

# As famílias vulneráveis e a rede intersectorial no Brasil

Roberta Carvalho Romagnoli - Tuliola Almeida de Souza Lima\*

## Abstract

Il Brasile è un paese storicamente marcato dalla disuguaglianza sociale. In tale contesto, famiglie, bambini e adolescenti in condizione di vulnerabilità sono il centro dell'attuazione delle politiche pubbliche, che cercano di garantire i loro diritti sociali. Questo articolo tratta delle famiglie vulnerabili del riferito paese e della necessità di un confronto intersectoriale, tramite la formazione di una rete di protezione sociale. In questo modo, il testo discute i risultati parziali di una ricerca finanziata dall'organo brasiliano CNPq, il quale investiga il modo di gestione del lavoro sociale fra le politiche settoriali, nel Núcleo Intersectorial Regional (NIR) di una zona di Belo Horizonte, capitale dello stato di Minas Gerais. Si conclude che le famiglie devono essere parte nella lotta contro l'esclusione sociale e le sue vulnerabilità. A tal fine, si devono sentire le loro necessità, accogliere le loro singolarità e puntare sulle loro capacità sviluppando con questi gruppi nuove pratiche di attuazione nelle politiche pubbliche.

*Brazil is a country historically marked by social inequality. In this context, vulnerable families, children and adolescents are the focus of public policies that seek to guarantee their social rights. This text addresses the vulnerable families in this country and the need for an intersectorial confrontation through the establishment of a social protection network. Thus, it discusses the partial results of the research funded by CNPq which investigates social work management between sectorial policies, in the Regional Intersectorial Nucleus (NIR) at a region of Belo Horizonte, Minas Gerais. We conclude that families should be partners in the confrontation of social exclusion and its vulnerabilities, so we must listen to their needs, welcome their singularities and believe on their abilities, developing with these groups new practices in public policies.*

---

\* Roberta Carvalho Romagnoli: Professore Facoltà Psicologia presso l'Università Cattolica di Minas Gerais, Brasile; Tuliola Almeida de Souza Lima: Ricercatore di Psicologia presso l'Università Federale di Minas Gerais, Brasile.

## 1. Políticas Públicas e vulnerabilidade no Brasil

O Brasil é um país historicamente marcado por uma grande desigualdade social. Desde a época colonial, já havia um grande número de miseráveis, assistidos pela igreja e mantidos pela filantropia. Durante a Primeira República, no período de 1889 até a Revolução de 1930, essa postura foi tão marcante que o Estado não interviu nesta relação, pois considerava que a área social não dizia respeito ao serviço público, mas sim era responsabilidade da Igreja. Nesse período, a Igreja continuou a prestar assistência aos menos privilegiados. Entretanto, a sociedade brasileira vem testemunhando, gradualmente, a criação de direitos sociais para essa população, através da criação e da consolidação de políticas públicas. Aos poucos o controle da pobreza reduziu indigentes, abandonados e inválidos a “assistidos sociais”, com o intuito de amparar a população socialmente desfavorecida, incluindo deficientes, idosos, crianças e adolescentes.

A constituição de 1988, reflexo de ampla mobilização social, instituiu um sistema de seguridade social, amparado na previdência, na saúde e na assistência social, que reconhece oficialmente o direito às estruturas democráticas e à proteção social para toda a população, inclusive para os não-segurados<sup>1</sup>. Estabelece-se, assim, um padrão de proteção social mais igualitário e universalista, modificando a concepção vigente de saúde e de assistência social no Brasil. Os direitos sociais garantidos em lei pela constituição são concretizados através das políticas públicas, voltadas para toda a população, independente da classe social. Essas políticas surgem em campos multidisciplinares, como respostas do Estado às demandas que emergem da sociedade e do seu próprio interior, colocando o governo em ação, como destaca Souza<sup>2</sup>.

Na formulação das políticas públicas no Brasil estão também os movimentos sociais que constituíram estratégias conectivas que favoreceram que essas propostas se tornassem instituídas. Os movimentos sociais de base – de bairros e comunidades eclesiais, as articulações políticas no meio sindical e nos partidos, os movimentos estudantis e docentes pelo pluripartidarismo e pela redemocratização, o feminismo, a anistia, sustentaram um novo arranjo de forças políticas que se mobilizaram em torno da

<sup>1</sup> Brasil, *Constituição da República Federativa do Brasil*, Senado, Brasília 1988.

<sup>2</sup> C. Souza, *Políticas públicas: uma revisão da literatura*, in «Sociologias», 16 (2006), pp. 20-45, Web, 15 feb 2015. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=en&nrm=iso).

futura constituição, com a união de diversos setores da sociedade. Nunes<sup>3</sup> afirma que o movimento sanitário e o movimento da luta antimanicomial foram os grandes sustentáculos da política de saúde pública em nosso país. Por outro lado, Cruz e Guareschi (2009) salientam que o campo da assistência social foi influenciado por toda essa gama de movimentos sociais, frutos da efervescência da época e da luta contra a ditadura militar. Com maior desmobilização e com um longo caminho a percorrer para sua efetivação, as políticas deste último campo tiveram um percurso mais tortuoso, uma vez que a crise econômica postergou as reformas institucionais e o direito à seguridade social.

No campo da saúde, essas políticas se baseiam na mudança da concepção clássica de atenção à saúde, com seus fundamentos assistencialistas e curativos, para uma visão que se sustenta em um conceito ampliado de saúde, entendida como multideterminada por diversas condições de vida. Essa mudança de paradigma se viabilizou através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um de seus objetivos principais a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, atuando no nível primário de atenção e de acordo com as condições do território da população atendida. Através da Estratégia Saúde da Família (ESF) pressupõe a parceria com a família, para sustentar a nova proposta de saúde e melhorar assim, a qualidade de vida da população. Por outro lado, ao redirecionar o modelo assistencial da saúde mental para serviços de bases comunitárias, criando serviços substitutivos que possibilitaram a desinstitucionalização, a política de saúde mental teve e tem no grupo familiar um forte aliado.

No campo da assistência social, que, como indicam Cruz e Guareschi<sup>4</sup>, se fundamentava historicamente no clientelismo particularista, na ausência de parâmetros universalistas e de transparência nas ações, bem como na falta de participação da sociedade civil, há a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O SUAS define e organiza a política da assistência social, reordenando a gestão e visando ações descentralizadas e participativas em todo o Brasil. Em um dos seus eixos de atuação, a Proteção Social Básica, esse sistema visa prevenir situações de risco social

<sup>3</sup> E.D. Nunes, *Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto*, in G.W. Campos et al., *Tratado de Saúde Coletiva*, Hucitec/ FIOCRUZ, São Paulo/Rio de Janeiro 2006, pp. 19-39.

<sup>4</sup> L.R. Cruz - N. Guareschi, *A constituição da assistência social como Políticas públicas: interrogações à Psicologia*, in L.R. Cruz - N. Guareschi (eds.), *Políticas públicas e assistência social*, Vozes, Petrópolis 2009, pp. 13-40.

através das potencialidades e do fortalecimento dos laços afetivos e familiares, permitindo a inserção dos sujeitos na rede de atendimento, garantindo o acesso às seguranças básicas e aos direitos sócio-assistenciais. Suas ações apostam nas potencialidades dos sujeitos, das famílias e das comunidades.

Na tentativa de alterar esse panorama e fundamentar as políticas ligadas à infância e adolescência, ocorre em julho de 1990 a regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA<sup>5</sup>. Considerado como um marco na história dos direitos das crianças e adolescentes do Brasil, o ECA propôs mudanças e inovações fundamentais que coloca a criança e o adolescente como sujeitos de direito em condição peculiar de desenvolvimento. Assim, ao assumir a doutrina de proteção integral, o ECA prevê um tratamento diferenciados a esses sujeitos, que passam a ter seus direitos garantidos, tais como o acesso prioritário à educação, à saúde, além do direito à liberdade, ao respeito e à convivência comunitária e familiar.

Na base das Políticas Públicas e na garantia dos direitos das crianças e adolescentes encontra-se o fortalecimento das capacidades dos indivíduos e das famílias para o enfrentamento da vulnerabilidade social. Para Bronzo<sup>6</sup> a vulnerabilidade geralmente se associa à pobreza, mas não se reduz a ela, consistindo, de fato, em uma soma de vulnerabilidades diversas. Nessa associação, a baixa renda, a ausência ou precariedade de trabalho, o acesso precário a serviços básicos e a condições básicas de vida são aspectos produtores de vulnerabilidade. Essas situações podem se referir também ao ciclo vital em situações que podem debilitar, tais como: a vulnerabilidade de crianças e adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. Assim, esse conceito se refere a condições “desfavoráveis” dadas, remetendo às dimensões objetivas de exclusão social.

Nos documentos das políticas públicas não aparece a relação da vulnerabilidade com a desigualdade social, em uma sociedade

<sup>5</sup> Brasil, *Lei nº 8.069 (1990, 13 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências*, 1990, Web, 18 mar. 2017, <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>.

<sup>6</sup> C. Bronzo, *Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão*, in Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/UNESCO, Brasília 2009, pp. 171-201.

«(...) direcionada por uma lógica hegemônica de concentração e expansão de relações fetichizadas pelo domínio do mercado e do lucro, provendo apenas as condições para manter minimamente os indivíduos, contrária à democratização da riqueza socialmente construída pelo conjunto de trabalhadores que tem ações de proteção social como campo paliativo e de reprodução das desigualdades sociais»<sup>7</sup>.

A vulnerabilidade encobre situações multideterminadas com atravessamentos de várias ordens, e envolvem o enfrentamento dos mesmos a partir de estratégias e atuações com o grupo familiar. A importância da família em qualquer uma das políticas públicas brasileira é inegável, como veremos a seguir.

## 2. Famílias Vulneráveis e sua relação a Saúde e de Assistência Social

No Brasil, a política de Saúde se organiza em três níveis de atenção e complexidade distintos, que se distribuem e se estruturam a partir de critérios epidemiológicos e de gestão. O primeiro desses níveis é denominado atenção primária, no qual se espera a resolução de oitenta por cento das condições de saúde, pois aqui estão as unidades básicas de saúde, consideradas “porta de entrada” dos usuários do SUS, ponto de organização da rede assistencial e local de contato entre as equipes e a população. As ações praticadas objetivam medidas curativas simples, de prevenção de agravos e promoção de saúde, ao mesmo tempo em que buscam favorecer maior participação dos usuários atendidos em tais ações. A legislação vigente propõe intervenções que promovam a autonomia dos usuários e que visem à redução de danos e sofrimentos que possam comprometer as condições gerais de saúde. No entanto, verifica-se dificuldade de tais preceitos serem concretizados no território nacional, dadas as diferentes condições de planejamento, financiamento e capacitação profissional para atuarem neste nível. Por vezes as ações assistenciais passam a se organizar conforme a demanda da população, em um ciclo que estimula mais ações curativas e baseadas em um modelo médico-centrado do que ações de responsabilidade compartilhada entre técnicos, usuários e familiares, pois ainda há uma mentalidade arraigada de saúde como ausência de doença.

<sup>7</sup> R.P. Monteiro, *O marco conceitual da vulnerabilidade social*, in «Sociedade em Debate», 17 (2012/2), p. 38, Web, 14 magg. 2015, <http://www.rsd.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695>.

No nível secundário estão os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, que em parte funcionam por demanda espontânea, mas geralmente passam por regulação entre os níveis para organização de acesso. No nível terciário estão métodos terapêuticos com maior grau de tecnologia e densidade de recursos, e o fluxo para ele se organiza a partir dos outros dois níveis. Porém, mesmo considerando uma atenção básica ampliada, abrangente e inclusiva, tal como preconizado, sabe-se que em alguns locais, a atenção primária permanece focalizada ou excludente, na prática, no país<sup>8</sup>. As melhorias desta prática relacionam-se a diversas condutas entre gestão, financiamento, formação profissional e também a participação das famílias, entre outros aspectos.

Deste modo, na atenção primária há o contato preferencial com as famílias e maior possibilidade de articulação e planejamento de condutas com as mesmas, mas esta articulação é ainda um desafio a ser superado, diante do pensamento hegemônico sobre a especialidade dos profissionais e a suposta hierarquia deste saber em relação ao saber popular do público atendido. A partir da família há um acesso para o acompanhamento de doenças crônicas, o cuidado com a saúde das crianças, a prevenção de comportamento de risco dos adolescentes, dentre eles o uso de drogas e a maternidade precoce, o cuidado com os velhos e com pessoas portadoras de deficiência, a aposta de prevenção em saúde mental, dentre outras. Atua-se com esse grupo para promover saúde para a prevenção de doenças e agravos que tornem essas famílias mais vulneráveis.

Por outro lado, a política de Assistência Social, seguindo o modelo da área da saúde, se divide em dois níveis de atenção, a Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE). A PSB sustenta ações de vigilância social com o intuito de prevenir situações de risco social através das potencialidades e do fortalecimento dos laços afetivos e familiares, possibilitando a inserção dos sujeitos na rede de atendimento, garantindo o acesso às seguranças básicas e aos direitos socioassistenciais. A PSE, por sua vez, corresponde a ações de atendimento socioassistencial destinadas a indivíduos e famílias em situação de violação de direitos (abandono, maus tratos físicos e/ou psicológicos, abuso sexual, substâncias psicoativas, situação de rua, entre outros), intervindo em casos em que há situações de

<sup>8</sup> Brasil, *Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Atenção Primária e Promoção da Saúde*, CONASS, Brasília 2007, Web, 26 mar 2017, [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec\\_progestores\\_livro8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf).

risco com ou sem rompimento dos vínculos familiares, se dividindo em programas de média complexidade e alta complexidade.

Em qualquer que seja o nível de proteção, a matricialidade sociofamiliar é essencial, priorizando a atenção às famílias e seus membros a partir do território em que se encontram e estabelecendo a família como matriz, sustentáculo das atuações no campo da assistência social, espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias. Ao estudar essa centralidade da família, Gueiros & Santos<sup>9</sup> assinalam que esse grupo deve ser abordado como um coletivo, respeitando-se as necessidades e especificidades de cada família, compreendendo o momento e a situação familiar na qual se encontram.

Interlocução que não é simples de ser alcançada. Evidenciando a existência de contradições nessa centralidade da família, Teixeira<sup>10</sup> analisa a presença do referido grupo na trajetória do sistema de proteção social brasileiro, revelando que os avanços dos direitos sociais não rompem com a lógica familista. Desde os anos 90 a família é considerada elemento central na doutrina de proteção social, mas essa centralidade possui o paradoxo de garantia de direitos *versus* responsabilização. Ou seja, a família é, ao mesmo tempo, o fundamento da sociedade e como tal deve ser protegida pelo Estado, como portadora de direitos e alvo das políticas públicas, e, por outro lado é também detentora de responsabilidades, é responsabilizada, ao lado da sociedade e do Estado, pela proteção à infância e à adolescência e ao idoso. Essa contradição aliada à oferta de uma rede de serviços relegada dentro das restrições dos orçamentos públicos, e à oferta de uma rede socioassistencial não estatal precária, de baixa cobertura e qualidade de serviços e limitada no atendimento da demanda, favorece ainda mais a recaída sobre a família da atenção dos serviços de assistência. Assim, a autora demonstra como a família encontra-se sobrecarregada nesse sistema, assumindo tarefas do Estado, sendo que na relação família *versus* políticas públicas, não há a diminuição de suas responsabilidades, mas sim um reforço das mesmas. Nesse cenário com frequência a família é culpabilizada,

<sup>9</sup> D.A. Gueiros - T.F.S. Santos, *Matricialidade sociofamiliar: compromisso da política de assistência social e direito da família*, in «Serviço Social & Saúde», 12 (2011), pp. 73-97.

<sup>10</sup> S.M. Teixeira, *A família na trajetória do sistema de proteção social brasileiro: do enfoque difuso à centralidade na Política de Assistência Social*, in «Emancipação», 10 (2010/2), pp. 535-549.

de forma particular, por boa parte dos problemas sociais e políticos da sociedade brasileira<sup>11</sup>.

Lidando com famílias heterogêneas e em exclusão social, o campo da assistência social convoca os profissionais a trabalharem associativamente com esse grupo, esforçando-se para encontrar estratégias de promoção social e de minimização da vulnerabilidade para a proteção dos riscos sociais e pessoais. Por outro lado, quando já ocorreu a violação social é a partir da família que se pretende restabelecer os laços pessoais e sociais daqueles que tiveram seus vínculos rompidos nessa violação. Além disso, deve-se acolher e intervir não somente com crianças que sofreram violência de todos os tipos, mas também com adolescentes que estão em cumprimento de medida socioeducativa, liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade, por terem cometido algum ato infracional.

Como podemos notar, as políticas públicas de saúde e de assistência social trabalham diretamente com famílias pobres e muito vulneráveis, na tentativa de realizar intervenções que potencializem esses grupos singulares que apresentam graves problemas, circuitos reprodutivos e muitas das vezes convivências conflituosas e difíceis.

### 3. A prática da intersetorialidade

Vale lembrar que as estratégias de promoção de saúde e de enfrentamento da exclusão social não são objetos exclusivos das políticas de saúde e de assistência social, mas sim do conjunto das políticas públicas e sua intersetorialidade. Políticas que apostam na matricialidade, tendo a família como sustentáculo das ações cotidianas, como vimos acima, espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias. Contudo, ao viabilizar os direitos sociais, as políticas públicas, em seu cotidiano, enfrentam uma série de desafios, embasadas na complexidade, na multideterminação da realidade e na imprecisão do exercício das mudanças que elas efetuam em seus usuários. Sobretudo, em um país com uma sociedade bastante desigual e heterogênea e com grupos familiares bastante singulares.

<sup>11</sup> R.C. Romagnoli, *O ideal de família e seus efeitos no cotidiano dos agentes sociais*, in Ead. - M. Dimenstein (eds.), *Cotidiano e processos de subjetivação: aprisionamentos e expansões*, EDUFES, Vitória 2015, pp. 177-195.



Atenta às questões do território, à matricialidade familiar e à complexidade dos casos atendidos pelas políticas setoriais em seus equipamentos, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte instituiu os Núcleos Intersectoriais Regionais (NIRs), vinculados as Secretarias de Administração Regional Municipal, através do Decreto no. 13.660 de 3 de agosto de 2009, com o intuito de promover a intersectorialidade e a descentralização das ações de inclusão social<sup>12</sup>. Essa portaria institui o NIR Gerencial, composto pelas Gerências Regionais das Políticas Sociais, Educação e Saúde. A partir desse documento, uma das regionais na qual fazemos pesquisa, efetua um percurso singular, instituindo o NIR Técnico, com o intuito de criar um espaço intersectorial para discussão dos casos graves de violação de direitos afins às políticas setoriais regionais, de modo a agilizar e qualificar a entrega de serviços públicos à população demandante.

Composto por profissionais indicados, esse dispositivo visa ainda fortalecer a interlocução entre as gerências das políticas setoriais regionais, compreendendo e delimitando o papel de cada uma no tratamento dos casos apresentados. Esse núcleo dá corpo às ações setoriais nesse território articulando as Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação e apontando para a necessidade de tratamento qualificado das demandas agregadas, visando a não sobreposição das ações e de gastos públicos. Desse modo, em cada reunião do NIR Técnico, há uma equipe permanente, composta por profissionais representantes de cada uma das políticas: educação, saúde e assistência social, que organizam as reuniões e discussões; e uma equipe volante, composta por profissionais das mesmas políticas que demandam a discussão de casos complexos nesse núcleo, por estarem relacionados ao caso, direta (intervenções específicas com aquela família, na política setorial na qual atuam) ou indiretamente (profissionais que se envolvem nos encaminhamentos que serão acordados na reunião).

Na busca por resultados mais efetivos, convoca a transversalidade de ações no campo social, em sua articulação de vários setores. Neste contexto, pretendemos abordar essa transversalidade através do conceito de rizoma, entendido pela Esquizoanálise como uma rede. De acordo com Deleuze e Guattari<sup>13</sup>, essa rede se autoproduz por agenciamentos com os

<sup>12</sup> Belo Horizonte, *Decreto no. 13.660 de 3 de agosto de 2009. Institui os Núcleos Intersectoriais Regionais - NIR, e dá outras providências*, «Diário Oficial do Município», Belo Horizonte 2009.

<sup>13</sup> G. Deleuze - F. Guattari, *Introdução rizoma*, in G. Deleuze - F. Guattari, *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, Ed. 34, Rio de Janeiro 1995, pp. 11-37.

mais variados elementos da realidade, aos quais se conecta e reconecta a todo instante, não se reportando a uma unidade. Essa dinâmica de autoprodução é incessante, remetendo a forças/fluxos que não têm forma e nem limites pré-determinados. Tal concepção permite deslocamentos inventivos que se libertam das estruturas cristalizadas calcadas em normas e padrões reprodutivos e que impedem a criação, semelhante ao que se propõe no campo das políticas públicas com a atuação intersetorial.

Como uma rede complexa, o rizoma possui funcionamentos distintos, também na prática intersetorial, como observamos nas reuniões do NIR Técnico: ora atua de maneira hierárquica e estratificada, ora atua de forma conectiva e agenciadora. Esses funcionamentos coexistem sem determinação e hierarquia. Presa nas suas atividades e funções, cada política setorial tenta explicar o caso à sua maneira, dissociando, recortando e reduzindo as possibilidades de ação à sua esfera. Por outro lado, a discussão dos casos pode levar a um funcionamento mais conectivo e mais fluido permitindo as políticas e aos profissionais se agenciar e transversalizar. Para além das certezas de cada setor, criam-se zonas de indagação, que sustentam deslocamentos, alinhando elementos das mais variadas ordens: materiais, subjetivas, coletivas, processuais, reunindo dimensões heterogêneas e lançando famílias, profissionais, casos e encaminhamentos na fluidez rizomática. Esses agenciamentos retiram os profissionais dos diferentes equipamentos da interioridade e as políticas setoriais da fixidez dos seus modelos e os arremessa no coletivo e na processualidade associando os estratos e forças.

Constatamos, a partir dessas reuniões, alguns impasses que dificultam a sustentação efetiva das suas ações. Encontramos como linhas duras, que impedem muitas das vezes a transversalidade: a dificuldade com a inserção da ação intersetorial nos planejamentos institucionais; o atravessamento de uma mentalidade ainda setORIZADA e personificada que circula nos equipamentos; desconhecimento dos técnicos da ação setorial, que muitas vezes, ao contrário do que esta propõe, é vista como uma sobrecarga de trabalho; ineficiência nos encaminhamentos e acolhimentos, dentre outros. Nesses segmentos acreditamos que o NIR está implicado com as representações instituídas de assistência, de saúde, de educação, de pobreza, dos papéis e lugares de cada um dos profissionais, das famílias dos casos graves e complexos discutidos nesse órgão. Por outro lado, esse mesmo núcleo atua como espaço de invenção, potencializando os profissionais, facilitando trocas e convocando o coletivo de ação em cada caso. Nesses

momentos, troca-se saber, leituras e visões. Conhecem-se programas e dispositivos da política que não se tinha ideia, tenta-se coletivamente diminuir as vulnerabilidades das famílias a partir da integração de recursos antes fragmentados no território.

Nas reuniões do NIR Técnico discute-se sobre famílias negligentes com os idosos, sobre adolescentes ameaçados de morte, famílias de pais que fazem uso prejudicial de *crack* e outras drogas, portadores de sofrimento mental que não mantêm tratamento adequado e ameaçam os familiares, pessoas com deficiência sem suporte familiar ou comunitário, pessoas em situação de rua com múltiplas intercorrências de saúde que não aderem aos acompanhamentos propostos, crianças infrequentes na escola devido a dificuldades de trânsito no território em virtude da violência, dentre outros. Todos os casos inseridos em realidades multideterminadas, atravessadas pela pobreza e pela exclusão social, com formas de ser família e de cuidar marcadas pela diferença, no qual se sabe que nenhuma ação solitária, muitas vezes já tentada pelos profissionais, dará conta de construir alguma saída para essas vulnerabilidades.

Para os profissionais da saúde torna-se um espaço potencial de formação, já que as situações familiares e comunitárias complexas demonstram os limites da tradicional atuação de caráter clínico / terapêutico que estes profissionais costumam realizar nas instituições para a resolução dos problemas. As violações de direito presentes em tais casos os levam a ampliar a análise do contexto social de cada sujeito, o que pressupõe respostas por vezes inventivas em relação aos protocolos formais. Um exemplo desse impasse é a formulação da chamada clínica ampliada, na qual se leva em conta as condições de vida para além do diagnóstico de uma determinada morbidade para se fazer o planejamento das condutas terapêuticas para cada caso<sup>14</sup>. Assim, a doença não é vista como o foco prioritário de intervenção, mas sim a singularidade de cada usuário; é preciso haver escuta cuidadosa dele e de seus familiares próximos para um planejamento conjunto, com divisão de responsabilidades, para ter maior resolução dos problemas. Na relação de cuidado há um profissional de referência para cada um dos casos, a partir da qual se prioriza o vínculo estabelecido entre o usuário e o técnico.

<sup>14</sup> G.W.S. Campos - M.A. Amaral, *A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital*, in «Ciência & Saúde Coletiva», 12 (2007/4), pp. 849-859.

Dentre os desafios de integração intersetorial colocados para a atuação nas políticas públicas brasileiras, talvez o maior deles se relacione ao acompanhamento ao público infante-juvenil: primeiro por ser público prioritário de intervenção, como foi visto; mas especialmente porque nesta faixa etária as condições de garantia para bem estar e proteção social dependem de inúmeros setores e equipamentos institucionais, já que a vinculação de crianças e adolescentes aos serviços geralmente dependem da mediação dos responsáveis, e, contraditoriamente, os mesmos que por inúmeras razões estão também em situação de vulnerabilidade.

Nas discussões presenciadas no NIR Técnico, os profissionais, em grupo, aprendem a analisar os problemas considerando também o ponto de vista dos sujeitos envolvidos. Assim, se por um lado um determinado grupo familiar apresenta problemas de convivência entre seus membros, fazendo com que os órgãos protetivos ajam em defesa dos interesses da criança e do adolescente, sugerindo o afastamento provisório destes de seu grupo familiar, ocorre, por outro lado, que a criança ou adolescente em questão prefiram, apesar dos problemas, permanecer com esse grupo de origem. Outras vezes percebe-se que uma intervenção protetiva em relação ao responsável familiar leva a novos arranjos internos a essa rede formada pela família e seus membros, destoando de todo um histórico de ações ocorridas em direção contrária.

Deste modo, as situações concretas cotidianas ensinam que quanto maior a organização de ações junto aos familiares, maiores as chances de resolutividade. Apresenta-se então um paradoxo, já que os dispositivos tradicionais não costumam considerar o saber da família de modo ampliado, sendo as iniciativas de uma escuta atenta deste público restritas a ações pontuais, inventivas em locais em que há condições para tanto.

### **Considerações Finais**

A relação das famílias com as políticas públicas ainda é um desafio no Brasil, pois exige, no nosso entender, a convocação permanente e um esforço coletivo de problematização das questões presentes no cotidiano dessa relação. Sem dúvida, é necessário que as famílias sejam parceiras no enfrentamento da exclusão social e de suas vulnerabilidades. Nessa direção, acreditamos ser preciso escutar suas necessidades, acolher suas singularidades e apostar em suas capacidades, para não corrermos o risco de como especialistas, sabermos mais desses grupos que eles mesmos, insis-

tindo em práticas morais e tutelares, que fogem ao propósito das políticas públicas que examinamos.

O desafio permanente, no nosso entender, é construir um modo de fazer e de associar que não atue em prol de uma lógica da passividade e da submissão e mas sim que favoreça a autonomia. Lógica muitas das vezes ainda centrada no indivíduo e em julgamentos preconceituosos. Para escapar dessa hegemonia, devemos estar atentos a que tipo de vida temos acolhido nessas políticas e na prática intersetorial, ao que temos dado passagem nos nossos encontros, se estamos abertos às forças de afirmação da vida ou somente operando para a manutenção do que já existe, da reprodução de modelos. Já que a realidade não é dada, como geralmente a pobreza e a exclusão nos levam a crer, podemos, através de nossas intervenções, sermos intercessores na construção de saídas para os usuários. Há que se pensar como ampliar essas possibilidades de intervenção mais apropriadas às dinâmicas das vidas dos usuários dessas políticas públicas brasileiras.