

# A INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

## INTERSECTORIALITY BETWEEN HEALTH POLICIES AND SOCIAL ASSISTANCE

MARIANA CARRILHO\*  
MARIANA NOVOLETTO VILLARINHA\*\*  
EGLI MUNIZ\*\*\*

### RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral desvelar os desafios para a efetivação da intersectorialidade entre as Políticas de Saúde e Assistência Social, identificando as facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais de serviço social e como objetivos específicos, identificar as especificidades das Políticas de Saúde e Assistência Social, levantar as concepções de intersectorialidade e desvelar as facilidades e dificuldades na busca pela intersectorialidade. A pesquisa foi realizada com profissionais do serviço social das áreas de Saúde e Assistência Social de quatro municípios do interior do estado de São Paulo, sendo eles, Barra Bonita, Igarapu do Tietê, Jaú e Pederneiras. Foi de natureza qualitativa e utilizou-se instrumentais como diálogo, observação e questionário com perguntas abertas. O universo contou com 22 sujeitos, sendo oito válidos e divididos igualmente entre as áreas. A intersectorialidade é compreendida pelos

**Palavras-chave:** Trabalho intersectorial, Saúde e Assistência Social.

---

\* Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob orientação da Professora Doutora Egli Muniz.

\*\* Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob orientação da Professora Doutora Egli Muniz.

\*\*\* Possui graduação em Serviço Social - ITE (1967), mestrado em Serviço Social - UNESP (1998) e doutorado em Serviço Social pela PUC-SP (2003), com foco na gestão da política de assistência social. Coordenadora e Professora no Curso de Serviço Social, do Centro Universitário de Bauru (ITE) e Coordenadora do curso de pós-graduação lato sensu em Gestão de Políticas Públicas. Foi Secretária Municipal de assistência social da Prefeitura Municipal de Bauru na gestão 2005-2008. Atua na capacitação de equipes de órgãos gestores bem como Conselhos de Assistência Social.

profissionais entrevistados como um meio eficaz de atender com totalidade os usuários em comum da Saúde e Assistência Social, uma vez que o atendimento desses usuários, quando realizados de forma isolada, se torna fragmentado. Embora, apresente-se muito almejado pelos profissionais, estes demonstram certa dificuldade em se sentirem sujeitos das transformações necessárias para a efetivação intersectorialidade em seus espaços de trabalho. Segundo esses profissionais, ainda falta conhecimento e comprometimento por parte de gestores, profissionais e instituições em assumir um trabalho nesta concepção.

## **ABSTRACT**

---

The present paper has a general purpose the unveiling of the challenges to the realization of the intersectorality between Health and Social Assistance Policies, identifying the facilities and difficulties that are found by social work's professionals, and as specific purposes, the identification of the specificities of Health and Social Assistance Policies, to find out some intersectorality's concepts and to unveil the facilities and difficulties on the search of intersectorality. The research was realized with social workers from Health and Social Assistance areas in four municipalities of the State of Sao Paulo, which are Barra Bonita, Igarapu do Tiete, Jaú e Perderneiras. It was a qualitative research and used approaches such as dialogue, observation and open-ended questions. The research's universe was compound of 22 subjects, being eight valid ones and equally divided between the areas. The intersectorality is understood by the interviewed professionals as an effective way of serving all the users of Health and Social Assistance services since if it is done in a isolated way, their treatment becomes fragmented. Although it is very desired by the professionals, they demonstrate a certain difficulty to go through the necessary transformations in order to implement the intersectorality in their workspace. According to those professionals, there is still a lack of knowledge and commitment by themselves, managers and institutions to engage in this conception.

**Keywords:** Intersectorial work, Health and Social Assistance.

## 1 INTRODUÇÃO

A intersetorialidade pode ser definida e trabalhada como a articulação planejada entre setores sociais diversos, de saberes diversos, para o enfrentamento de problemas complexos comuns. É uma nova forma de trabalhar e construir políticas públicas, que visa possibilitar a superação da fragmentação dos serviços. A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova estratégia de planejar, executar e controlar a prestação de serviços.

Então a construção da intersetorialidade surge como um novo meio de intervenção que possibilita a abertura de novos espaços de participação e compartilhamento de saberes.

Considerando a complexidade das expressões da questão social existentes no sistema capitalista em que vivemos, muitas vezes a Saúde e a Assistência Social possuem usuários em comum, que necessitam dos serviços das duas políticas. Como exemplos, podemos citar usuários em tratamento de substâncias psicoativas, que são encaminhados pela Saúde, porém o fornecimento de cestas básicas (exigidas em algumas clínicas) é atribuído a assistência social, assim como o acompanhamento da família. Também existem situações onde o usuário recebe alta de determinado Hospital e é informado a procurar a Assistência Social de seu município para fornecimento de suplementos alimentares, fraldas geriátricas, entre outros itens. O trabalho torna-se então fragmentado quando mesmo realizando ações com o mesmo usuário, não existe um compartilhamento de informações entre os profissionais envolvidos.

Uma questão muito levantada pelos profissionais que participaram da pesquisa realizada neste estudo foi a falta de conhecimento de um profissional, a respeito das atribuições da outra política em que ele está encaminhando o usuário. Podemos então citar a política de Assistência Social que ao longo de sua existência, é entendida por muitos como a política sem especificidades, onde devem ser realizadas todas as ações que as outras políticas julgam não ser sua atribuição. É comum ver a Assistência Social sendo confundida com Serviço Social, como se apenas o assistente social desta política seja responsável por realizar estudo socioeconômico, acompanhamento familiar, entre outras funções cabíveis a todos os assistentes sociais, sem especificação da área de atuação.

Durante o período de estágio em órgãos da Saúde e da Assistência Social, as observações de situações como as acima citadas eram frequentes, influenciando então na escolha do tema do presente estudo.

Os municípios escolhidos para realização da pesquisa foram Barra Bonita, Igarapu do Tietê, Jaú e Pederneiras. A escolha se deu pela ligação existente entre os municípios. Barra Bonita e Igarapu do Tietê por estarem muito próximas, acabam dividindo as mesmas questões, e os problemas sociais e econômicos de um município acaba por influenciar no contexto do outro. Ambas possuem certa dependência pelo município de Jaú, cidade vizinha de Barra Bonita, pois devido à ausência de grandes serviços de saúde, Barra Bonita e Igarapu do Tietê frequentemente recorrem ao município de Jaú, que possui Hospitais que são referências em diversas áreas, como oncologia e saúde mental.

O município de Pederneiras, vizinho de Jaú, possui aproximadamente o mesmo número de habitantes de Barra Bonita, porém se apresenta evoluído e muito bem estruturado nas políticas de Saúde e Assistência Social.

O objetivo geral da pesquisa constituiu-se em desvelar os desafios para a efetivação da intersetorialidade entre as políticas de Saúde e Assistência Social, e como específicos, identificar as especificidades das políticas de Saúde e Assistência Social, levantar as concepções de intersetorialidade e desvelar as facilidades e dificuldades na busca pela intersetorialidade.

Para realização deste estudo, o problema levantado foi identificar quais os desafios para efetivação da intersetorialidade entre as Políticas de Saúde e Assistência Social. Fundamentou-se na hipótese de que no cotidiano de trabalho do assistente social nas áreas citadas, surgem situações que exigem definições de atribuições de responsabilidade das duas Políticas Sociais, de forma a possibilitar a efetivação dos direitos do usuário.

O universo da pesquisa se constitui de profissionais do serviço social das áreas de Saúde e Assistência Social de quatro municípios do interior do Estado de São Paulo. Totalizou 22 sujeitos, sendo oito válidos divididos igualmente entre as áreas. O baixo número de profissionais, em relação ao universo, se deu pela dificuldade de alguns profissionais em retornarem o questionário a tempo de serem incluídos no estudo, devido à burocracia de algumas Instituições para autorizar a aplicação da pesquisa. Anteriormente foi aplicado um pré-teste junto a quatro sujeitos, sendo dois de cada área, para verificar a eficiência do instrumental escolhido.

A pesquisa foi de natureza exploratória e abordagem qualitativa, onde os dados subjetivos foram obtidos através de um questionário com perguntas abertas, dando ênfase nos depoimentos dos sujeitos, contendo também perguntas fechadas apenas para identificação do campo e área de atuação dos sujeitos.

Os campos pesquisados foram Hospitais, Secretarias e Entidades onde o Serviço Social atua e que apresentam demandas advindas das duas Políticas.

Considera-se a pesquisa de extrema importância para as instituições e para o Serviço Social. Para os campos pesquisados, pelo fato de demonstrar através dos resultados obtidos, como os profissionais entendem essa concepção e como esta nova maneira de atuar poderá ocasionar impactos em suas intervenções, refletindo na efetivação dos direitos dos usuários e na eficácia das ações desenvolvidas. Para o Serviço Social também é importante, pois se trata de um estudo específico para a área, e que certamente contribuirá não só para o aprofundamento técnico-operativo dos gestores e profissionais que buscam novas maneiras de atuar e atender as demandas, como também para o trabalho do assistente social, devido ao crescimento cada vez mais acelerado das expressões da questão social, problema este presente em todos os segmentos de nossa sociedade.

O trabalho está dividido em seis tópicos. O primeiro trata-se desta introdução, no qual o estudo está sendo apresentado, no segundo tópico encontra-se a fundamentação teórica, onde discorre-se sobre a Seguridade Social e as Políticas de Saúde e Assistência Social, concepções de intersetorialidade e as dificuldades e facilidades para alcançá-la. O terceiro tópico apresenta as considerações metodológicas, onde são discutidos os métodos utilizados na pesquisa. No quarto tópico, está a apresentação e análise dos dados, onde os resultados da pesquisa são apresentados e analisados. No quinto tópico está a conclusão do trabalho e por fim, no sexto tópico, as referências utilizadas neste estudo.

## **2 A SEGURIDADE SOCIAL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

É no cenário do Pós-Guerra, dos anos 40 até o final dos anos 70, que o mundo capitalista se reajusta para o enfrentamento de uma crise política e econômica. Estado e

mercado se aliam para proporcionar empregos, salários e o conjunto de Políticas Sociais, que atendem em caráter universal as necessidades sociais dos trabalhadores.

Conforme Coelho: (disponível em <http://pt.oboulo.com>):

Entende-se por Política Social, as formas de intervenção e regulamentação do Estado nas expressões da questão social, envolvendo o poder de pressão e a mobilização dos movimentos sociais, com perspectiva de potencializar as demandas e necessidades dos cidadãos, para que ganhem visibilidade e reconhecimento público. A Política Social tem se apresentado como uma política fundamental para o “bem estar dos cidadãos” além de se constituir em objeto de reivindicação dos mais diferentes movimentos sociais e sindicais. Neste raciocínio, Políticas Sociais representam a atuação do Poder político, visando o bem-estar da população.

As Políticas Sociais são essenciais para a vida em sociedade, são elas que asseguram a população o exercício de seus direitos por meio de um conjunto de ações programáticas que proporcionam a garantia de direitos e condições dignas de vida ao cidadão, de forma justa.

A política social de Seguridade, desde seu surgimento no Brasil, com a Constituição de 1824, é considerada produto histórico das lutas do trabalhador; a Seguridade é uma esfera de disputas e negociação na ordem burguesa.

A política de Seguridade se amplia através de ações assistenciais para aqueles que por algum motivo não podem prover seu sustento. Vieram como meio de prover proteção social a todos os trabalhadores, inscrevendo-os na pauta dos direitos sociais.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF de 1988), acontece uma reestruturação completa da Seguridade Social, que foi uma das principais conquistas sociais.

Na Constituição Federal de 1988, a Seguridade Social passa a ser destinada á assegurar os direitos relativos à Saúde e Assistência Social, unificando esses conceitos sobre a moderna definição de “Seguridade Social”, (disponível em [http://pge.sp.gov.br/centrodeestudos\\*bibliotecavirtual/dh/volume%20i/seg/ei/8212.htm](http://pge.sp.gov.br/centrodeestudos*bibliotecavirtual/dh/volume%20i/seg/ei/8212.htm)):

A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Previdência, Saúde e Assistência Social. (Art 1º da Lei nº8012)

Percebemos que a reestruturação da Seguridade consiste num conjunto de políticas sociais, cujo fim é amparar e assistir o cidadão e a sua família em situações inesperadas.

Tavares (2003, p.186) coloca que: “Seguridade Social é um conjunto de ações do Estado, destinada a garantir condições de vida digna aos indivíduos, resguardando-os de contingências impossibilitadoras da própria manutenção.”

Tem por finalidade assegurar ao cidadão beneficiário, meios para sua manutenção em qualquer situação que ele necessite, seja de incapacidade, tempo de serviço, desemprego, idade avançada, entre outros.

Tavares (2003, p.188) enfatiza: “Seguridade Social, é um sistema de ações destinadas a garantir medidas de segurança social na face de risco que retirem capacidade de subsistência das pessoas.”

A Seguridade Social, então, representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988. Esta política é formada pelo Tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

A Política de Saúde integrando a Seguridade Social foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos, pois trouxe a defesa da universalização e garantia do direito à saúde.

No campo da Assistência Social, os avanços foram significativos. A concepção de Assistência Social como caridade foi substituída pela concepção de Política Pública.

## **2.1 Política de Saúde**

A Política de Saúde passou por grandes transformações ao longo das últimas décadas, como o processo de Reforma Sanitária, a CF. 88, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros.

Um importante marco para a história da Saúde foi o processo da Reforma Sanitária, que nasceu na luta contra a ditadura, e tem como marco o ano de 1986, onde durante a VII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, propõe-se que a Saúde seja um direito do cidadão e dever do Estado. As características desta Reforma foram as lutas e mobilizações dos profissionais de Saúde, assim como da população. Seu intuito era que o Estado atuasse em função da sociedade.

Conforme pontua Bravo (disponível em [www.fnespas.org.br](http://www.fnespas.org.br)):

O Projeto de Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde, e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de Saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito. (...)

Esta Reforma referia-se ao conjunto de ideias em relação as mudanças e transformações necessárias na área da Saúde. Estas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor de Saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

Com a criação da CF 88, a saúde passa a ter melhorias em suas condições e algumas mudanças como: o conceito de Saúde, a Saúde como direito de cidadania e a construção de um novo modelo descentralizado e democrático.

De acordo com a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (disponível em [www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/8080.htm)):

Art. 2º: A Saúde é um direito fundamental natural do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º- O dever do Estado de garantir a Saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos e de doenças e de outros agravos no



estabelecimento de condições que assegurem acesso universal para sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS é uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira, fruto de um longo processo de lutas sociais, movimentos populares, trabalhadores da saúde, gestores e vários movimentos sociais.

Na CF 88, o SUS é criado e aprovado, no qual reconhece o direito de acesso universal à saúde, para toda população.

Como declara a CF de 88, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais, econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde.

A criação do SUS tem por finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer situação.

Conforme o Ministério da Saúde coloca em seu site (disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios)):

O SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes a saúde era entendida como “estado de não doença” (...) essa lógica significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova missão centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde.

Com esta nova concepção de saúde, podemos perceber que os níveis de saúde da população são vistos de acordo com a situação econômica do país, como afirma a lei 8080 em seu artigo 3º:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros a alimentação, moradia, saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Esta Lei considera a saúde como direito fundamental do ser humano para poder ter condições de uma vida digna. Na LOS, em 1990, com base no artigo 198 CF. de 88, se estabelece os princípios do SUS.

Estes princípios foram criados com intuito de que o SUS possa ser um dos melhores sistemas já criados no Brasil.

O primeiro princípio é universalidade de acesso, dando a saúde como direito social cabendo ao Estado garantir condições indispensáveis de pleno exercício e acesso. Já o princípio de equidade, determina a inserção dos excluídos, atingindo a população na questão de nível social (independente de classe social e renda familiar, gênero, etnia entre outros).

O princípio da integridade prevê atenção à saúde tanto nos meios curativos quanto os preventivos, tantos os individuais quanto aos coletivos. Outro princípio é a descentralização, sendo o SUS existente nos três níveis de esfera: nacional, estadual e municipal. O princípio da regionalização e hierarquização traz que os serviços de saúde sejam divididos em níveis de complexidade (primário, secundário, terciário e quaternário). O princípio da resolutividade é a capacidade de dar uma solução aos problemas dos usuários de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência e encaminhando ele para ser atendido em todas as suas necessidades.

Entre todos estes, é de grande importância enfatizar o princípio da participação social, ou seja, onde os usuários participam da gestão do SUS através das Conferências de Saúde. Este processo tem sido operacionalizado através dos Conselhos de Saúde, que estão estruturados nos três níveis de governo.

Como o Ministério da Saúde descreve (disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios)): “O conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do SUS, propiciando e melhorando o controle social do sistema.”

Participar é assumir responsabilidades e compromissos em defender os seus próprios interesses e os interesses da população.

Este processo de participação da Política de Saúde é um espaço de lutas entre interesses, alterando a relação Estado/Sociedade.

O assistente social, como profissional de saúde, tem como competência intervir junto com os fenômenos socioculturais e econômicos. A área da saúde exige um profissional que não enxergue apenas a ausência de doença, mas outros fatores que originam e/ou interfiram nesta questão, como os aspectos de renda, saneamento básico, lazer, escolaridade, habitação; analisando o usuário do serviço como um cidadão de direitos, vendo-o na sua totalidade, como cidadão que usufrui de uma política no qual tem direito.

Como afirma Vasconcelos (2003, p. 243):

Se para tratar do processo saúde-doença, faz-se necessário considerar os critérios/aspectos demográficos e epidemiológicos, a realização da saúde enquanto um direito social exige a participação dos usuários como cidadãos de direitos, o que demanda a consideração, ainda dos aspectos sociais, econômicos, políticos, éticos e culturais.

A prática profissional dos assistentes sociais vem se desenvolvendo e a cada dia tem se tornado uma prática necessária para a promoção, prevenção e atenção à saúde, o profissional de serviço social se insere na Política de Saúde no processo de trabalho do SUS, afim de assegurar a integridade das ações e nas relações dever/direito a saúde.

Como afirmam Lessa e Silva (1998, p. 119): “o assistente social em uma equipe de saúde, é um profissional que identifica as necessidades dos usuários, e as condições sociais que ele está inserido.”

Assim o assistente social vem construindo um papel importante na área da saúde, no sentido de contribuir para concretização do conceito ampliado de saúde, rompendo as práticas conservadoras, dando através de suas intervenções possibilidades ao cidadão de garantir seus direitos e ter acesso com qualidade na saúde e a defesa pela SUS.

Sua intervenção é embasada na leitura crítica da realidade e a capacidade de identificação das condições materiais de vida, na identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e Sociedade Civil.

Na área da saúde exige uma demanda social variada que chega até o assistente social, sendo elas a pobreza, fome, desnutrição, desemprego, emprego informal, violência doméstica, abandono, ruptura dos vínculos familiares e comunitários, dependência de substâncias psicoativas, população de rua, moradias precárias, baixa ou ausência de escolaridade e informação, entre outras.

Cabe a esse profissional promover ações, intervenções e articulação com outros serviços (Políticas Sociais), para garantir ao seu usuário a efetivação da cidadania.

Hoje, a saúde conta com uma equipe múltipla de profissionais que tem o intuito de atender o usuário em sua totalidade.

Para cada ato profissional são mobilizados inúmeros conhecimentos e práticas, que mediante uma ampla cadeia de mediação e de uso adequado de instrumentais de trabalho, visam alcançar o melhor resultado para o cidadão que necessita.

O profissional de serviço social possui atribuições e competências que permitiram a ele, a compreensão do contexto sócio histórico em que situa sua intervenção.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) afirma (disponível em [www. cress-es.org/cress/imagens/file/.../parâmetros\\_a\\_s\\_na\\_saude.pdf](http://www.cress-es.org/cress/imagens/file/.../parâmetros_a_s_na_saude.pdf)):

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, no cenário internacional e nacional, desvelado as possibilidades de ação contidas na realidade;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.

No mesmo site o artigo 4º da Lei que regulamenta a profissão estabelece como competências do assistente social da saúde:

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam no âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e população;
- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento da defesa de seus direitos;
- Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- Planejamento, organização e administração de serviço Social e de Unidade de Serviço Social;
- Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgão da administração pública direta ou indireta, empresas privadas e outras entidades.

No contato direto com o usuário, o assistente social trabalhará tanto a vida do paciente dentro do Hospital/Unidade de Saúde, como também fora dele. Outras ações a serem desenvolvidas pelo assistente social são(disponível em [www.cresses.org.br/imagens/file/.../parametros\\_a\\_s\\_na\\_saude.pdf](http://www.cresses.org.br/imagens/file/.../parametros_a_s_na_saude.pdf)):

- Democratização das informações por meio de orientações e encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes de saúde, com vista a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária);
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individuais ou grupais;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da Seguridade Social por meio da criação de mecanismo e rotinas de ação;
- Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- Conhecer e mobilizar as redes de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e complementação de protocolos e rotinas de ação;
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto a as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as

informações sigilosas que devem ser registradas em matéria de uso exclusivo do Serviço Social;

- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com visitas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais e na perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde.
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços.

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para assim estabelecer estratégias de ações e capacitando para possibilitar a ruptura com a prática rotineira, buscando a partir da investigação da realidade a que estão submetidos os usuários a reorganização de sua atuação.

É a partir dessas competências que o assistente social realizará uma análise crítica da realidade, estabelecendo competências necessárias para o enfrentamento de situações que se apresentam no seu cotidiano de trabalho.

## **2.2 A Política de Assistência Social**

Para analisar a Política de Assistência Social hoje, é fundamental investigar a sua trajetória. A CF de 88 é um marco fundamental desse processo, porque reconhece a Assistência Social como política social que, junto com a Política de Saúde e Previdência Social, compõe o Tripé da Seguridade Social. Portanto, pensar esta área como política social, é uma possibilidade relativamente recente.

A prática da assistência aos menos favorecidos é antiga na humanidade. Em diferentes sociedades, a solidariedade dirigida aos pobres, aos doentes e aos deficientes sempre esteve presente. A Igreja Católica transforma a ajuda em caridade e dessa forma, compreende-se que a Assistência Social foi historicamente sendo construída pelos sentimentos de benevolência e ajuda ao próximo.

No Brasil, até 1930, não havia uma compreensão da pobreza enquanto expressão da questão social e quando esta emergia para a sociedade, era tratada como “caso de polícia” e problematizada por intermédio de seus aparelhos repressivos. Dessa forma a pobreza era

tratada como disfunção do indivíduo, ou seja, pensava-se que o indivíduo deveria se ajustar à sociedade.

A primeira grande evolução da Assistência Social no país foi a instalação do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) criado em 1938. Segundo Mestriner (2001, P,57):

O Conselho é criado como um dos órgãos de cooperação do Ministério de Educação e Saúde, passando a funcionar em uma de suas dependências, sendo formado por figuras ilustres da sociedade cultural e filantrópica e substituindo o governante na decisão quanto as quais organizações auxiliar. Transita, pois, nesta decisão, o gesto benemérito do governante por uma racionalidade nova, que não chega a ser tipicamente estatal, que atribui ao Conselho certa autonomia.

É nesse momento que se selam as relações entre o Estado e a alta sociedade com o objetivo de conceder auxílios e subvenções (auxílio financeiro) a organizações da sociedade civil destinadas ao amparo social. O conceito de amparo social neste momento é tido como uma concepção de assistência social, porém identificado com benemerência.

Portanto, o CNSS foi a primeira forma de presença da Assistência Social na burocracia do Estado brasileiro.

A primeira grande Instituição de Assistência Social foi a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que tem sua gênese marcada pela presença das mulheres e pelo patriotismo.

A LBA assegurava sua presidência às primeiras damas da República, imprimindo dessa forma a marca do primeiro-damismo junto a assistência social e estende suas ações as ocorrências de calamidades com ações urgentes e fragmentadas.

Segundo Sposati (2004, p 20): “essa ação da LBA traz para a Assistência Social o vínculo emergencial e assistencial, marco que predominou na trajetória da Assistência Social”. Para desenvolver suas funções, a LBA buscou auxílio junto às escolas de Serviço Social. Dessa forma, houve uma aproximação de interesse mútuo entre a LBA e o Serviço Social, pois, a LBA precisava de serviço técnico, de pesquisas e trabalhos técnicos na área social e o Serviço Social estava se firmando e precisava se legitimar enquanto profissão.



Em 1969, a LBA é transformada em fundação e vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, tendo sua estrutura ampliada e passando a contar com novos projetos e programas.

A ditadura militar cria, sob o comando de Geisel, em 1º de Maio de 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que contem na sua estrutura uma Secretaria de Assistência Social, a qual, em caráter consultivo, vai ser o órgão chave na formulação de política de combate à pobreza.

Conforme Mestriner (2001. p, 168):

Tal política mobilizará especialistas, profissionais e organizações da área. O Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Políticas Sociais (CBCISS) realizará então seminários em Petrópolis com 33 especialistas, visando subsidiar a iniciativa governamental.

O documento resultante deste seminário destacou a valorização da Assistência Social pelo MPAS e enfatiza a necessidade de tratamento inovador nessa área, fugindo ao caráter assistencialista e de simples complementação da Previdência.

Há uma expansão de programas sociais como os de alfabetização, casas populares, complementação alimentar entre outros.

A questão social toma maior visibilidade com o fim da ditadura, proporcionando um campo fértil para o desenvolvimento dos movimentos sociais, que com poder de pressão almejam legitimar suas demandas proporcionando visibilidade a Assistência Social ao lado das demais políticas públicas como estratégia privilegiada de enfrentamento da questão social, objetivando a diminuição das desigualdades sociais.

Segundo Resende (1985. p, 138): “os movimentos sociais devem ser vistos, também como produtores da história, como forças instituintes que, além de questionar o Estado autoritário e capitalista questionam suas práticas.”

Existiram também, a presença de movimentos sociais na área da saúde, educação, e outros, para que fosse garantida a sua inserção na Constituição Federal de 1988.

As Associações Nacionais dos Servidores da LBA (ASSELBAS) e ANASSELBAS se articulam gerando debates, documentos e posicionamentos para a efetiva inserção da

Assistência Social na Constituição Federal de 1988 como política social, direito do cidadão e dever do Estado.

Dessa forma, os movimentos sociais exerceram grande influência, emergindo com todo o poder de pressão, conformando e norteando a configuração das políticas públicas e da política de Assistência Social. Assim, os movimentos sociais com suas lutas contribuíram para o desenvolvimento das políticas sociais.

Em exigência de práticas inovadoras na área social, tem início uma intensa discussão para a formulação de uma política pública de Assistência Social, constitucionalmente assegurada.

Para tanto, faz-se necessária a elaboração de diagnósticos, estudos e propostas, promovidas pelo Estado, categorias profissionais e organizações da sociedade civil.

Instala-se um complexo processo de debates e articulações com vistas ao nascimento da Política de Assistência Social, inscrita no campo democrático dos direitos sociais.

Foi um processo marcado por grande pressão social e grande participação de vários setores e finalmente a CF de 1988, aprovada em 05 de outubro, trouxe uma nova concepção para a Assistência Social, incluindo na esfera da Seguridade Social.

Conforme o artigo 194 da CF de 1988: “A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos a saúde, previdência e assistência social. ”

A Política de Assistência Social é inscrita na CF pelos artigos 203 e 204. O artigo 203 relata “A Assistência Social será prestada a quem dele necessitar, independente de contribuição à Seguridade Social. ”

Este artigo declara como objetivos, a proteção e amparo as famílias, crianças e à velhice, como também reabilitação a quem necessitar e garante um salário mínimo como benefício a pessoa portadora de alguma deficiência ou a idosos, que não possuam meios de prover sua própria manutenção, sendo este o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Diz o artigo 204 que: “As ações governamentais na área da Assistência Social serão realizadas com recursos do orçamento da Seguridade Social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

- I Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas as esferas estadual e

municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

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

Afirma Sposati (2004, p. 42) que:

A Assistência Social, garantida na Constituição Federal de 1988, contesta o conceito de (...) “população beneficiária como marginal ou carente, o que seria vitimá-la, pois sua necessidade advém da estrutura social e não do caráter pessoal” tendo, portanto como público alvo os segmentos em situação de risco social e vulnerabilidade, não sendo destinada somente a população pobre.

Para regulamentar e institucionalizar os avanços alcançados na CF de 1988 tornou-se imprescindível a aprovação de leis orgânicas.

A primeira área que alcançou este avanço foi a Saúde, tendo a aprovação de sua lei orgânica em setembro de 1990. A Previdência Social foi aprovada em setembro de 1991.

A Assistência Social foi prejudicada pelo atraso no processo de discussão e elaboração de propostas, articuladas por universalidades e órgãos da categoria profissional. Nesse movimento de intenso debate, são questionadas a burocratização e a seletividade que dificulta o acesso as Políticas Sociais; a centralidade do poder estatal que não se adapta as diferentes realidades; o caráter pontual, fragmentado e emergencial das ações e a falta de mecanismos de participação popular. Deste modo, converteu-se para uma redefinição institucional, baseada nos princípios da democracia participativa e descentralização.

Sob a coordenação do IPEA/UnB, com a participação de especialistas, elaborou-se um anteprojeto de lei, fruto de seis meses de estudos, fragilizado, no entanto, pela falta de solidez e consistência teórica na área. A realização do I Simpósio Nacional de Assistência Social, desencadeado pela Câmara Federal de 1989, ofereceu aos legisladores, uma proposta de lei com significativo avanço institucional.

O Deputado Raimundo Bezerra apresenta o Projeto de Lei nº 3099/89 que, posteriormente, em 17 de setembro de 1990, fora integralmente vetado pelo então presidente

Collor, sob a afirmação de que a nação não dispunha de recursos para o pagamento dos benefícios previstos, alegando que seus princípios eram contrários a uma Assistência Social responsável.

O Ministério do Bem-Estar-Social promoveu encontros regionais em todo o país para a discussão da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), resultando na Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em junho de 1993, em Brasília.

Foi apresentado um novo projeto de lei, contrário ao que vinha sendo negociado. Assim, com a pressão de entidades e especialistas na área, a plenária posicionou-se construindo artigo por artigo, tornando-se tal documento conhecido como Conferência Zero da Assistência Social. Posteriormente, foi encaminhado ao Congresso Nacional pela deputada Fátima Pelares, com o nº. 4100/93, sendo, em dezembro de 1993, sancionada a LOAS.

A LOAS introduz um novo significado a Assistência Social enquanto Política Pública de Seguridade, direito do cidadão e dever do Estado, prevendo-lhe um sistema de gestão descentralizado e participativo.

De imediato, essa lei extingue o Conselho Nacional de Serviço Social, criado em 1938, considerado um órgão clientelista e cartorial; e cria o Conselho Nacional de Assistência Social, órgão de composição paritária, deliberativo e controlador da Política de Assistência Social.

Para Yasbek (2004, p.13):

É certo que a história da Política de Assistência Social, não termina com a promulgação da LOAS, visto que esta Lei introduziu uma nova realidade institucional, propondo mudanças estruturais e conceituais, um cenário com novos atores revestidos com novas estratégias e práticas, além de novas relações interinstitucionais e intergovernamentais, confirmando-se enquanto “possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e serviços de ampliação de seu protagonismo”, assegurando-se como direito não contributivo e garantia de cidadania.

Em 1997 foi aprovada a primeira Norma Operacional Básica que conceituou o sistema descentralizado e participativo da Política de Assistência Social. Em dezembro de 1998, foi

definido o primeiro texto da Política Nacional de Assistência Social. No mesmo ano, foi editada uma Norma Operacional Básica de conformidade com o disposto na Política Nacional de Assistência Social. Essas normas criam, por exemplo, conselhos deliberativos e controladores da Política de Assistência Social,

Fundos Especiais para alocação de recursos financeiros específicos da Assistência Social e órgãos gestores da Política de Assistência Social, em todos os níveis de governo.

Em 2004, após um movimento de discussão nacional, foi aprovada uma nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS) na perspectiva de implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Consequentemente em 2005, fez-se necessário a edição de uma Norma Operacional Básica que definisse as bases para a implementação do Sistema Único de Assistência Social. O novo sistema promove a descentralização na gestão, no monitoramento e no financiamento dos serviços. Ele ainda dá mais autonomia aos municípios na aplicação dos recursos federais, organizando-os em três níveis de gestão (inicial, básica e plena), de acordo com a capacidade da prefeitura em executar os programas.

A PNAS 2004 assume a Assistência Social como Política Pública com um campo de provisão específico, ou seja, com objeto próprio de atuação, qual seja a proteção da população em situação de vulnerabilidade social e risco pessoal e social garantindo-lhes as seguranças da acolhida, convívio, desenvolvimento da autonomia, sobrevivência a riscos emergente.

O Sistema Único de Assistência Social é um sistema não contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específicos da Assistência Social no campo da Proteção Social brasileira. Configura-se como o novo reordenamento da Política de Assistência Social na perspectiva de promover maior efetividade de suas ações.

No Sistema Único de Assistência Social, os serviços, programas, projetos e benefícios da Assistência Social são reorganizados por níveis de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de média e alta complexidade.

A Proteção Social Básica tem por objetivo a prevenção por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Já a Proteção Social Especial tem por finalidade proteger de situações de risco às famílias e indivíduos cujos direitos tenham sido violados ou que já tenha ocorrido rompimento dos laços familiares e comunitários.

A unidade executora das ações de Proteção Social Básica é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), e a unidade executora das ações de Proteção Social Especial é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Em 2009, é aprovada a “Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais”, de acordo com a Resolução nº109, de novembro de 2009. Neste documento o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em parceria com os Estados, Municípios e o Distrito Federal definiram os nomes dos serviços socioassistenciais e quais as características de cada um deles, entre outras questões relacionadas ao atendimento a famílias e indivíduos.

À Proteção Social Básica são incluídos os serviços:

- Serviços de Proteção e Atendimento Integral a Família (PAIF);
- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos.

Os serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade se constituem em:

- Serviço especializado em abordagem social;
- Serviço de Proteção Social a adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida, e de Prestação de Serviços à Comunidade;
- Serviço de Proteção a Atendimento Especializado a famílias e indivíduos;
- Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosos e suas famílias;
- Serviço Especializado para pessoas em situação de rua.

Já nos Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade estão:

- Serviços de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades;
- Abrigo Institucional;

- Casa – Lar;
- Casa de Passagem;
- Residência Inclusiva;
- Serviço de Acolhimento em República;
- Serviço de Acolhimento em família acolhedora;
- Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Como vemos, a Tipificação Nacional dos Serviços sócio- assistenciais é um marco na regulação da área da Assistência Social, por criar identidade para o próprio usuário, que hoje encontra dificuldade em reconhecer quais são os seus direitos.

### **2.3 Concepções de Intersetorialidade**

As diversas expressões da questão social vividas pela sociedade, mas principalmente aquelas que afetam as camadas mais pobres da população, estão se tornando cada vez mais complexas. Tal constatação vem chamando a atenção de profissionais de diferentes áreas.

Como alternativa de ação, vem sendo utilizada a idéia de intersetorialidade, mas para adentrar neste campo, é necessário e fundamental estabelecer a base conceitual de intersetorialidade.

Para Bidarra (2009, p. 483): “a intersetorialidade ou ação intersetorial é a consolidação do sistema de garantia de direitos. ”

Sposati (2006.p, 141) complementa que, “a intersetorialidade pode ser uma opção de gestão pela efetiva extensão e/ou universalização do reconhecimento da cidadania de todos. ”

Para Raichelis (2008.p, 212) “por meio da intersetorialidade, é possível abordar de forma mais ampla as problemáticas sociais. ”

A intersetorialidade se constrói através de processos organizados e coletivos e de ações que pressupõe o respeito à diversidade e as particularidades dos profissionais e usuários

envolvidos. Este processo exige a interação permanente entre os diferentes setores, pois interfere nos modos de ser e de atuar dos profissionais.

Essas práticas intersetoriais, por se pautarem em articulações entre sujeitos, setores sociais e saberes diversos de apresentam como uma nova forma de se trabalhar.

Mas como Bronzo e Veiga citam (2007.p, 19):

De qualquer ponto pelo qual o tema da Intersetorialidade é abordado, tem-se a convicção de que essa perspectiva não é algo natural ou que ocorra de forma espontânea (...), mas que tem que ser ativamente construída.

Trabalhar a intersetorialidade envolve chegar com maior potência a um resultado eficaz. Importante ressaltar que este resultado não implica necessariamente na resolução ou enfretamento final do problema principal, mas que possa somar na descoberta de novas possibilidades de agir.

É importante ressaltar que, trabalhar nesta concepção não é uma tarefa fácil, pois como Bidarra relata (2009, p.484):

Pactuar a intersetorialidade representa um árduo trabalho de construção política. Quando se investe nesse tipo de alternativa é porque se acredita que ela é quem melhor traduz uma opção por articular os vários saberes que, se ocupam de diferentes fenômenos e/ou problemas, interferem em vários sentidos no modo de vida social.

A intersetorialidade é uma ação de construção contínua, que está ligada a aceitar e saber da necessidade de criar novas alternativas com diferentes áreas e outros saberes, lembrando que não parte somente do profissional, mas também do gestor da Política. Bidarra (2009,p.490) ainda coloca:

Atuar na perspectiva da intersetorialidade significa ter a capacidade de compartilhar responsabilidades e de organizar as



atribuições necessárias à realização de uma tarefa para a qual é preciso contar com igual compromisso dos atores sociais envolvidos.

Logo, a atuação intersetorial deve envolver uma expectativa de maior capacidade de resolver situações, Sposati (2006, p.135) ainda lembra: “a atuação intersetorial requer o esforço das diferentes áreas do conhecimento, trabalhar de modo integrado e construir um outro patamar.”

Os espaços da intersetorialidade são lugares de compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas formas de agir. Há necessidade de um exercício permanente de paciência e de negociação, pois ninguém está acostumado a ficar pensando no assunto que supostamente é do outro. Conviver com a sensação da incerteza, e de não ter respostas envolve confusão, sofrimento e um caminho não muito fácil, mas, também envolve o prazer da descoberta de novas saídas.

Bidarra (2009, p.495) diz: “a intervenção intersetorial é fortalecida sob a forma de trabalho em redes e requer mudanças de atitudes dos que integram os serviços e as coberturas temáticas da esfera da “garantia de direitos”.

Trabalhar a intervenção fortalecida na perspectiva intersetorial, requer mudanças de atitudes e pensamentos, é preciso reconhecer que não se tem todas as respostas e nem poder suficiente para dar conta do problema, os vários saberes e segmentos devem estar dispostos a trabalharem juntos em uma acumulação de forças para realizar um trabalho com qualidade aos usuários.

Para trabalhar nesta concepção é necessário que haja o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor; e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência, às ações.

Os caminhos para essa concepção são tortuosos e árduos, pois o novo é novo, embora precise de um processo de aprendizagem e de determinação dos profissionais e gestores.

Envolve a participação dos profissionais e suas representações como fundamental para a garantia da qualidade técnica.

As desigualdades sociais estão presentes, para serem diminuídas e extintas, então a necessidade de se implementar novas formas de trabalho e intervenção.

As ações intersetoriais são construídas de acordo com a necessidade dos usuários e setores para o enfrentamento das expressões da questão social. A intersetorialidade busca superar a fragmentação das Políticas.

A intersetorialidade é uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir Políticas Públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na população.

A intersetorialidade está relacionada à prática, ao enfrentamento de problemas reais. Ela é uma nova prática social, reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático.

Constitui também a intersetorialidade como uma possibilidade de encaminhar a resolução dos problemas da população, para melhorar a qualidade de vida dos usuários.

#### **2.4 A Intersetorialidade nas Políticas de Saúde e Assistência Social e seus desafios**

Como visto no item anterior, a intersetorialidade possui grandes limites e possibilidades de ação. Um elemento que contribui para que a Saúde desenvolva estas articulações é a constatação dos limites do setor para enfrentar os problemas de saúde que atingem nossa sociedade.

No Brasil, a intersetorialidade vem sendo considerada como importante componente para a mudança do modelo assistencial e de reorganização da atenção a saúde. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. É dar aos profissionais da saúde possibilidades novas de prestar uma assistência mais integral.

Qualquer indicador de saúde, mortalidade infantil, longevidade, índice de violência, por exemplo, reflete um amplo conjunto de relações intersetoriais.

Desde o profissional de saúde até o gestor do sistema deve ter a consciência de que seu saber e sua atuação setorial são insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para esses problemas complexos e para promover a qualidade de vida da população, entendendo ser esse o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária baseado no conceito de saúde como qualidade de vida.

Trabalhando como estratégia a intersetorialidade, ela pode trazer mais qualidades nas ações e como relata Sposati (2006, p 137) “pode ser uma opção de gestão pela efetiva extensão e/ou universalização do reconhecimento da cidadania para todos. ”

A NOB SUAS (2005) estabelece a articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o SUS como um dos princípios organizativos do SUAS. Ela se efetiva através da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida entre outras.

O público alvo da Assistência Social constitui-se na sua grande maioria por pessoas em situação de pobreza, que não podem ser vistos e entendidos apenas como desprovidos de bens econômicos, necessitados de benefícios materiais e financeiros, mas sim como cidadãos de direitos e deveres, vítimas do sistema econômico atual, sujeitos de sua realidade, que devem ser potencializados para superarem seu contexto.

Realizar um trabalho na idéia intersetorial, portanto significa que a Assistência Social não seja vista apenas como porta de entrada para outras políticas, mas como Política de Seguridade Social, que articula a outras políticas, alcança maior eficácia no processo de busca pelo desenvolvimento de potencialidades dos usuários.

Para muitos profissionais, a intersetorialidade é considerada um processo difícil e contínuo que supõe planejamento, organização e aceitação de que nenhum profissional possui todos os saberes.

O trabalho intersetorial pressupõe o respeito à diversidade e as particularidades de cada setor. Envolve a criação de espaços comunicativos para facilitar a articulação e também disponibilidade para trabalhar os conflitos para que assim se possa chegar, com maior potência a realização das ações que não necessariamente implicam na resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas na acumulação de forças, na construção de sujeitos e na descoberta da possibilidade de agir.

Para desencadear uma atuação intersetorial entre as Políticas de Saúde e Assistência Social, é muito importante que o objeto de ação seja uma questão que de fato mobilize e diga respeito aos dois setores.

Outro elemento que muitas vezes contribui para que a saúde e a assistência enfatizem as articulações interssetoriais é a constatação dos limites do setor para enfrentar as demandas, pois sabemos que com a desigualdade social que permanece em nossa realidade, a cada dia as expressões da questão social surgem das mais diversas formas, demonstrando que, para enfrentá-las, o profissional do Serviço Social não pode se limitar a um único saber, ou então, a especificidade de sua área.

A intersectorialidade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão e exploração de seus limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade.

Portanto, trabalhar a intersectorialidade, facilita e produz transformações, nesse sentido, a construção de um projeto mais amplo, mais efetivo e que possa agregar setores distintos e saberes específicos, é sem dúvida mais coerente do que o trabalho parcelado ou isolado.

A intersectorialidade é preferível, pois, como cita Bidarra (2009, p.489):

Investe numa lógica para a gestão que considera o cidadão e por isso busca superar a fragmentação das políticas sociais; investe no aprendizado sobre como lidar com as tensões produzidas, quando se tem diferentes setores e atores, com diferentes concepções de mundo, tendo que negociar uma resposta partilhada para os problemas que lhe são comuns.

Enfim, nenhum setor da sociedade consegue resolver sozinho todos os problemas, e é por isso que a proposta de se trabalhar a intersectorialidade tem surgido como alternativa para a resolução dos problemas sociais.

### **3 METODOLOGIA E CENÁRIO DA PESQUISA**

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos para a realização desta pesquisa, assim como os cenários da pesquisa: os municípios de Barra Bonita, Igarapu do Tietê, Jau e Pederneiras.

Serão caracterizadas as Políticas de Saúde e de Assistência Social nos municípios que constituíram o cenário da pesquisa, lembrando que os locais de trabalho dos profissionais de Serviço Social participantes da pesquisa não serão revelados.

### **3.1 Procedimentos metodológicos**

A escolha do tema se deu pelas constantes observações e discussões entre as alunas a respeito dos limites de atribuições da saúde e da assistência social, uma vez que em seus locais de estágio este assunto era frequentemente abordado.

A observação foi de grande relevância para a escolha do tema, pois foi através dela que se notou a necessidade de se estudar a intersetorialidade como método para intervir nas diversas demandas.

O início da pesquisa se deu com a realização de uma hemeroteca, reunindo artigos extraídos de revistas, internet e livros. Obtiveram-se dificuldades em encontrar livros que abordam o assunto intersetorialidade, por ser um tema relativamente novo.

O objetivo geral deste trabalho é desvelar os desafios para a efetivação da intersetorialidade entre as Políticas de Saúde e Assistência Social, identificando-se as facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais do Serviço Social, e como específico; identificar as especificidades do Serviço Social nas Políticas de Saúde e Assistência Social, levantar as concepções de intersetorialidade e desvelar as facilidades e dificuldades na busca pela intersetorialidade.

Em relação ao problema, questionou-se quais os desafios para a efetivação da intersetorialidade entre as Políticas de Saúde e Assistência Social, no trabalho do assistente social.

A hipótese levantada foi que no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais da Saúde e Assistência Social surgem situações que exigem definição de atribuição de responsabilidades das duas Políticas Sociais de forma a possibilitar a efetivação dos direitos do usuário. Entre elas, destacamos situações em que o usuário deve ser atendido por ações e serviços das duas políticas, e nestas situações, a intersetorialidade seria uma estratégia para viabilizar a eficácia das ações desenvolvidas.

É comum encontrar nas Políticas de Saúde e Assistência Social usuários em comum, e em muitos casos, são usuários encaminhados pela outra política, e que devido à falta de articulação entre as duas, não são atendidos de forma integral, não tendo todos seus direitos efetivados devido à falta de comunicação e clareza a respeito das especificidades de cada política. Lembramos que esta falta de articulação não pode ser atribuída apenas como responsabilidade dos profissionais envolvidos, pois estes, por mais disposição que tenham em realizar um trabalho intersetorial, dependem da iniciativa da gestão em proporcionar que o trabalho seja realizado nesta concepção.

Como citado no capítulo anterior, a intersetorialidade é uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir Políticas Públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na população. Com isso ressalta-se que a intersetorialidade deve partir da disposição dos gestores das políticas envolvidas, para assim os profissionais poderem desenvolvê-las.

O método utilizado para a realização da pesquisa foi qualitativo, pois se priorizou a subjetividade das respostas, de acordo com a realidade de cada profissional.

Martinelli (1999, p. 22) coloca que:

Na verdade, essa pesquisa tem por objetivo trazer à tona o que os participantes pensam a respeito do que está sendo pesquisado, não é só a minha visão de pesquisador em relação ao problema, mas é também o que o sujeito tem a me dizer a respeito. Parte-se de uma perspectiva muito valiosa, porque a medida que se quer localizar a percepção dos sujeitos, torna-se indispensável – e este é um outro elemento muito importante – o contato direto com o sujeito da pesquisa.

Portanto, a pesquisa qualitativa, busca entender um fenômeno específico em profundidade, ao invés de estatísticas, o método qualitativo trabalha com descrição, comparação e interpretação. Ela também é participativa e menos controlada, lembrando sempre que este tipo de pesquisa tem como objetivo principal traduzir e interpretar o sentido dos fenômenos pesquisados.

Quanto à tipologia, trata-se de pesquisa exploratória, pois envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulam a compreensão. O objetivo deste tipo de estudo é procurar maiores informações sobre determinados assuntos, pois se percebeu que o assunto abordado pela pesquisa – Intersetorialidade- é um assunto com poucos estudos anteriores.

A pesquisa foi realizada com profissionais de Serviço Social que atuam em Órgãos públicos e privados (conveniados ao SUS ou SUAS) que desenvolvem serviços de Saúde e Assistência Social nos municípios de Barra Bonita, Igarapu do Tietê, Jaú e Pederneiras, sendo que os locais de atuação não serão revelados.

Foi elaborado um questionário, com 16 perguntas, para verificar os conhecimentos dos pesquisados sobre o assunto e se a Instituição desenvolvia o trabalho intersetorial. O questionário contou com apenas 02 perguntas fechadas a fim de conhecer a área e tempo de atuação dos profissionais, sendo que estes itens não influenciaram em nenhum momento a análise dos dados.

Optou-se pelo uso do questionário, pois é uma técnica de investigação que possibilita um maior alcance de sujeitos, de forma que possibilita o entrevistado responder no momento em que lhe pareça mais apropriado, como também não expõe os pesquisados a influência do pesquisador. Para o envio desses questionários, recorreu-se ao meio eletrônico. Anteriormente, foi aplicado um préteste com quatro profissionais do Serviço Social divididos de forma igualitária entre as áreas de Saúde e Assistência Social, no período de um mês, a fim de alcançar os objetivos propostos e visando a eficácia do questionário.

O universo da pesquisa contou com 11 sujeitos da área da Saúde e 11 da Assistência Social, lembrando que o envio foi por meio eletrônico; dificultando a certeza de retorno. Obtivemos a colaboração de oito sujeitos, divididos entre as áreas de Saúde e Assistência Social dos municípios acima citados, no período de um mês e meio.

Embora o número de sujeitos participantes tenha sido inferior ao estimado, os resultados obtidos foram satisfatórios para o alcance dos objetivos.

Com os questionários respondidos foi efetuada a análise e interpretação dos dados, com base na fundamentação teórica, possibilitando identificar a atuação dos profissionais e modos de intervenção.

### 3.2 Cenários da Pesquisa

Neste item iremos apresentar os municípios onde a pesquisa foi aplicada.

O município de Barra Bonita, fundado em 19/03/1883, possui 35.090 habitantes. A incidência de pobreza em Barra Bonita, segundo dados do site do município, atinge 16,8% de sua população. Devido à instalação da maior usina de açúcar e álcool do mundo em Barra Bonita, sua economia é voltada para o cultivo e exportação da cana-de-açúcar. Devido à oferta de empregos na lavoura, no período de entressafra o município torna-se atrativo para muitos migrantes, principalmente da região nordeste, tornando-os mão de obra barata nas grandes usinas da região; possui também o turismo como fonte de renda de sua população, já que a cidade fica às margens do Rio Tietê, onde encontra-se instalada uma empresa de navegação que desenvolve passeios turísticos pelo rio. A Política de Assistência Social no município se encontra em Gestão Inicial, pois não possui a Rede de Proteção Básica de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo SUAS. A Assistência Social do município se dá através do Departamento Municipal de Assistência Social e um CRAS, que atende cinco bairros. A Saúde conta com um Hospital/Maternidade (público), responsável por atender também a demanda do município vizinho (Igarçu do Tietê, que possui apenas um hospital particular), quatro unidades básicas de saúde e um Centro de Saúde Mental. Atualmente Barra Bonita conta com o trabalho da Associação Legionários de Cristo, que capacita adolescentes acima de 16 anos para o mercado de trabalho, além de manter um Centro de Convivência para crianças e adolescentes de 07 a 14 anos.

Como outro cenário da pesquisa, temos Igarçu do Tietê, que possui 23.509 habitantes. O contexto social é bastante semelhante com o de Barra Bonita, pois Igarçu do Tietê também recebe muitos migrantes que chegam para trabalhar na lavoura, sendo esses migrantes, grande parte do número de usuários dos serviços da assistência social do município, que se encontra em Gestão Inicial e no momento possui uma Secretaria Municipal de Ação Social e um CRAS, recém instalado.

Os serviços de saúde são realizados através de quatro unidades básicas de saúde e uma Casa da Saúde, responsável por agendamento de transporte para tratamento em outros municípios, encaminhamentos, entre outros. O município possui apenas 01 hospital particular, sendo necessário assim, que os habitantes se desloquem até Barra Bonita para o atendimento através do SUS.



O município de Jaú possui mais de 131mil habitantes, e tem como renda também a cultura da cana-de-açúcar, além do amplo comércio e rede calçadista. Possui serviços de Saúde Especializados, onde atende mais de 70 municípios do Estado de São Paulo. Consta com dois hospitais, sendo um especializado em Oncologia (Hospital Amaral Carvalho) e o Hospital Tereza Perlatti (Saúde Mental), quatro unidades de Pronto Atendimento e dez Postos de Atendimento à Saúde. A cidade oferece serviços de saúde como os Programas de Saúde para crianças, mulheres e adultos, saúde bucal, saúde escolar, APAE (Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), entre outros. Na área da Assistência Social, além do órgão gestor, possui três CRAS e várias entidades de Assistência Social atendendo vários gêneros e faixas etárias.

O município de Pederneiras conta com aproximadamente 42 mil habitantes. Na economia da cidade, há predomínio da cultura de cana-de-açúcar, além do café. A pecuária também movimentava a economia da cidade, através do rebanho bovino. A política de Saúde no município caracteriza-se por meio de: Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção à Saúde da Mulher, Centro de Especialidades

Odontológicas, Programa Saúde da Família, um Centro de Saúde, oito Unidades Básicas de Saúde e um Centro de Fisioterapia, além de uma Santa Casa de Misericórdia. A Política de Assistência Social tem como órgão gestor, o Departamento de Assistência e Desenvolvimento Social. Os habitantes contam também com os serviços dos CRAS.

Devido à precariedade na área da saúde, os municípios de Barra Bonita e Igarapu do Tietê, possuem uma forte dependência com o município de Jaú, sendo este o maior receptor das demandas encaminhadas pela saúde destes municípios, gerando assim uma necessidade urgente de maior comunicação entre eles. Partindo deste pressuposto se vê a necessidade de um trabalho mais eficaz e novas maneiras de se trabalhar.

O município de Pederneiras tem muitas semelhanças com o município de Barra Bonita, principalmente na questão econômica, social e número de habitantes, porém Pederneiras encontra-se numa posição muito superior, fato comprovado quando se comparam os serviços públicos que o município oferece aos cidadãos.

#### **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Este capítulo vem apresentar a análise dos dados da pesquisa realizada com assistentes sociais das áreas de Saúde e Assistência Social dos municípios citados anteriormente. Lembramos que, como objetivo geral temos: desvelar os desafios para a efetivação da intersetorialidade entre as Políticas de Saúde e Assistência Social, identificando-se as facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais de Serviço Social e, como específicos, identificar as especificidades do Serviço Social nas Políticas de Saúde e Assistência Social; levantar as concepções de intersetorialidade e desvelar as facilidades e dificuldades na busca pela intersetorialidade.

Após avaliar os objetivos, dividiu-se a pesquisa em eixos, primeiramente apresentaremos as concepções de intersetorialidade; após, as dificuldades para desenvolver o trabalho na perspectiva da intersetorialidade; aspectos que favorecem a intersetorialidade e para finalizar, as contribuições da intersetorialidade para o trabalho do assistente social.

#### **4.1 Concepções de intersetorialidade dos sujeitos.**

A idéia de intersetorialidade vem sendo utilizada como alternativa de ação diante das diversas expressões da questão social. Cada vez mais os profissionais que atuam nas políticas públicas estão se dando conta de que trabalhar de forma fragmentada, isolada, não é o melhor caminho para a consolidação do sistema de garantia de direitos.

Conforme foi citado na fundamentação teórica, a intersetorialidade é uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na população.

Bidarra (2009, p. 483), diz que “a intersetorialidade ou ação intersetorial é a consolidação do sistema de garantia de direitos. ”

Sposati (2006, p. 141) complementa que, “a intersetorialidade pode ser uma opção de gestão pela efetiva extensão e/ou universalização do reconhecimento da cidadania de todos. ”.

Para Raichelis (2008, p.212) “por meio da intersetorialidade, é possível abordar de forma mais ampla as problemáticas sociais. ”

Todos os profissionais entrevistados possuem uma concepção comum sobre intersetorialidade, como expressam alguns dos depoimentos, ilustrados a seguir:

*Trabalho articulado, ações integradas, compartilhamento de conhecimento, responsabilidades, soma de forças buscando alcançar resultados mais eficazes, relação horizontal onde os saberes se complementam e buscam alternativas de enfrentamento. (SUJEITO 1, ASSISTÊNCIA SOCIAL)*

*O trabalho integrado entre os diversos setores, mas todos devem propagar os mesmos pensamentos, não há intersetorialidade, se cada um pensar por si só, ou não conhecer o trabalho do outro. (SUJEITO 3, ASSISTÊNCIA SOCIAL)*

*É a articulação entre as políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas a proteção, inclusão e promoção da família (...). (SUJEITO 5, SAÚDE)*

Embora os sujeitos apresentem suas concepções de intersetorialidade, este não é um conceito fechado e limitado, pode ser visto por vários ângulos, de acordo com o trabalho desenvolvido por cada profissional, seus objetivos, e estratégias de intervenção. A articulação citada nos conceitos de intersetorialidade requer trabalho em rede, planejamento conjunto entre as políticas, capacitação profissional, disponibilidade e interesse para conhecer outros saberes e integrá-los a uma ação com objetivos em comum.

Percebe-se que a intersetorialidade envolve chegar com maior potência a um resultado eficaz, pauta-se em articulação entre sujeitos, setores sociais, saberes e experiências diversas.

Segundo Bidarra (2009, p.490) “Atuar na perspectiva da intersetorialidade significa ter a capacidade de compartilhar responsabilidades e de organizar as atribuições necessárias”.

A intersetorialidade propõe um espaço de compartilhamento de saberes e construções de novas formas de agir. Uma nova alternativa de trabalho eficaz, trazendo ao profissional de serviço social habilidades e ampliando ainda mais sua visão de homem e mundo.

Os sujeitos entrevistados falam sobre a intersetorialidade como algo viabilizador da eficácia das ações, porém não demonstram propriedade sobre esta concepção, como se fosse algo ainda difícil de atingir.

#### **4.2 Dificuldades para desenvolver o trabalho na perspectiva da intersetorialidade**

Um dos objetivos da pesquisa foi evidenciar as dificuldades para se exercer o trabalho intersetorial particularmente entre as políticas de Saúde e Assistência Social. Como vemos nos depoimentos dos sujeitos, quando responderam a esta questão, alguns setores trabalham ainda isoladamente, demonstrando que trabalhar a intersetorialidade é uma tarefa difícil, pois ainda não existe uma cultura e um agir cooperativo, complementar.

*Uma política não tem clareza sobre a outra. A comunicação também é deficitária. (SUJEITO 2, ASSISTÊNCIA SOCIAL)*

*As limitações quanto a vagas, agendamento, estrutura física, entre outros. (SUJEITO 3, ASSISTÊNCIA SOCIAL)*

*(...) a falta de comprometimento de alguns profissionais de outras políticas com a efetivação dos direitos sociais da população usuária, bem como a dificuldade de alguns profissionais assumirem responsabilidades de atendimentos/atuações cabíveis a política pública em que atua. (SUJEITO 4, ASSISTÊNCIA SOCIAL)*

*A dificuldade encontrada é a prática profissional de alguns assistentes sociais por não desenvolver um trabalho em rede. (SUJEITO 7, SAÚDE)*

*A maior dificuldade que encontro é a falta de conhecimento (...)*  
*(SUJEITO 8, SAÚDE)*

A grande dificuldade apresentada pela maioria dos sujeitos foi a falta de conhecimento, como colocou o sujeito 8. Embora não especificada, deve tratar-se do desconhecimento de um órgão sobre as atribuições do outro. Isto interfere na intervenção profissional, como também torna os serviços incompletos, não interligando os saberes e responsabilidades de cada profissional em sua área de atuação.

Os sujeitos 2 e 8 citaram a falta de conhecimento ou clareza sobre as atribuições das duas políticas. Esta falta de clareza sobre o que é específico de cada política é uma situação muito comum que atinge principalmente a política de Assistência Social.

É importante destacar que entre as políticas aqui citadas, a Assistência Social costuma ser a mais afetada por esta falta de conhecimento sobre atribuições. É comum ver serviços que deveriam ser desenvolvidos por outras políticas, sendo realizados pela Assistência Social, pois alguns gestores, profissionais e instituições confundem Assistência Social com Serviço Social, e esperam dela ações que efetivamente não lhe competem.

Podemos conceituar a Assistência Social como política pública não contributiva, dever do Estado e direito de todo cidadão que dela necessitar. É organizada em um sistema descentralizado e participativo. Em 2009, foi aprovada a “Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais” que define os nomes dos serviços prestados por esta política e quais as características de cada um deles, entre outras questões relacionadas ao atendimento a famílias e indivíduos. Com este documento, os profissionais podem ter mais clareza sobre as atribuições da assistência social.

É comum também ver a Assistência Social sendo confundida com o serviço social, atribuindo-se assim, ao profissional da Assistência Social, funções e desenvolvimento de ações que poderiam ser realizadas por qualquer outro profissional do serviço social.

Muitas vezes chegam até a Assistência Social, usuários ou solicitações de serviços encaminhados por outros setores, para que sejam realizadas visitas domiciliares, estudo socioeconômico, entre outros, que poderiam ser realizados por um assistente social de qualquer área, e se a gestão não estiver preparada para esclarecer esta questão, a Assistência Social se sobrecarrega com atribuições que não lhe pertencem.

A intersetorialidade é considerada um processo difícil e inacabado, que necessita de planejamento, organização e aceitação de que nenhum profissional possui todos os saberes

para atender o usuário que necessita dos serviços das políticas públicas. Porém, com capacitação e compromisso, esta perspectiva pode ser adquirida, assim como a idéia de que um necessita do outro e que o seu conhecimento e exercício de atuação não são maiores que o do outro.

Trabalhar na concepção intersetorial requer troca de experiências e informações no desenvolvimento de ações articuladas para construção de uma rede de interação.

Devido à grande demanda que existe nos serviços públicos e a falta de recursos humanos suficientes para atendê-las, ocorre uma sobrecarga de trabalho para estes profissionais, que embora reconheçam a importância da intersetorialidade, muitas vezes não possuem condições de exercê-la, pois dependem sobretudo da disposição dos gestores em assumir a articulação entre as políticas.

Ocorre também a dificuldade de alguns gestores e profissionais em não aceitar que não são possuidores de todos os conhecimentos, e que em determinado momento necessitarão do conhecimento, experiência e da prática do outro. É necessário reconhecer que não se tem todas as respostas e nem o poder suficiente para dar conta da situação, os vários segmentos devem estar dispostos a abrir mão de parcelas do poder para viabilizar uma ação mais potente.

Os sujeitos identificaram ainda a falta de comprometimento dos profissionais e gestores como outra dificuldade para a efetivação da intersetorialidade.

O comprometimento dos profissionais em trabalhar nesta concepção exige entender que este trabalho não visa apenas um exercício profissional, nem articulação de serviços, mas a efetivação das políticas públicas e consolidação dos direitos.

Entende-se que para trabalhar na concepção de intersetorialidade, os profissionais devem estar abertos a mudanças de atitudes, na perspectiva de tornar o atendimento mais ágil e eficaz. Para isso exige disponibilidade para integração de serviços, construção contínua, comunicação, disposição para conhecer o novo, disponibilidade para dialogar e negociar e principalmente, a Instituição entender a diferença entre intersetorialidade e interdisciplinaridade, lembrando que a intersetorialidade envolve as ações desde seu planejamento, realizadas conjuntamente entre os gestores das políticas. Já a interdisciplinaridade envolve o trabalho conjunto entre diferentes profissionais.

#### **4.3 Aspectos que favorecem a Intersetorialidade**

Como citado anteriormente, nenhum profissional domina todos os saberes, isso significa que não conseguem resolver sozinhos todos os problemas e que não possuem respostas para todas as questões, portanto ressalta-se a necessidade de pensar em estratégias para desenvolver o trabalho intersetorial.

Alguns pesquisadores citaram como meios facilitadores do trabalho intersetorial:

*Investimento em recursos humanos através de conhecimento, o que possibilita condições de aceitar mudanças, e ser agente provocador destas. (SUJEITO 1, ASSISTÊNCIA SOCIAL)*

*(...) para facilitar o desenvolvimento do trabalho intersetorial são necessárias capacitações constantes aos profissionais envolvidos com as políticas públicas (...), é preciso também decisão política (...). (SUJEITO 4, ASSISTÊNCIA SOCIAL)*

*Uma ação de conscientização e reflexão sobre o tema. É necessário também querer trabalhar em rede. (SUJEITO 8, SAÚDE)*

Percebe-se que os sujeitos estão citando condições, aspectos ideais, que não necessariamente existem nos seus espaços de trabalho. Em todo caso, o que apareceu foi a capacitação, que se relaciona com conhecimento teórico e técnico e comprometimento ético, elementos que já foram evidenciados como dificuldade para desenvolver a intersetorialidade, quando não existem.

Lembramos que a qualificação profissional não diz respeito somente à posição que o profissional vai atingir e sim o que esta qualificação vai interferir no serviço prestado ao usuário.

O trabalho intersetorial depende também de recursos, atitudes e qualificação profissional, mas, sobretudo da articulação institucional e política dos gestores, ou seja, de decisão política, como cita o sujeito 4, pois é a eles que cabe tomar a iniciativa de aderir a esta concepção.

Ressalta-se que intersectorialidade não significa o profissional de uma política realizar o trabalho do profissional de outra política, mas sim complementá-lo de acordo com suas competências. Mesmo que cada política tenha a sua especificidade, em certos momentos elas se unem em um mesmo objetivo a ser atingido. Bidarra (2009, p.489) destaca que:

É indispensável que o profissional tenha claro que em toda prática há um espaço de criatividade a ser explorado, há vias de transformação a serem acionadas. Nenhuma prática é um bloco monolítico, impermeável, sempre há caminhos críticos, vias de superação a serem trilhadas, porém a verdade é que só são encontrados por quem os procura pacientemente, por quem os constrói corajosamente.

Todas as ações propostas pelos pesquisados como facilitadores da intersectorialidade não são ações impossíveis ou difíceis de realizar, desde que todos os profissionais estejam envolvidos por uma mesma causa, com os mesmos objetivos.

A intersectorialidade exige, certamente, o conhecimento, o comprometimento e a capacitação dos profissionais envolvidos, porém não podemos deixar de ressaltar que ao se tratar de políticas públicas, depende também da gestão, que precisa ser aberta a tudo que é necessário para o desenvolvimento do trabalho nesta perspectiva, como planejamento de ações conjuntas, ter muito bem esclarecido os limites de ação de cada política e em que aspectos elas devem se integrar. Sem o apoio da gestão, apenas a disposição dos profissionais não basta.

#### **4.4 Contribuições da Intersectorialidade para o trabalho do assistente social**

Todos os entrevistados concordam que a intersectorialidade é uma prática favorável para a efetivação dos direitos dos usuários e que na concepção de garantia de direitos, a intersectorialidade acrescentaria:



*O trabalho na concepção intersetorial acrescenta para o serviço social uma nova dimensão do trabalho profissional que visa o respeito à diversidade setorial, a troca de saberes, experiências e uma aprendizagem constante (...), trata-se assim de uma nova “estratégia” para a intervenção profissional com característica democratizadora, que possibilita a abertura de novos espaços de atuação, a constituição de novos sujeitos, o empoderamento e a inclusão de novos atores sociais no processo da transformação social.(...) (SUJEITO 4, ASSISTÊNCIA SOCIAL)*

*Acrescentaria para um trabalho articulado e mais fácil, através da troca, assim na agilidade e garantia de um trabalho interligado, visando qualidade aos usuários. (SUJEITO 5, SAÚDE)*

*Agilidade e eficácia no trabalho desenvolvido. (SUJEITO 7, SAÚDE)*

Como visto, a intersetorialidade é um meio de trabalho almejado por todos os pesquisados, como também deve ser para a maioria dos profissionais, porém faltam meios de desenvolver e incentivar o trabalho intersetorial nos diversos setores.

Todos os motivos apresentados pelos sujeitos como barreiras para o trabalho intersetorial, como falta de recursos humanos, falta de capacitação, entre outros, em breve certamente serão superados, pois é notável o crescimento da valorização do serviço social nas políticas públicas e Instituições privadas nos dias de hoje. Cada vez mais o assistente social é visto como profissional indispensável no enfrentamento das expressões da questão social, sendo o trabalho intersetorial de suma importância para o alcance deste objetivo.

## 5 CONCLUSÃO

Os espaços da intersetorialidade são construídos por compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas linguagens, de novos conceitos que não se encontram estabelecidos. Há necessidade de um exercício permanente de paciência e de negociação, pois ninguém está acostumado a ficar pensando no assunto que é do outro, além disso, algumas vezes é necessário percorrer caminhos já esgotados pelo outro setor, outras vezes surgem questões novas que jamais seriam pensadas do ponto de vista setorial.

Entende-se a intersetorialidade como estratégia democratizadora, onde se compartilham saberes e poderes diversos, para enfrentar problemas diversos e dar uma resposta a uma necessidade ou situação. Por isso mesmo esses não são caminhos fáceis, porém proporcionam o prazer da descoberta de novos olhares, novas possibilidades e novas saídas.

Concluimos através dos resultados obtidos, que todos os sujeitos entrevistados entendem a intersetorialidade como um trabalho articulado, através do compartilhamento do conhecimento.

Como dificuldade para desenvolver o trabalho nesta perspectiva intersetorial, as questões mais evidenciadas foram a comunicação deficitária entre os setores e a indisponibilidade de alguns profissionais em exercer a intersetorialidade.

Embora os sujeitos não tenham evidenciado claramente, verificou-se que não destacaram que os gestores têm uma grande parcela de responsabilidade no estabelecimento da intersetorialidade entre as políticas. Acredita-se também que a falta de clareza sobre a concepção de Assistência Social, que alguns ainda confundem com o Serviço Social possa provocar a dificuldade de se estabelecer a intersetorialidade.

Alguns aspectos foram citados como facilitadores do trabalho intersetorial, entre eles, a capacitação dos profissionais envolvidos com as Políticas Públicas, o investimento em recursos humanos, além da disponibilidade para exercer um trabalho em rede.

Por fim, os sujeitos explanaram sobre as contribuições da intersetorialidade para o trabalho do assistente social, e houve concordância de opiniões, pois todos concordaram que a intersetorialidade é uma estratégia que proporciona a troca de saberes, agilidade e totalidade no enfrentamento das expressões da questão social.

Com isto, comprova-se a hipótese de que no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais da Saúde e Assistência Social, surgem situações que exigem definição de atribuição de responsabilidades das duas Políticas Sociais de forma a possibilitar a efetivação dos direitos do usuário. Entre elas, destacamos situações em que o usuário deve ser atendido por ações, serviços e benefícios das duas políticas, porém não há definição sobre as competências e nestas situações, a intersetorialidade seria uma estratégia para viabilizar a eficácia das ações desenvolvidas.

Esta hipótese é afirmada quando os sujeitos apontam a falta de conhecimento e clareza de alguns profissionais a respeito das ações desenvolvidas pela outra política, porém, embora os sujeitos demonstrem uma concepção positiva e favorável sobre o trabalho intersetorial, nota-se uma falta de propriedade quando falam deste assunto, como se os caminhos para sua efetivação, ao mesmo tempo em que se apresentam com simples soluções como, por exemplo, investimento em capacitação e conhecimento a respeito da outra Política também se apresenta distante, como se estas soluções estivessem fora do alcance deste profissional.

Isto se dá pelo fato de que questões importantes não foram citadas pelos profissionais, como a necessidade da existência de um planejamento conjunto entre as políticas de Saúde e Assistência Social, de ações em comum, estabelecimento de fluxos de atendimento e ainda avaliação sistemática e contínua, de forma participativa. Isso denota que talvez não tenham apreendido que a intersetorialidade não depende apenas da vontade dos profissionais.

Os caminhos da construção da intersetorialidade são tortuosos, pois os novos desafios são incompletos, cheios de imperfeições, de desafios, e se já foi trabalhado pelo outro setor, precisa ser reinventado outra vez. É necessário aprender a conviver com a incerteza, com a insegurança de não dispor de todas as respostas, parte mais importante do processo. Se de um lado os processos coletivos são mais potentes, de outro são também mais lentos e trabalhosos.

Às vezes, o resultado só é alcançável a médio ou longo prazo, mas, a partir da definição, desencadeiam-se uma série de ações e trabalhos uni e intersetoriais e muda-se a perspectiva com que se trabalha o fator tempo, as expectativas e as próprias tarefas setoriais.

Devido à falta de bibliografia e artigos, fica a sugestão de que o tema intersetorialidade seja mais abordado, pesquisado e conseqüentemente introduzido pelos gestores e profissionais do Serviço Social em sua área de atuação, desde o momento do planejamento até a execução das ações. Que esse novo modo de trabalhar possa ser uma tentativa de enfrentamento das expressões da questão social. Eis o nosso desafio!

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia T. de. **Pesquisa Balanço e Perspectivas do Federalismo Fiscal no Brasil. Subprojeto:** Redefinição de Competências entre Esferas de Governo na Prestação de Serviços Públicos na Área Social. Área: Política de Assistência Social. 3º Relatório – Final. Fundap, 1994. **Disponível em:** [www.fundap.sp.gov.br](http://www.fundap.sp.gov.br) - acessado em 10 de maio de 2010.

BIDARRA, Z. S.; **PACTUAR A INTERSETORIALIDADE E TRAMAR AS REDES PARA CONSOLIDAR O SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS.** *Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n.99, p.483-497, 2009.*

BRAGA, Leo; CABRAL, Maria S. R. **O SERVIÇO SOCIAL NA PREVIDENCIA:** Trajetória, projetos profissionais e saberes. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Artigos 194, 203, 204.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza. **SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL.** Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRONZO, C.; VEIGA, L da. **INTERSETORIALIDADE DE POLITICAS DE SUPERAÇÃO DA POBREZA:** desafios para a pratica. *Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano XXVIII, n.92, p.5-21, 2007.*

COHN, Amélia. **SAÚDE NO BRASIL:** Políticas e Organizações de Serviços. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANIEDADE.** São Paulo: Cortez, 2006.

LEANDRO, D. P.; LUCENA, F.F de; SANTOS, M. A; SILVA,P.K.F e SILVA, A. de M. **INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: Um desafio possível?** In: <<http://www.inicep.univap.br>>. Acessado em 24 de fev de 2010.

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA O SERVIÇO SOCIAL. São Paulo: CRESS, 2007.

LUSTOSA, Elvira. **A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NO BRASIL.** Disponível em: <<http://www.ufpi.br>>, acessado em 15 de março de 2010.

MARTINELLI, Maria Lucia; ON, Maria Lucia Rodrigues; MUCHAIL, Salma Tannus. **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber.** São Paulo: Cortez, 2001.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 1999. P 22.

MESTRINER, M. L. **O Estado entre a filantropia e a assistência social.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. **TIPIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS**”. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>, acessado em 24 de Fevereiro de 2009.

NUNES, Edilson. **A SAÚDE COMO DIREITO E COMO SERVIÇO.** São Paulo: Cortez,2002.

RAICHELIS DEGENSZAJN, Raquel. **Processos de articulação na perspectiva socioterritorial.** ARREGUI, Carola Carbajal; BLANDES, Denise Néri (Org.). Metodologias do trabalho social. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2008.

REIS, Marília Freitas de Campos Tozoni. **METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA**. Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2007.

REZENDE, A.P.M. **Movimentos sociais e partidos políticos: questões sobre lógica e estratégia política**. In: Movimentos sociais: para além da dicotomia rural e urbana, João Pessoa, 1985.

SPOSATI, Aldaíza. Falcão, Maria do Carmo. **A Assistência Social Brasileira: Descentralização e Municipalização**. São Paulo: EDUC, 1990. p. 13 a 21.

\_\_\_\_\_, Aldaíza. **A menina Loas: um processo de construção da assistência social**. São Paulo: Cortez, 2004.

SEADS. **PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA E ESPECIAL: Implementação, Capacitação e Legislação**. Imprensa Oficial, 2005.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL COTIDIANO: Formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

YASBEK, M. C. **As ambiguidades da Assistência Social Brasileira após 10 anos de LOAS**. Revista Serviço Social & Sociedade, ano XXV, nº 77, p. 11-29, mar. 2004.