mendes Ribeiro, Gabriela Motta, Alice Bonamino, Cynthia Paes de Carvalho
Volume	-
Série	-
Cidade	Brasília

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2020

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Editora	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
Ano	2020
Edição	-
ISBN	978-65-5635-000-4
DOI	-

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2020

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

GESTÃO LOCAL DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O ENFRENTAMENTO ÀS DESIGUALDADES SOCIAIS EM MARACANAÚ-CEARÁ

Ieda Castro¹

1 INTRODUÇÃO

Este texto é resultado do esforço de sistematização da experiência vivenciada em oito anos de gestão da política de assistência social na cidade de Maracanaú, localizada na região metropolitana de Fortaleza (RM de Fortaleza), no Ceará, no período 2005-2012, incluindo o intervalo de um ano (2011), decorrente de afastamento temporário para estudos. Nesse contexto, a intenção é trazer para o debate elementos sobre o processo de criação das condições institucionais, gerenciais, financeiras e políticas necessárias à implementação do modelo descentralizado de atenção pública no campo da assistência social, no âmbito de um município de grande porte² que, até 2004, teve um modelo de atenção aos mais pobres fundado na filantropia.

O período aqui relatado coincide com um momento histórico significativo na materialização do padrão básico de proteção social, nos moldes da Constituição Federal de 1988. Dos três pilares de sustentação da seguridade social brasileira – previdência, saúde e assistência social –, apenas o último ainda não havia sido redesenhado para alargar a proteção social pública não contributiva, tornando-se alcançável pela maioria dos cidadãos e das cidadãs em todo o país.

Foi a partir de deliberação popular na IV Conferência Nacional de Assistência Social (Brasil, 2003), seguido de amplo diálogo social ao longo de 2004, que se produziram as bases jurídicas e políticas que impulsionaram a reorganização da política de assistência social centrada no modelo de um sistema nacional, descentralizado e participativo, fundado no pacto federativo republicano, vigente em todo o país e situado no campo do direito de cidadania.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), criada em 2004, e a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/Suas), também

1. Secretária do Trabalho e Desenvolvimento Social de São Benedito-Ceará. *E-mail*: <iedacastro27@gmail.com>.

2. Estima-se que Maracanaú tenha pouco mais de 197 mil habitantes (IBGE, 2000), sendo a terceira maior população da RM de Fortaleza de caráter aparentemente jovem – 22 anos desde a sua emancipação, em 1983.

instituída em 2004, seguidas mais tarde pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Suas (NOB-RH/Suas), estabelecida em 2006, e a Tipificação Nacional dos Serviços, criada em 2009, desvelaram o aspecto inovador do novo modelo que, a partir de então, passou por um processo contínuo de profissionalização, com prestações e provisões públicas bem-definidas, financiamento público das três esferas de governo, sistemas de informação e avaliação delineados e efetivo controle social democrático. Isso gerou expectativas de que a assistência social, como braço protetivo não contributivo, poderia assumir, gradualmente, um lugar mais estratégico, ou mesmo de destaque, nas gestões públicas.

Deslocar a assistência social do espaço privado da caridade para o espaço público do direito revelou-se uma tarefa árdua para todos os gestores públicos brasileiros, considerando as diversidades regionais e locais e, principalmente, por se tratar de uma área identificada tradicionalmente pela benemerência, pelo voluntariado e pela presença marcante do *primeiro-damismo*.³ Nesse sentido, o novo modelo – o Suas – incluiu a assistência social em outro patamar na agenda política brasileira, em meio a inúmeras contradições, das quais emergiram múltiplas possibilidades nos vários municípios brasileiros, independentemente de partidos políticos.

Em Maracanaú, o processo não foi diferente. Foram muitas tarefas, tensões, enfrentamentos, diálogos e construção de consensos, envolvendo diferentes sujeitos. Em 2004, o município já atendia aos requisitos mínimos para a descentralização da assistência social pública, nos anos pós-Lei Orgânica da Assistência Social (Loas). Conforme a publicação de Brasil (1999), *Norma Operacional Básica da Assistência Social: avançando para a construção do Sistema Descentralizado e Participativo de Assistência Social*, a descentralização político-administrativa da assistência social e a transferência automática de recursos federais somente ocorreriam a partir da habilitação dos municípios por meio da criação de fundo, conselho e plano municipal de assistência social.⁴

3. Primeiro-damismo é o fenômeno associado à cultura política patrimonialista e conservadora no modo como o Estado brasileiro tradicionalmente respondeu às expressões da questão social, materializado na figura social construída da primeira-dama (esposa de governantes que assumem os poderes executivos) e que passam a ocupar a cena pública, a partir da reprodução dos valores da bondade e caridade, tradicionalmente associado ao papel essencialista da mulher na sociedade patriarcal. “O Estado então recorre aos valores socialmente difundidos como femininos para sensibilizar a sociedade a intervir na chamada ‘questão social’, impulsionando o espírito filantrópico a partir de práticas assistencialistas, características da ação projetada para a primeira-dama da Nação” (Rodrigues, 2018, p. 117).

4. “... é exigível que os mesmos estabeleçam em lei e comprovem o funcionamento do Conselho e do Fundo de Assistência Social no âmbito de sua jurisdição político-administrativa e formulem o Plano de Assistência Social, de acordo com o que se segue: *i*) comprovação da criação e funcionamento do Conselho de Assistência Social, através de cópia da lei de criação e das atas das três últimas reuniões plenárias; *ii*) comprovação da criação e funcionamento do Fundo de Assistência Social, através de cópia da lei de criação, da apresentação da lei orçamentária para o exercício contendo dotação de recursos próprios para o fundo; *iii*) apresentação do Plano de Assistência Social devidamente aprovado pelo Conselho, que deve conter: definição e quantificação das ações, destinatários, prioridades, estratégias e metas; previsão de recursos próprios e recebidos por transferência e diretrizes para a construção do Sistema de Assistência Social, considerando a complementariedade entre o Estado e a sociedade na prestação de serviços” (Brasil, 1999, p. 31).

Entretanto, a gestão da política de assistência social era responsabilidade do órgão gestor da política de saúde, e a operacionalização de suas ações programáticas, sob a alcunha de ação social, era desenvolvida por uma entidade civil sem fins lucrativos – Movimento de Promoção Social (MPS), dirigida pela primeira-dama do município – por meio de repasses de recursos públicos destinados para esse fim.⁵

Perante esse ponto de vista, foram necessárias mudanças institucionais, gerenciais e sociais que pudessem criar condições adequadas à dimensão pública da assistência social, com *status* de direito de cidadania. Nessa direção, o primeiro mecanismo indutor foi a reforma administrativa realizada em janeiro de 2005, que criou a Secretaria de Assistência Social e Cidadania (Sasc) reunindo, sob um comando único, todas as competências, funções e atividades próprias da política de assistência social (Ceará, 2005), conforme previsto na PNAS e NOB/Suas, extinguindo-se o MPS e reincorporando-se ao patrimônio público os bens adquiridos pela entidade com recursos provenientes das transferências de recursos oriundos do orçamento público.

O arcabouço jurídico criou as bases institucionais que serviram de sustentação para dar forma ao Suas no âmbito municipal, considerando os principais requisitos institucionais: o caráter não contributivo das atenções da assistência social; o protagonismo do Estado; a integração das provisões (benefícios) com as prestações (serviços); a criação de uma rede pública de atendimento, complementada com a rede privada existente; e a participação popular em todo o processo.

Todavia, o seu conteúdo e a sua identidade própria de uma política social com entregas destinadas a prover mínimos e atender a necessidades básicas de sobrevivência, acolhida e convivência familiar e comunitária, foram ganhando contornos e materialidades para além das suas normativas. Foi preciso construir essa identidade, de forma processual, a partir das diretrizes que norteiam nacionalmente o Suas: descentralização, intersetorialidade, qualificação dos serviços, financiamento público, tendo a matricialidade sociofamiliar e a territorialização como referências para organização de serviços, monitoramento, avaliação, produção de informações e sistematização de resultados (Brasil, 2005).

À arquitetura institucional combinou-se uma série de arranjos organizacionais e iniciativas de gestão como elaboração de rotinas, processos e fluxos, próprios da dinâmica da gestão pública – tanto do ponto de vista administrativo quanto de atitudes inerentes à gestão social. Esses arranjos e iniciativas foram essenciais para

5. O MPS de Maracanaú é uma entidade civil sem fins lucrativos criada em 1985 para ofertar serviços, benefícios e programas para amparar segmentos mais vulneráveis: crianças e adolescentes, pessoas idosas, gestantes, nutrízes, pessoas com deficiência, jovens, podendo promover “doações de quaisquer espécies aos mais necessitados e carentes (...)” (Ceará, 1995). Nos dois anos subsequentes à sua criação, a entidade figurava como órgão de assistência programática e apoio superior na estrutura setorial da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social, sendo desvinculada por iniciativa legislativa em 1997, por se tratar de uma entidade privada (Ceará, 1997).

impulsionar processos de muita interação e diálogo social com trabalhadores, entidades, destinatários das ações, pesquisadores, lideranças comunitárias e outros agentes políticos locais, principalmente, aqueles com mandatos eletivos, em busca de um redesenho organizacional adequado. Entre as primeiras iniciativas, destacam-se as descritas a seguir.

- 1) Estruturação de setores intermediários para acompanhamento tático da rede socioassistencial (coordenação da proteção básica, proteção especial, vigilância socioassistencial, administrativo-financeiro e programas complementares de inclusão produtiva).
- 2) Convocação de 32 profissionais aprovados em concurso realizado em 2003, inclusive os classificáveis, que se somaram aos dez servidores efetivos existentes.
- 3) Elaboração do Diagnóstico de Vulnerabilidades do Município, a partir da análise dos dados do Cadastro Único para Programas Sociais (Cadastro Único).
- 4) Adequação da rede de atendimento ao novo modelo assistencial, transitando da condição anterior de exclusivamente privada não lucrativa para estruturação de rede pública de atendimento com a implantação de Centro de Referência de Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) e Centros de Convivência, o que foi impulsionado por meio de emendas parlamentares federais, chegando, em 2012, a dezoito unidades públicas estatais de atendimento socioassistencial.
- 5) Criação de espaços locais de participação popular em cada território de Cras.
- 6) Intenso processo de capacitação sobre todos os processos de trabalho, nos níveis operacionais, táticos e estratégicos.
- 7) Criação de espaço de diálogo permanente com os trabalhadores, que culminou na criação da Mesa Permanente de Gestão do Trabalho do Suas no âmbito municipal.
- 8) Revisão e adequação de legislações e normativas municipais pertinentes à assistência social, resultando na lei municipal do Suas e, assim, atualizando todas as normativas em consonância com este sistema.

Como não havia o imperativo de uma lei federal que obrigasse os municípios a assumirem de modo compartilhado essa obrigação pública, foi necessário incluir o processo de adesão ao sistema nacional na agenda política local, palco de muitas

divergências, debates e concertações que viabilizaram o alargamento do alcance da assistência social pública no município.⁶

Nesse sentido, foram organizados fóruns de discussão com as entidades privadas não lucrativas, que tradicionalmente realizaram atendimento socioassistencial no município; ademais, realizou-se audiência pública na Câmara municipal de Maracanaú, precedida de reuniões de articulação com os onze vereadores eleitos em 2004, perante as suas insatisfações diante do novo modelo assistencial. Também ocorreram reuniões ampliadas nas seis áreas administrativas do município, mobilizando usuários da assistência social, entidades assistenciais e lideranças comunitárias locais, além de reuniões intersetoriais sobre as ofertas próprias da assistência social, resultando no deslocamento das creches comunitárias para a educação e a migração dos benefícios de órtese e prótese para a saúde, já em 2006. Houve, inclusive, a intensificação da disputa pelo orçamento público no interior do governo municipal, permitindo o incremento de mais recursos para o custeio do Suas. Desse modo, percebe-se que essas iniciativas, em seu conjunto, incluíram a pauta da assistência social pública na agenda política local.

Sem dúvida que o legado tradicional da filantropia e do clientelismo no campo socioassistencial impediu a adesão imediata dos usuários do Suas e tornou acirrado os enfrentamentos com os agentes políticos locais. Contudo, as entidades socioassistenciais, em sua grande maioria formada por associações comunitárias insatisfeitas com a precarização dos convênios e a escassez de recursos públicos para as suas ações, posicionaram-se sensíveis ao debate assumindo um certo protagonismo na pressão junto ao governo municipal para dar celeridade ao processo de adesão ao Suas. Importante lembrar que o governo federal de então assumiu uma postura ofensiva de incentivo financeiro à estruturação da rede socioassistencial nos municípios brasileiros.

Para além do relato, este texto traz uma abordagem crítica sobre o processo de estruturação e implementação do Suas no âmbito municipal, a partir de recortes históricos e memórias das experiências vividas, revelando suas contradições, desafios e aprendizados sobre as racionalidades técnicas e políticas que envolvem as dinâmicas na gestão da coisa pública.

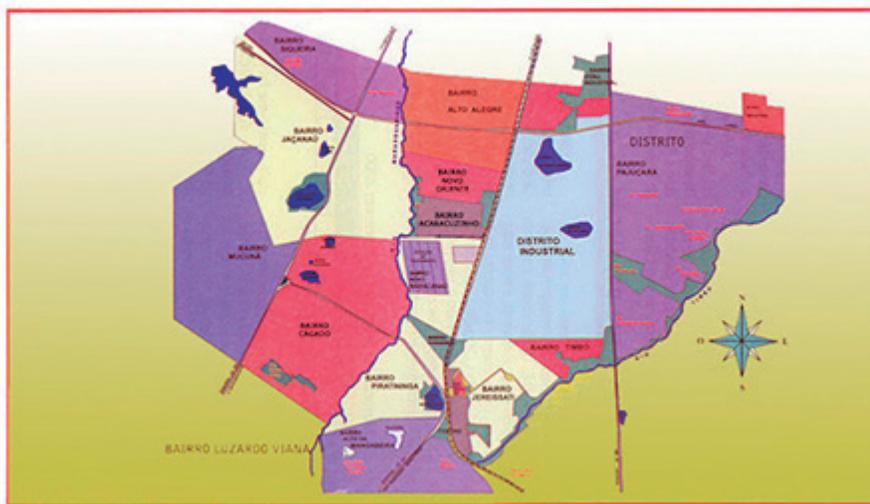
2 O CENÁRIO LOCAL

Com características predominantemente urbanas, Maracanaú, que abriga o primeiro e o maior Distrito Industrial do Ceará (75 indústrias), tem uma elevada densidade populacional (aproximadamente 1,96 hab./km²) e uma população estimada, em

6. O Suas, como modelo de organização e gestão da assistência social pública, nasceu de um pacto político entre as três esferas de governo, a partir da Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 145/2004, ganhando *status* legal seis anos depois, por meio da Lei nº 12.435/2011, que alterou a Loas, Lei nº 8.742/1993.

2018, em 226.128 pessoas.⁷ Sua formação social, econômica, política e cultural possui as marcas da segregação e exclusão social, traços associados tradicionalmente ao modelo clássico de desenvolvimento econômico do país, claramente expressos em sua atual morfologia urbana.

FIGURA 1
Mapa dos bairros de Maracanaú (2016)



Fonte: Museu Virtual de Maracanaú. Disponível em: <<https://bit.ly/31YM3S>>.

Obs.: Figura reproduzida em baixa resolução em virtude das condições técnicas dos originais (nota do Editorial).

Síntese de vários conjuntos habitacionais construídos nos anos 1970, sede do Sanatório de Tuberculose do Ceará, da Colônia Antônio Justa (antigo leprosário), do Reformatório Santo Antônio do Buraco (exclusivamente para meninos órfãos ou abandonados) e do Aterro Sanitário Metropolitano, Maracanaú é uma cidade situada na periferia da metrópole Fortaleza (lado sul), entrecortada por linha férrea e grandes rodovias que, apesar da predominância da vida urbana, mantém em seu território três aldeias indígenas dos povos Pitaguary (Santo Antônio, Horto e Olho D'água), constituindo-se uma cidade com relações sociais extremamente complexas. Além disso, as indústrias situadas no município, ao concentrar aproximadamente 20% da mão de obra local, impunham uma mobilidade intensa de trabalhadores para Fortaleza e outras cidades vizinhas atribuindo a Maracanaú a condição de cidade-dormitório, do ponto de vista produtivo.

7. Dados disponíveis no link: <<https://bit.ly/385Ujld>>.

Em 2005, com uma população estimada em 193.879 residentes, Maracanaú era detentor do segundo maior produto interno bruto (PIB) *per capita* do Ceará, mas o cenário local era de acentuada pobreza e profundas desigualdades: o índice de Gini era de 0,49; a renda *per capita*, de 261,47; 13,62% da população vivia em extrema pobreza e 40,61%, em condição de pobreza.⁸ Nesse caso, essa condição desigual de reprodução da vida manifestava-se de diferentes formas: exploração do trabalho infantil, violência doméstica, abandono de crianças e adolescentes, abandono de pessoas idosas, situação de rua, fome e discriminação étnico-racial, sexual e social.

As respostas pontuais e fragmentadas construídas a partir da ação caritativa de ajuda aos pobres revelaram-se ineficientes diante do crescimento das necessidades sociais produzidas e/ou reproduzidas no processo de expansão e crescimento desordenado da cidade, que, em seu cotidiano, convivia com a cultura da mendicância e banalização da condição de pobreza.

Do mesmo modo, a persistente cultura do favor, enraizada nas práticas políticas locais, perpetuava o clientelismo e impedia o reconhecimento dos direitos de cidadania, traduzindo as entregas públicas – mediadas pelo MPS – em benesses e concessões e acentuando as assimetrias entre o poder instituído e o povo maracanaense. Nas análises de Carvalho (1997), Bahia (2003) e Leal (2012), essas são expressões das práticas políticas fundadas no mandonismo, no clientelismo como balizador das relações sociais e mesmo no clientelismo institucional, que refletem o *modus operandi* da cultura política dominante no Brasil, originada na herança colonial escravagista e no tradicional coronelismo nordestino traduzido na prestação de favores a amigos e na perseguição aos inimigos, conforme interpretam Vilaça e Albuquerque (1978).

Naquele cenário, criar condições para implementar um modelo de proteção social pautado nos princípios constitucionais e nos marcos legais da Loas, reconhecendo o caráter público da assistência social como um dever do Estado e um direito acessível a quem dela necessite, era um desafio tanto do ponto de vista gerencial quanto social. Nessa direção, o caminho viável, inclusive deliberado no processo conferencial de Maracanaú no ano de 2004, seguindo a esteira da mobilização nacional que culminou na IV Conferência Nacional de Assistência Social, foi viabilizar a estruturação do Suas no âmbito local.

8. Dados disponíveis em: <<https://bit.ly/2LrzQVz>>.

3 ESTRATÉGIAS DE ESTRUTURAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

É preciso reconhecer que o passo inicial para qualquer mudança na gestão pública é a decisão política de fazer, a partir da qual se desdobram as demais escolhas e tarefas, seguindo o rol de preocupações inerentes às competências estabelecidas institucionalmente. Nessa perspectiva, a criação da Sasc como órgão finalístico que presta serviços finais disponibilizados à população foi fundamental para a estruturação e a implementação do novo modelo com a finalidade de satisfazer necessidades básicas de sobrevivência, acolhida e convívio, conforme estabelece a Loas (Brasil, 1993).

Com competências e atribuições inspiradas nos requisitos institucionais à organização e à gestão local do Suas e nas premissas normativas e legais de como deve ser organizada a assistência social pública (direito não contributivo, protagonismo do Estado, integração de serviços e benefícios, complementariedade de serviços públicos e privados e participação popular nas decisões), a nova secretaria assumiu o comando único das ações de assistência social. A Lei Municipal nº 986/2005, além de reunir todas as funções e atividades até então realizadas, de forma não unificada, por outros órgãos setoriais, garantiu, ainda, autonomia à titular do órgão do gestor para gerir o Fundo Municipal de Assistência Social, formular políticas, planejar, implementar, monitorar, avaliar e garantir o controle social democrático sobre as prestações e as provisões próprias da assistência social, seguindo as diretrizes nacionais do Suas (Ceará, 2005).

A partir de então, os desdobramentos estratégicos seguiram basicamente três movimentos em busca de consensos sobre a reengenharia organizacional pública requerida e a desativação do MPS, visto que o redesenho institucional lhe retirava a função de operacionalização da política de assistência social, incorporando-a definitivamente na estrutura pública estatal no âmbito local. O primeiro movimento, mais endógeno, destinou-se à sensibilização das equipes, ao alinhamento conceitual e à reorganização da gestão do ponto de vista estratégico e tático-operacional, produzindo consensos internos e adesão de todos os trabalhadores envolvidos. O segundo, voltado para a gestão municipal como um todo, esteve relacionado à construção de pontes entre as diferentes políticas setoriais no sentido de tornar públicas e evidentes as competências da política de assistência social no novo desenho institucional. O terceiro movimento, mais exógeno, foi orientado para o diálogo social com diferentes grupos de interesses: entidades filantrópicas e comunitárias locais, parlamento municipal, lideranças comunitárias e sociedade em geral para debate público sobre o caráter público da assistência social, sua institucionalidade, a necessidade de profissionalização das atenções e a democratização dos processos decisórios.

3.1 Adesão dos agentes implementadores

Como todas as ações até então eram desenvolvidas pela entidade civil sem fins lucrativos, o maior número dos trabalhadores era vinculado à entidade e não à administração pública, e os poucos servidores públicos (dezesseis), originalmente vinculados à gestão pública, estavam, predominantemente, lotados em outras políticas setoriais. A nova secretaria nascia com um quadro de trinta funcionários (entre servidores, terceirizados e comissionados), em sua maioria de nível médio, revelando um baixo nível de profissionalização do corpo técnico, o que impulsionou o chamamento de profissionais aprovados em concurso público – níveis superior e médio –, que aguardavam a nomeação.

A valorização do trabalho por meio da admissão por concurso público e processos seletivos públicos para composição das equipes de gestão e operadores de ponta foi uma estratégia essencial para o engajamento de todos nas inúmeras tarefas que se seguiram. Afinal, a força motriz que impulsiona a dinâmica no serviço público advém da motivação pessoal e profissional e da satisfação que a natureza e as condições materiais do trabalho podem proporcionar aos seus agentes. Nessa direção, o sentido do trabalho é fundamental.

Para dar conteúdo, significar o trabalho necessário das equipes e reorganizar as prestações e as provisões previstas no novo modelo (serviços, programas, projetos e benefícios), foi feito um diagnóstico socioterritorial que revelou 42 mil famílias (aproximadamente 168 mil pessoas) vivendo na linha da pobreza, sobrevivendo com meio salário mínimo de renda familiar. Destas, 28 mil famílias (112 mil pessoas) eram beneficiadas com o Bolsa-Família.

Essa estratégia permitiu que as equipes conhecessem a realidade, apropriando-se das informações sobre as condições de vida da população, o que lhes proporcionou maior empoderamento e melhor poder de barganha para avançar na organização de novas ofertas à população, abrindo o caminho para ações intersetoriais, integradas e integradoras de proteção social aos segmentos mais vulneráveis. Reconheceu-se a insuficiência das prestações e provisões diante das múltiplas necessidades das famílias. Apenas um Cras em um município de quase 200 mil habitantes, três centros comunitários, um abrigo domiciliar para crianças e adolescentes e alguns poucos convênios com entidades comunitárias para gestão dessas poucas unidades constituíram-se desafios importantes a serem enfrentados.

O diagnóstico das necessidades sociais das famílias e o georreferenciamento das vulnerabilidades locais em cada território foram os principais instrumentos na organização de serviços, programas e benefícios socioassistenciais. Gradativamente, esses serviços foram sendo ampliados; a rede de atendimento cresceu de um Cras, em 2005, para dez Cras, em 2012; e novos serviços foram implantados, como o Creas, o Centro Pop, a rede de segurança alimentar (um restaurante popular, um banco de

alimentos, cinco cozinhas comunitárias), entre outros, totalizando 26 unidades de atendimento aos segmentos mais vulneráveis, incorporando-se novos trabalhadores, de modo que, em 2007, se alcançou o total de 190 trabalhadores e, ao final de 2012, o quadro de servidores atingiu o número de 417 (40% servidores públicos).

Nessa sequência de expansão da proteção social, o orçamento previsto para as ações da Sasc saltou de R\$ 1,9 milhão, em 2005, para R\$ 22,1 milhões, em 2012, com recursos provenientes das três esferas de governo, inclusive, R\$ 2 milhões originados de emendas parlamentares federais para investimento na qualificação da estrutura física das unidades.

3.2 Interações entre agentes implementadores favoráveis ao alcance dos resultados

Foram necessários muitos encontros, seminários e capacitações para que todos se apropriassem do novo conceito e das novas linguagens fundadas na lógica do direito. Nesse processo, o incentivo à formação, à qualificação profissional e às condições de trabalho favoráveis (transporte, material de expediente, material pedagógico, entre outros) produziu movimento de sinergia que uniu e mobilizou – entre consensos e dissensos – todos na mesma direção.

Apesar da ampliação das ações nos anos que se seguiram, paradoxalmente diminuía o número de concursados de nível superior por desligamento ou transferência para outras políticas que ofereciam melhor remuneração, crescendo substancialmente os contratos temporários e terceirizados. A experiência reafirmou que apenas o intenso processo de qualificação das equipes, inclusive com incentivo à pós-graduação para estimular pesquisas sobre a realidade e as práticas produzidas no trabalho, não se constitui atrativo para a permanência de servidores públicos nos postos de trabalho, dificultando interações e vínculos com os usuários. Foi essencial criar planos de cargos e carreira no âmbito da assistência social com a implementação de funções gratificadas (Lei nº 1.849, de 8 de maio de 2012) oferecendo estabilidade às equipes e tornando mais atrativo o trabalho nessa política.

A participação da força de trabalho em eventos e encontros locais, regionais e nacionais, além de proporcionar trocas de experiências e maior interação entre as equipes de gestão e de ponta (oferta direta das prestações e provisões), contribuiu para desenvolver competências e habilidades na produção, na sistematização e na difusão de informações, consolidando a assistência social como uma política pública efetiva.

3.3 Resolução de tensões e de divergências

A profissionalização de uma política pública não impõe condições meramente técnico-gerenciais, existe uma dimensão política que não se pode negligenciar. É preciso atitudes e posturas democráticas, bem como a criação de espaços públicos abertos ao debate, ao confronto de ideias e à necessária concertação em torno da melhor forma de prestar o serviço público e atender com qualidade às necessidades das pessoas.

Nesse caso, os canais instituídos, a exemplo dos conselhos municipais de assistência social e dos conselhos de defesa de direitos (criança e adolescentes, mulheres, pessoas idosas e pessoas com deficiência), foram os principais espaços adotados para resolução dos conflitos inerentes ao processo de implementação do Suas. A criação de fóruns comunitários permanentes em cada território de Cras foi estimulada e instituiu-se a Mesa de Gestão do Trabalho no Suas no município, fortalecendo, assim, o movimento organizado de trabalhadores e de usuários. Ademais, estabeleceram-se os conselhos locais nos territórios de Cras e, a cada dois anos, realizam-se as conferências de assistência social.⁹

Outro mecanismo importante que preveniu eventuais tensionamentos foi a adoção do planejamento estratégico de baixo para cima, desde os territórios das unidades de atenção do Suas até o nível estratégico da gestão. Além disso, consideraram-se relevantes todas as iniciativas e movimentações devidamente discutidas e deliberadas nos conselhos de assistência social, após escuta dos diferentes conselhos de defesa de direitos.

3.4 Coordenação intragovernamental e/ou intergovernamental e de gestão

Compartilhando da ideia de que a gestão pública deve ser horizontalizada e de que as políticas setoriais não podem ser caixas voltadas para si, buscou-se permanentemente parceria com outras políticas setoriais, em particular, com a saúde, a educação, a habitação, o trabalho e o desenvolvimento econômico. Essa relação é uma construção cotidiana, que exige abertura para o outro e consciência das competências e singularidades próprias de cada um. Alguns entraves estiveram associados à tendência de cada sistema de fechar-se em suas próprias dinâmicas e informações, perdendo a dimensão da totalidade e da integralidade prevista nas diretrizes das políticas sociais brasileiras.

No caso em particular da assistência social, tradicionalmente associada aos pobres como público-alvo, e não às condições de desproteção social previstas em

9. Os Conselhos Locais de Assistência Social (CLAS), de natureza propositiva e consultiva, foram criados, a partir da Resolução do Conselho Municipal de Assistência Social de Maracanaú (CMAS) nº 7/2008, com o objetivo de ampliar o exercício da participação popular e o controle democrático da política de assistência social nos territórios de Cras (Carvalho, 2014).

lei, conforme analisa Yazbek (2012), as articulações no interior do governo são confundidas com transferências de responsabilidades. Um exemplo clássico é a concessão de órtese e prótese, fraldas geriátricas, alimentações especiais – prestações públicas previstas na política de saúde, que, por vezes, são transferidas para a assistência social por serem interpretadas como benefícios destinados à pessoa pobre, descaracterizando a natureza pública e universal contida nos princípios que orientam as ofertas do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Leão e Dallari (2016), Amaro (2016) e Costa, Morais e Senna (2017), do ponto de vista das relações entre governos, considerando o aspecto republicano, de sistemas nacionais, a exemplo do modelo interfederativo do SUS, as comissões intergestoras assumem significativa relevância na efetivação do compartilhamento de responsabilidades entre os entes federados. Do mesmo modo, Oliveira (2009) sinaliza a importância da participação do órgão gestor municipal de assistência social no fórum de articulação de gestores no âmbito do Suas e dos colegiados de gestores municipais de assistência social: Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social (Coegemas) e Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas); ademais, a autora aponta a relevância de espaços de troca de experiência e articulação permanente (estadual e nacional) em torno da qualificação e da consolidação do modelo sistêmico de atenção socioassistencial.

Mistura de gestão gerencial e social, a gestão do Suas em Maracanaú exigiu habilidade política para negociar e construir consensos e capacidade administrativa-financeira para gerir e otimizar recursos para alcançar resultados eficientes e eficazes no enfrentamento das desigualdades.¹⁰ A secretaria tinha uma estrutura organizacional mais horizontalizada, situando-se no campo estratégico: os conselhos, as coordenadorias finalísticas e a coordenadoria meio. No campo tático-operacional, agrupavam-se as gerências intermediárias e a rede de atendimento.

3.5 Lidar com questões federativas

No arcabouço normativo do Suas, as questões federativas giram em torno do compartilhamento de responsabilidades e do cofinanciamento das ações socioassistenciais que, em contextos de crise econômica e financeira, são tensionadas pela maior ou menor presença de um dos entes federados.

10. "A *gestão social* racional implica, para as políticas públicas, procedimentos, normas e regras objetivas e coerentes, universais e inclusivas, capacidades e competências essenciais para uma administração pública responsável, sensível e consciente da autonomia e da igualdade dos cidadãos. O *modelo gerencial* daí decorrente implica na apresentação de sua flexibilidade, agilidade e uma relação incremental estável e equânime entre eficácia, eficiência e efetividade que contemple a dimensão complexa humana enquanto premissa vital para o advento de um cenário futuro real, desejável, factível, pelos diversos atores de um projeto de democracia social e econômica em curso" (Perrucho Filho, 2004, p. 91).

As bases da assistência social, como um dos pilares de estruturação da seguridade social no Brasil, estão fundadas no pacto federativo inscrito na Constituição Federal de 1988, inciso I do art. 204, que aponta a descentralização político-administrativa, com divisão de responsabilidades entre os entes federados, como uma das diretrizes à sua estruturação. A Loas em 1993, reafirmando o dever público do Estado, estabelece que as ações devem ser organizadas a partir da gestão compartilhada, do cofinanciamento e da cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, devem operar a proteção social não contributiva (Brasil, 1993).

Desde então, a estruturação do novo modelo assistencial, seguindo na esteira dos processos de descentralização do Estado brasileiro, como analisa Arretche (2000), tem se dado em meio a desafios históricos perante a baixa (quase nula) capacidade institucional e gerencial dos municípios de organizar prestações e provisões públicas em um campo tradicionalmente associado à filantropia e ao voluntariado. Considera-se, ainda, o fato de que os estados, durante o período da Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), assumiram o protagonismo na execução direta dos programas federais.

A inovação trazia em si a ideia de municipalização, atribuindo-se aos entes municipais a oferta direta de serviços, aos estados o apoio técnico e financeiro aos municípios, e ao governo federal a coordenação nacional e o papel de indutor da adesão dos municípios ao novo modelo. Nesse contexto, essa inovação foi se traduzindo em desconcentração da oferta dos serviços, mas não desconcentrando, na mesma medida, os recursos financeiros, que somados à cultura centralizadora limitavam a descentralização, principalmente nos municípios pequenos à mera formalidade (Campos, 2005).

QUADRO 1
Distribuição de competências específicas e comuns dos entes federados, em relação à assistência social – Loas

União	Estados	Distrito Federal e municípios
Gestão e concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Destinação de recursos aos municípios para pagamento de auxílio natalidade e funeral, mediante critérios definidos pelos conselhos	Destinar recursos e efetuar pagamento de auxílio natalidade e funeral com critérios deliberados pelo conselho
Apoio técnico e financeiro aos serviços, programas e projetos em âmbito nacional	Apoio técnico e financeiro aos serviços, programas e projetos em âmbito regional ou local	Executar programas e projetos de enfrentamento à pobreza
	Apoio técnico e financeiro a associações e consórcios de municípios na oferta de serviços, programas e projetos	Executar serviços assistenciais destinados a crianças e adolescentes, população de rua, idosos e pessoas com deficiência
	Execução direta de serviços regionalizados, na ausência dos municípios	Fazer atendimento em situações emergenciais
Atender em conjunto com demais entes em situações emergenciais		

Fonte: Castro (2012).

Via de regra, na assistência social, a maior ausência é atribuída aos entes estaduais, que, no modelo atual, assumem um papel mais relevante no nível tático, sendo mais requerida sua presença no fortalecimento da capacidade de gestão dos municípios e no apoio técnico e financeiro para ofertas públicas mais ampliadas e qualificadas nos municípios. Desse modo, considerando-se a diretriz constitucional de que a política de assistência social, como as demais, deva ser descentralizada, ocorre uma pressão mais direta dos usuários e dos mecanismos de defesa dos direitos de cidadania sobre o ente municipal por mais serviços públicos, em contraposição à sua limitada capacidade financeira, produzindo tensionamentos entre os entes federados.

Nesse contexto, as questões federativas estão associadas às implicações do processo de descentralização no atendimento mais direto às necessidades da população, na tomada de consciência sobre o dever do Estado e na importância estratégica da solidariedade mútua entre os entes federados.

4 ANÁLISE SITUACIONAL

Diante das competências institucionais atribuídas à recém-criada Sasc, a linha de base estabelecida foi um orçamento de R\$ 1,9 milhão em 2005, uma força de trabalho constituída de trinta trabalhadores, seis unidades de atendimento à população (sob a gestão de entidades) e aproximadamente uma dezena de convênios com entidades comunitárias (Ceará, 2015).

Aos poucos, o cenário foi mudando, na medida em que se alargou a capacidade técnico-administrativa com a convocação de profissionais concursados aprovados em processos seletivos da gestão anterior e se incluiu, na agenda política, as deliberações das conferências sistematizadas no I Plano Decenal de Assistência Social (2005-2015), avançando-se na reestruturação e na ampliação da rede de atendimento. Isso culminou no crescimento gradual do orçamento da assistência social, atingindo, em 2012, o montante de R\$ 14 milhões para o custeio da gestão e dos serviços ofertados em 23 unidades de atendimento, sendo vinte estatais e três sob a gestão de entidades.

Embora a segregação social seja um traço marcante em Maracanaú, a cultura da resistência expressada nas ocupações desordenadas dos espaços urbanos e na luta social pela sobrevivência criou um ambiente favorável à participação da população em geral nos debates sobre a estruturação e a implantação do novo modelo. As conferências municipais de 2005, 2007, 2009 e 2011 mobilizaram, em seu conjunto, milhares de pessoas em todas as comunidades, inclusive nas três aldeias indígenas.

As entidades filantrópicas, nos primeiros anos, tiveram dificuldades de se alinhar às normativas do Suas, ajustando-se mais tarde conforme regulação do CNAS. Entretanto, as associações comunitárias, muitas delas ligadas a grupos políticos de

cunho eleitoral, ainda que tenha participado dos debates e manifestado publicamente suas insatisfações, não conseguiram inserir-se na rede socioassistencial por não atender aos requisitos legais instituídos que regem o terceiro setor nos anos pós-Suas. Segundo dados constantes na Pesquisa de Informações Básicas Municipais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Munic/IBGE) sobre entidades privadas de assistência social, em 2006 foram identificadas 16.089 organizações socioassistenciais, sendo 14.791 destas ativas em 2013, e, entre 2014 e 2015, registrou-se o número de 13.659 entidades de assistência social.¹¹

A experiência de oito anos na gestão municipal do Suas traz evidências de que a gestão social junto ao legislativo municipal e aos demais agentes políticos locais se constitui o elemento de maior complexidade, desencadeador de muitas tensões e conflitos. Os arranjos e as dinâmicas organizacionais fundadas na cultura do direito sugerem transparência, clareza nas regras e nos critérios de elegibilidade adotados para a organização das ofertas e definição de potenciais públicos de acesso, entrando em confronto direto com práticas políticas rotineiras centradas nas relações assimétricas que perpassam o clientelismo eleitoral ou mesmo institucional, conforme avalia Couto *et al.* (2011):

A consolidação da assistência social, enquanto política pública de responsabilidade do Estado e de direito do cidadão, revela-se como um processo em transição, onde os valores e parâmetros afirmados pela nova institucionalidade na perspectiva do Suas, convivem cotidianamente com referência da cultura patrimonialista, tecnocrática e clientelista (Couto *et al.*, 2011, p. 260).

No trato dessas tensões, recorreu-se usualmente ao debate público por meio de sessões especiais, audiências públicas e conversas pontuais para esclarecimentos de dúvidas sobre as escolhas e decisões adotadas a partir das deliberações de conselhos e conferências.

No processo de construção dos consensos necessários à estruturação do novo modelo assistencial, foram primordiais a busca de interlocutores no campo da saúde e da educação e a elaboração de narrativas com base em documentos e normativas no sentido de realizar pactuações e efetivar mudanças que oportunizassem a passagem do paradigma da ação social para a formação de identidade de um sistema de proteção social com entregas próprias, claramente delimitadas.

As pactuações em torno da transição das creches comunitárias, até então sob o comando da assistência social – legado da extinta LBA para o sistema educacional –, foram resultados do acordo construído em cumplicidade com a gestão local da educação e o movimento organizado em defesa da educação infantil – Fórum de Educação Infantil do Ceará. Do mesmo modo, o deslocamento de ações próprias

11. Informações disponíveis no link: <<https://bit.ly/2qUamsu>>.

da saúde, a exemplo de órtese e prótese e ainda do transporte para tratamento de hemodiálise, ambos executados pela ação social até 2005, foi resultado de muitas controvérsias em conferências e reuniões na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) até que se construísse o consenso, a partir do apoio do movimento de pessoas com deficiência.

5 AS ADEQUAÇÕES E OS AJUSTES LOCAIS

Inicialmente, as normativas e as leis federais foram suficientes para orientar a reforma administrativa que criou o órgão gestor específico da assistência social com funções públicas claramente definidas e para dar os primeiros passos na estruturação do Suas no município.

Os ajustes e as adequações vieram processualmente, conforme foram se intensificando o diálogo social e se avançando a estruturação e a implementação do Suas no município. O primeiro bloco de adequações está relacionado às normativas: *i*) regulação dos benefícios eventuais; *ii*) regulamentação do Suas no âmbito local por meio de lei municipal; *iii*) adequações na legislação do Fundo Municipal e do CMAS; e *iv*) resoluções do CMAS sobre o reconhecimento das entidades socioassistenciais de acordo com as deliberações do CNAS.

Um outro bloco de ajustes se refere a aspectos administrativos e adequações dos serviços: *i*) qualificação da gestão do Cadastro Único; *ii*) aperfeiçoamento dos mecanismos de transferências de renda (transição das diferentes bolsas por segmento para o Bolsa Família); e *iii*) adequações dos serviços à Tipificação Nacional dos Serviços. Do ponto de vista da cultura local, o ajuste mais significativo veio com adequações da dinâmica organizacional e da organização de prestações e provisões à cultura indígena, a partir da implantação de um Cras exclusivamente indígena no interior da reserva.

6 DIFICULDADES E LIMITES

As principais dificuldades e limites identificados na experiência vivida estão associados basicamente à cultura política conservadora, retratada em Lynch (2017), Viana (2005) e Nunes (2010), entre outros analistas do pensamento social brasileiro, e ao preconceito em relação às condições de vida dos segmentos mais vulneráveis, especialmente no que se refere aos povos indígenas – como os Pitaguary residentes nos arredores de Maracanaú – em processo de aculturação. Nesse sentido, Galvão (1957, p. 70) analisa que “a simples presença de civilizados em torno de um território indígena, mesmo quando não se estabelecem relações diretas, é um fator condicionante de mudanças na cultura indígena”.

Além disso, a ausência de prédios públicos que pudessem ser disponibilizados para a abertura de serviços, a irregularidade fundiária urbana em que os terrenos

não são devidamente registrados, o acentuado número de ocupações e favelas e as condições precárias de mobilidade urbana com escasso serviço de transporte urbano foram também entraves para que se assegurasse a organização da oferta de serviços acessíveis a toda população em toda a comunidade.

Embora Maracanaú esteja situada na RM de Fortaleza, o acesso à internet é bastante precário, o que dificultou a agilidade nos processos de cadastramento, revisão e atualização cadastral do Cadastro Único, retardando o acesso à transferência de renda de importantes segmentos da população.

Faz-se importante destacar que a maioria dos trabalhadores de nível superior era residente nas cidades vizinhas, especialmente Fortaleza, optando apenas por trabalhar em Maracanaú, requerendo maiores esforços na formação de vínculos com as comunidades locais. Havia um certo estranhamento das equipes em relação às dinâmicas locais que precisaram ser trabalhadas para que se estabelecessem elos e se quebrassem barreiras culturais que impediam melhor resultado no trabalho dos funcionários.

Outra dificuldade relacionada à profissionalização da política de assistência social está associada ao conservadorismo moral, atribuído à assistência social, tradicionalmente identificada pelo viés humanista, com enfoque nas pessoas, por vezes comportamentalista, não produzindo resultados aferíveis sobre as reais condições de vida das famílias e das comunidades.¹²

Do mesmo modo, a cultura do imediato associada à pouca *expertise* na área do planejamento também se constituiu um obstáculo. Por vezes, os processos administrativos burocráticos engessados, a exemplo dos processos licitatórios próprios da administração pública, não conseguiam ser concluídos em tempo hábil, comprometendo os demais processos e afetando os resultados previstos.

7 APRENDIZADOS

O processo de estruturação e implementação de políticas públicas é uma tarefa coletiva que requer muito engajamento e compromisso com transformações que possam promover bem-estar, rebater os efeitos perversos das desigualdades e proporcionar um movimento de construção da igualdade. A experiência em Maracanaú exigiu conhecimento teórico-metodológico para o estabelecimento de diálogos construtivos sobre rumos e estratégias, considerando as tendências daquele momento.

12. O termo *conservadorismo moral* atribuído à assistência social é uma abordagem centrada no conceito de questão social como um problema moral, em que o indivíduo e a família são objetos de intervenção para a solução de problemas, com foco nas suas necessidades materiais e morais (Yazbek, 2009).

Sem dúvida, decifrar a realidade para entender seu rebatimento nas particularidades do município foi fundamental. Afinal, as estratégias não brotam do chão, elas são extraídas da realidade objetiva, preservando sua viabilidade e reduzindo a distância entre o desejável e o possível.

Não há gestão pública sem a articulação e a mobilização de múltiplos saberes, a flexibilidade para o diálogo, a clareza de objetivos e finalidades e, principalmente, sem a escuta qualificada. No caso em particular da assistência social, foi preciso conquistar aliados e construir alianças, para que fosse possível atribuir-lhe o *status* de política pública e consolidar a sua identidade como política de proteção social situada no campo da seguridade social, rompendo com a tradicional prática denominada *ação social* expressa em atividades pontuais e fragmentadas, muito associada a eventos sociais.

Outro importante aprendizado do ponto de vista afetivo é que a gestão da política de assistência social pulsa, tem vida, é dinâmica e inclui-la na agenda política do município requer muita disputa, embates e convencimentos sempre com base em sólida argumentação.

No desenvolvimento das funções de gestão, foram muitas lições aprendidas seja do ponto de vista dos processos: financeiro, orçamento, planejamento, processos de trabalho; seja do ponto de vista das relações sociais estabelecidas nas diferentes direções: relações hierárquicas, os micropoderes; ou mesmo os resultados produzidos: acesso ao alimento saudável, à produção, desenvolvimento de habilidades, compartilhamento das decisões com os usuários, difusão de direitos, entre tantos outros resultados produzidos por quase uma década.

8 VISÃO DA GESTÃO PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil, a descontinuidade de governos originada da falta de uma visão mais alargada do Estado contribui para que a gestão da coisa pública não apresente resultados mais duradouros. A cada mudança de governo, entram em colapso as estratégias adotadas em governos anteriores, mesmo que tenham sido exitosas; desloca-se a força de trabalho e entram em cena outros atores, muitas vezes desconhecedores das políticas públicas. Após cada pleito eleitoral, seja municipal ou das outras esferas de governo, a renovação das gestões acaba se traduzindo em interrupções e recomeços ou em redução no ritmo dos processos.

A disputa do fundo público é acirrada, e, dependendo das justificativas e explicações sobre os gastos públicos – custeio ou investimento –, os cortes na área social são mais ou menos severos conforme as linhas de prioridades estabelecidas pelos governos. Ou seja, não são as necessidades sociais os elementos determinantes na alocação de recursos, mas sim o limite fiscal definido pela área econômica do governo (Salvador, 2010).

A democratização da gestão prevista constitucionalmente é ainda um processo em construção que depende do movimento histórico de cada lugar e dos sujeitos envolvidos. O baixo nível de escolaridade da população, juntamente com a inexistência de práticas democráticas cotidianas, faz com que não sejam significativos o engajamento dos usuários e a sua participação ativa nos processos decisórios, limitando-se, muitas vezes, a validar as decisões do poder instituído sem debate crítico.

9 EXPERIÊNCIA PESSOAL E ENFRENTAMENTO DA DESIGUALDADE

Sem dúvida, a gestão reflete a história de cada um, com suas memórias e acervo cultural adquiridos nas experiências vividas em suas trajetórias pessoais e profissionais. O fato de ser assistente social, com um projeto profissional claramente vinculado ao projeto societário democrático, contribuiu no momento das escolhas dos caminhos a serem trilhados.

O compromisso com a classe trabalhadora, com uma sociedade radicalmente democrática, livre da discriminação e do preconceito, e o reconhecimento de que não se caminha sozinho iluminaram cada passo e cada etapa do processo. É certo que quem sabe onde o sapato aperta é quem calça o sapato, portanto, ninguém melhor do que os usuários para falar sobre a maneira mais satisfatória de atendê-los em suas necessidades.

Essa é a dimensão ética da gestão pública: não se encerrar em si mesmo, mas referenciar-se na coletividade e na vida social pautada no altruísmo e na solidariedade entre os povos. Nesse contexto, as políticas sociais são colocadas como mediações estratégicas para enfrentar todas as formas de desigualdade e construir outras racionalidades nas dinâmicas dos territórios. Assim, a participação ativa na luta social, a militância em diferentes agendas de luta (mulheres, povos e comunidades tradicionais, crianças e adolescentes) e a inserção na cena política (eventos locais da comunidade), assumindo a dimensão pública do trabalho inerente ao cargo de gestão, contribuíram para que a assistência social ganhasse um espaço de destaque na agenda política local.

São considerados reflexos da inclusão dessa política na agenda política local: o salto orçamentário, de aproximadamente R\$ 1,9 milhão para R\$ 22 milhões, associado à criação de uma rede de atendimento, antes inexistente, alcançando 26 equipamentos públicos (98% encravados em prédios públicos); a articulação do Suas com o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional, que permitiu a criação de cinco cozinhas comunitárias, um banco de alimentos, um restaurante popular, uma feira itinerante nos territórios mais vulneráveis; e a institucionalização do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Mulher, do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos das Pessoas

com Deficiência, do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa e dos conselhos locais de assistência social, que se somaram aos já existentes CMAS e ao Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente, todos vinculados ao órgão gestor de assistência social no âmbito municipal.

Ainda, a garantia de realização de processos conferenciais envolvendo todos os territórios dos dez Cras, a criação do Fórum Municipal de Trabalhadores do Suas, a participação dos usuários no CMAS e talvez a conquista mais significativa na trajetória da assistência social, considerando a tradicional dualidade governo/entidades prestadoras de serviços, são fatores que resultaram da maior visibilidade da assistência, constituindo-se, ao mesmo tempo, indutores de maior adesão da política na agenda política local.

Alinhada a essa dimensão, também houve um grande investimento na dimensão técnica do fazer no campo da gestão pública: encontros de natureza científica, de formação e de socialização de experiências; capacitações; cursos locais, regionais, nacionais e internacionais; produção de artigos e outras publicações; participação em espaços da mídia; entre tantas outras atividades.

Ademais, há evidências de que a participação na organização política dos gestores (Congemas e Coegemas) colocou o município em posição de destaque, referência nacional na organização e na integração de sistemas direcionados para uma proteção mais integrada e integral às famílias em condição de vulnerabilidade. Em recente estudo sobre instituições participativas no Brasil pós-Constituição Federal de 1988, o Ipea apontou que o conjunto de instrumentos – conferências, audiências públicas, ouvidorias, fóruns de debates, mesas de negociação e conselhos – pode ser reconhecido como “peça fundamental para ordenar políticas prioritárias” (Ipea, 2010, p. 566).

Na avaliação de Avritzer (2008), em diferentes contextos, as instituições participativas apresentam maior ou menor potencial para democratizar o governo, dependendo da organização da sociedade civil e da presença de atores políticos capazes de produzir sinergia impulsionadora de processos participativos.

Na verdade, os ritmos e a intensidade das experiências de gestão no campo do Suas se diferenciam de acordo com os sujeitos que protagonizam o debate sobre a política, os traços característicos de cada gestor, o seu compromisso com o enfrentamento às desigualdades e o legado que pretendem deixar para os cidadãos e as cidadãs em suas localidades.

REFERÊNCIAS

AMARO, J. A. M. **Avaliação das Comissões Intergestores Regionais (CIR) sob a perspectiva dos gestores municipais de saúde e dos representantes estaduais**. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão Pública na Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2IDKwyK>>.

ARRETCHE, M. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-64, jun. 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2IAAt9Pi>>.

BAHIA, L. H. N. **O poder do clientelismo**: raízes e fundamentos da troca política. Rio de Janeiro; São Paulo: Renovar, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 1993. Disponível em: <<https://bit.ly/2MX80BA>>.

_____. **Norma Operacional Básica da Assistência Social**: avançando para a construção do Sistema Descentralizado e Participativo de Assistência Social. Brasília: Seas/MPAS, 1999.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Deliberações aprovadas. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 4., 2003, Brasília, Distrito Federal. **Anais...** Brasília: MDS, 2003. Disponível em: <<https://bit.ly/2Je3nRt>>. Acesso em: 24 out. 2019.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS) 2004/Norma Operacional Básica (NOB/Suas)**. Brasília: MDS, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2ogYq35>>. Acesso em: 24 out. 2019.

CAMPOS, E. B. A complexa descentralização da política de assistência social. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2005. Universidade Federal do Maranhão, São Luís. **Anais...** São Luís: UFMA, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2Oy0Fd>>.

CASTRO, I. M. N. Pacto federativo e financiamento da assistência social: as implicações da regulação do Suas nos orçamentos municipais. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, v. 12, n. 23, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2NhFj1e>>.

CARVALHO, J. M. Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, 1997.

CARVALHO, M. T. S. Usuários em cena e os “donos” do poder: conselhos locais de assistência social, uma experiência de controle social. *In*: VIANA, G. O. (Org.). **Assistência Social em Maracanaú**: suas perspectivas sob o olhar dos trabalhadores, Maracanaú, 2014. p. 242-269.

CEARÁ. Cria o Movimento de Promoção Social (MPS). **Diário Oficial do Ceará**, n. 16.580, 3 jul. 1995.

_____. Lei Municipal nº 553, de 28 de maio de 1997. Modifica a estrutura orgânica consolidada do poder Executivo de Maracanaú; altera nomenclatura de órgãos; cria cargos; e adota outras providências. Maracanaú, 1997. Disponível em: <<https://bit.ly/3621Uas>>. Acesso em: 23 out. 2019.

_____. Lei Municipal nº 986, de 6 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a reestruturação organizacional do poder Executivo, com a extinção, o desmembramento, a o desmembramento, a transformação, a redenominação e a criação de Secretarias; prevê a criação de entidades da administração indireta, mediante leis específicas; e dá outras providências. Maracanaú, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2or61vO>>. Acesso em: 2 fev. 2019.

_____. Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Maracanaú (2014-2017)**. Maracanaú: Caisan, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2OPHPxI>>.

COSTA, B. L. S.; MORAIS, I. D.; SENNA, M. C. M. Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Assistência Social: análise de uma experiência. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 5., 2017; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 12., 2017, Vitória, Espírito Santo. **Anais...** Vitória: Ufes, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2OuwtpY>>.

COUTO, B. *et al.* (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2011.

GALVÃO, E. Estudos sobre a aculturação dos grupos indígenas do Brasil. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, jul. 1957. Disponível em: <<https://bit.ly/323scGX>>.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2010.

LEAL, V. N. **Coronelismo, enxada e voto**: o município e o regime representativo no Brasil. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

LEÃO, T. M.; DALLARI, S. G. O poder normativo das comissões intergestoras bipartite e a efetividade de suas normas. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 38-53, mar./jun. 2016.

LYNCH, C. E. C. Conservadorismo caleidoscópico: Edmund Burke e o pensamento político do Brasil oitocentista. **Lua Nova**, São Paulo, n. 100, p. 313-362, 2017.

NUNES, E. O. **A gramática política do Brasil**: clientelismo, corporativismo e insulamento democrático. 4. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

OLIVEIRA, E. G. Gestão da assistência na perspectiva do Suas e suas implicações para à gestão municipal: uma aproximação preliminar da realidade de Currais Novos. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 4., 2009, São Luís, Maranhão. **Anais...** São Luís: UFMA, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2olnENT>>.

PERRUCHO FILHO, J. M. **Gestão social e políticas públicas**: a agência de desenvolvimento social. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RODRIGUES, D. D. L. Discutindo gênero e “primeiro-damismo”. *In*: COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNEROS E DE SEXUALIDADES, 13., Campina Grande, Paraíba, 2018. **Anais...** Campina Grande: Conages, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2olo9Yh>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

VIANA, O. **Populações meridionais do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2005.

VILAÇA, M. V.; ALBUQUERQUE, R. C. **Coronel, coronéis**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978.

YAZBEK, M. C. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do serviço social. *In*: CFESS; ABEPSS (Orgs.). **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Cead/UnB, 2009.

_____. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998. Aprova por unanimidade a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB 2). **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 dez. 1998.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 145, 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Suas**. Brasília: MDS, 2006.

_____. **Tipificação nacional de serviços sócio assistenciais**. Brasília: CNAS, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2nzh7L9>>.

_____. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Planalto.gov**, Brasília, 6 jul. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2XwkBPv>>.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Perfil básico municipal de Maracanaú**. Fortaleza: Ipece, 2009.

SOUZA, M. A. **Maracanaú: história e vida – o voo das maracanãs auriverdes e o pouso dos ventos da industrialização**. Fortaleza: Tropical, 1996.