

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**NAYRA SOUSA ARAUJO**

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E  
AS DEMAIS POLÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL: reflexões a partir do processo  
de trabalho dos/as assistentes sociais no Hospital de Urgência de Teresina (HUT)**

**TERESINA  
2018**

**NAYRA SOUSA ARAUJO**

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E AS DEMAIS POLÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL: reflexões a partir do processo de trabalho dos/as assistentes sociais no Hospital de Urgência de Teresina (HUT)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação da Professora Dr.<sup>a</sup> Simone de Jesus Guimarães.

**TERESINA  
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA  
Universidade Federal do Piauí  
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas e Letras  
Serviço de Processamento Técnico

A663s Araujo, Nayra Sousa.  
Serviço social e intersetorialidade entre a política de saúde e as demais políticas da seguridade social: reflexões a partir do processo de trabalho dos/as assistentes sociais no Hospital de Urgência de Teresina (HUT) / Nayra Sousa Araujo. – 2018.  
166 f.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) –  
Universidade Federal do Piauí, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Simone de Jesus Guimarães.

1. Serviço Social. 2. Intersetorialidade. 3. Política de Saúde. 4. Seguridade Social. I. Título.

CDD 362.11

**NAYRA SOUSA ARAUJO**

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E AS DEMAIS POLÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL: reflexões a partir do processo de trabalho dos/as assistentes sociais no Hospital de Urgência de Teresina (HUT)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação da Professora Dr.<sup>a</sup> Simone de Jesus Guimarães.

APROVADA em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone de Jesus Guimarães - UFPI  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Rosário de Fátima e Silva - UFPI  
Membro Interno

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciene Ferreira Mendes de Carvalho – UNIFSA  
Membro Externo

“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.”

Marilda Yamamoto

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter-me sustentado ao longo desta jornada, por me dar forças nos momentos mais difíceis e cuidar de mim, apesar dos meus medos e das minhas fraquezas.

Aos meus pais, Napoleão e Agustinha, pelo amor, dedicação, compreensão e pelas palavras de incentivo quando eu mais precisei.

Ao meu irmão, Natanael, pela amizade e apoio.

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, pela aprendizagem proporcionada ao longo do mestrado.

À professora Dr.<sup>a</sup> Simone de Jesus Guimarães, orientadora desta dissertação, pelas valiosas contribuições para o meu aprendizado, bem como para a execução deste trabalho.

Às professoras Dr.<sup>a</sup> Maria do Rosário e Dr.<sup>a</sup> Rosilene Marques, pelas contribuições e sugestões durante as bancas de qualificação.

Às assistentes sociais do Hospital de Urgência de Teresina (HUT), que prontamente se dispuseram a participar e contribuir para a realização desta pesquisa.

À 15<sup>a</sup> Turma de Mestrado em Políticas Públicas, pelas vivências ao longo do curso. Em especial, agradeço às queridas Juciara Linhares e Mayara Carneiro, pela amizade e companheirismo durante os momentos de angústia e de alegria.

Enfim, agradeço a todos que torceram por mim e contribuíram de forma direta ou indireta para a conclusão de mais esta etapa.

## RESUMO

A presente dissertação possui como temática central a intersetorialidade entre políticas sociais a partir do processo de trabalho do/a assistente social na política de saúde e tem como objetivo principal analisar o processo de trabalho dos/as assistentes sociais que atuavam nas Clínicas do Hospital de Urgência de Teresina (HUT), em 2017, no que se refere à materialização da intersetorialidade entre a política de saúde e as demais políticas da Seguridade Social, na perspectiva da proteção social defendida na Constituição Federal de 1988. Diante da histórica organização das instituições e dos serviços das políticas sociais brasileiras, pautadas pela setorização e fragmentação, a intersetorialidade é uma perspectiva importante, pois propõe uma nova forma de atuar nas expressões da questão social, baseando-se na necessidade de integração entre as diversas políticas setoriais, a fim de garantir a integralidade do atendimento aos cidadãos, uma vez que a realidade social é complexa e multifacetada. Para atender aos objetivos da dissertação, fez-se uso de abordagem qualitativa, com a realização de um estudo bibliográfico, que possibilitou a análise teórica acerca do desenvolvimento da Seguridade Social no contexto brasileiro, principalmente da política de saúde, bem como acerca do processo de trabalho do/a assistente social nesse espaço sócio-ocupacional; e de uma pesquisa de campo, a partir de entrevistas semiestruturadas com 06 assistentes sociais do HUT e 01 assistente social do INSS. As informações obtidas a partir das entrevistas foram sistematizadas e analisadas à luz do referencial teórico, tendo como base o método crítico-dialético. Os resultados apontam que o processo de trabalho do/a assistente social no HUT tem como objeto de atuação as múltiplas expressões da questão social que se manifestam no contexto hospitalar, e os/as profissionais atuam na perspectiva de viabilizar a materialização dos direitos sociais dos usuários da política de saúde. Constatou-se que, no decorrer do cotidiano profissional no HUT, os/as assistentes sociais identificam diversas demandas que requerem algum tipo de articulação intersetorial, o que reforça que uma única política social é insuficiente para dar respostas eficazes às expressões da questão social, uma vez que a saúde vai além da ausência de doença, perpassando por diversos aspectos, entre eles, os econômicos, sociais, políticos e culturais, que a determinam e a condicionam. Foi possível perceber que os/as profissionais entrevistados/as reconhecem a importância da intersetorialidade entre a política de saúde e as demais políticas da Seguridade Social para garantir, de fato, a proteção social à população e enfrentar a complexidade dos problemas sociais. Porém a materialização dessa intersetorialidade ainda se coloca como um desafio para o processo de trabalho do Serviço Social na política de saúde, uma vez que o que prepondera é o desenvolvimento de ações de articulação com outras políticas de maneira pontual e limitada.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Intersetorialidade; Política de Saúde; Seguridade Social.

## ABSTRACT

The following dissertation has as central theme, the intersectoriality between social policies from the social worker's work process in health policy and it has as main objective, to analyze the work process of the social workers who had a job in the Clinics in the Urgency Hospital of Teresina (HUT), in 2017, regarding the materialization of the intersectoriality between health policy and other policies of the Social Security, in the perspective of social protection defended by the Federal Constitution of 1988. Seeing the historical organization of institutions and Brazilian social policies services, lined by sectorisation and fragmentation, the intersectoriality is an important perspective, as it proposes a new way of acting in the expressions of the social issue, based on the need of integration between the different sectorial policies, in order to to guarantee the integrality of the service to the citizens, once the social reality is complex and multifaceted. In the interest of meeting the objectives of this dissertation, it was used a qualitative approach with the attainment of a bibliographic study, which made possible the theoretical analysis about the development of Social Security in the Brazilian context, mainly health policy, as well as about the work process of the social worker in this social-occupational space; and a field survey, from semi-structured interviews with 06 social workers from HUT and 01 social worker from INSS. The information collected from the interviews were systematized and analyzed according to the understanding of the theoretical reference, based on the critical-dialectical method. The results indicate that the work process of the social worker in the HUT has as an object of action, the multiple expressions of the social issue, that are manifested in the hospital context, and the professionals work in the perspective of making feasible the materialization of the users' social rights of health policy. It was verified that, during the professional daily life at the HUT, social workers identify several demands that request some kind of intersectorial articulation, which reinforces that only one social policy is insufficient to provide effective responses to the expressions of the social issue, once, health goes beyond the absence of disease, passing through several aspects, including the economic, social, political and cultural aspects, which determine and condition it. It was possible to notice that the interviewed professionals perceived the importance of the intersectoriality between health policy and other social security policies to guarantee, in fact, social protection to the population and deal with the complexity of social problems. However, the materialization of this intersectoriality still is a challenge to the Social Work process in health policy, once which prevails is the development of articulation actions with other policies in a punctual and limited way.

**Keywords:** Social Service; Intersectoriality; Health Policy; Social Security.

## LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
ABESS - Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social  
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva  
ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar  
BNH - Banco Nacional de Habitação  
BPC - Benefício de Prestação Continuada  
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensão  
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEME - Central de Medicamentos  
CFASS - Conselho Federal de Assistentes Sociais  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas  
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social  
CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social  
DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social  
DNER - Departamento Nacional de Endemias Rurais  
EC - Emenda Constitucional  
EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço  
FMI - Fundo Monetário Internacional  
FMS - Fundação Municipal de Saúde  
FUNABEM - Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor  
HUT - Hospital de Urgência de Teresina  
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensão  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
LBA - Legião Brasileira de Assistência  
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social  
MERCOSUL - Mercado Comum do Sul  
NAF - Núcleo de Apoio Familiar  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB/RH - Norma Operacional Básica/Recursos Humanos  
NOB/SUAS - Norma Operacional Básica/Sistema Único de Assistência Social  
NOB/SUS - Norma Operacional Básica/SUS  
NRF - Novo Regime Fiscal  
OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONGs - Organizações Não Governamentais  
ONU - Organização das Nações Unidas  
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família  
PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público  
PBF - Programa Bolsa Família  
PEC - Proposta de Emenda Constitucional  
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil  
PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento  
PIB - Produto Interno Bruto  
PIS - Programa de Integração Social  
PNAS - Política Nacional de Assistência Social  
PNS - Plenária Nacional de Saúde  
PREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde  
PSF - Programa Saúde da Família  
PT - Partido dos Trabalhadores  
RGPS - Regime Geral da Previdência Social  
RPPS - Regime Próprio da Previdência Social

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SINPAS - Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUCAM - Superintendência de Companhias da Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPI - Universidade Federal do Piauí

UPAs- Unidades de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UTQ - Unidade de Tratamento de Queimados

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 AS POLÍTICAS SOCIAIS E A INTERSETORIALIDADE</b> .....	<b>20</b>
2.1 As políticas sociais no contexto capitalista: das primeiras intervenções ao contexto atual .....	20
2.2 O desenvolvimento das políticas sociais no Brasil .....	28
2.3 A perspectiva da intersectorialidade no âmbito das políticas sociais .....	41
<b>3 AS POLÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO</b> ---	<b>57</b>
3.1 As políticas de Previdência e Assistência Social .....	57
3.2 A política de Saúde no Brasil pós-Constituição de 1988 e a perspectiva da intersectorialidade .....	66
3.2.1 Um breve resgate histórico da política de saúde brasileira .....	66
3.2.2 A política de saúde e a perspectiva da intersectorialidade .....	83
<b>4 SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE E A PERSPECTIVA DA INTERSETORIALIDADE</b> .....	<b>90</b>
4.1 Processo de trabalho do Serviço Social no contexto brasileiro: alguns elementos ---	90
4.2 O Serviço Social na política de saúde .....	102
4.3 O Serviço Social no Hospital de Urgência de Teresina e a perspectiva da intersectorialidade entre políticas sociais .....	109
4.3.1 A intersectorialidade entre o HUT e as políticas de Assistência Social e Previdência Social- .....	133
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>144</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>150</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>160</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde é uma das políticas públicas que mais têm visibilidade no contexto brasileiro, pois se insere e tem influência nos mais diversos aspectos da vida humana e, conseqüentemente, da organização da vida coletiva, em sociedade, indo além do processo limitado de saúde X doença, isto é, da concepção de saúde enquanto ausência de doença física. Nesse sentido, pode-se afirmar que existe uma noção de saúde ampliada, que considera vários aspectos que a determinam e a condicionam, a exemplo da moradia, do trabalho, do lazer, da alimentação, dentre outros.

Porém, ressalta-se que nem sempre o entendimento acerca da questão saúde esteve atrelado a uma concepção ampliada. No Brasil, historicamente, a saúde era tratada levando em consideração o ponto de vista curativo, priorizando o profissional liberal médico, com poucas ações do Estado que atuava pontualmente e principalmente no combate às endemias (BRAVO, 2008).

Foi a partir da década de 1980 que a temática da saúde passou a ganhar novos contornos no Brasil por conta do Movimento da Reforma Sanitária, que passou a discutir coletivamente novas propostas para a área. As discussões giravam em torno do entendimento de que a saúde não deveria ser considerada somente no aspecto biológico da doença, mas deveria levar em consideração também os diversos aspectos da vida individual e coletiva que podem influenciá-la. O Movimento defendia ainda que a saúde fosse vista enquanto direito social e que o Estado se responsabilizasse por sua estruturação e operacionalização enquanto política pública (BRAVO, 2008).

No Brasil, o principal marco legal para o entendimento da saúde enquanto conceito ampliado é a Constituição Federal de 1988, considerada cidadã, que incorporou reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária, introduziu, no cenário do país, a perspectiva de direitos sociais dos cidadãos e a responsabilização do Estado pela garantia do acesso da população a tais direitos, tendo em vista o enfrentamento das desigualdades sociais. Assim, surgiu a concepção de Seguridade Social que passou a englobar três grandes políticas sociais: Saúde, Previdência e Assistência Social, em uma perspectiva de proteção social que significa reconhecer que os cidadãos têm direitos independentemente da sua inclusão no mercado de trabalho formal (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Porém é importante apontar que, mesmo com o conceito de proteção social fixado pela Constituição Federal de 1988, o que sucedeu na realidade concreta foi a separação das três políticas sociais citadas acima, tanto no que se refere aos marcos legais, como no momento da

operacionalização. Assim, cada política passou a contar com ministérios próprios, leis orgânicas específicas e fontes de financiamento próprias e desiguais, culminando na fragmentação dos serviços de proteção social vinculados à Seguridade Social.

Na década de 1990, houve a promulgação das leis infraconstitucionais referentes a cada uma das três políticas sociais da Seguridade Social. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi delimitado, a saúde foi reafirmada enquanto direito de todos e dever do Estado, e o conceito ampliado de saúde foi reconhecido ao se considerarem diversos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, dentre eles os determinantes sociais. Tal fato corrobora a necessidade de equipes multiprofissionais, para além das profissões médicas, nos espaços sócio-ocupacionais que planejam e executam ações e serviços em saúde. Corrobora ainda a noção de que, com o conceito ampliado, o enfrentamento às questões de saúde precisa estar articulado com outras políticas públicas.

Entretanto, é importante destacar que a década de 1990 também serviu de contexto para o acirramento dos ideais neoliberais no Brasil, seguindo a tendência mundial de encolhimento da participação do Estado no âmbito social, principalmente no que se refere às políticas sociais. Assim, ao mesmo tempo em que direitos sociais conquistados eram consolidados na legislação, também havia pressão por parte do grande capital para que o Estado redirecionasse o seu papel e se afastasse dos investimentos no âmbito social (BRAVO, 2008).

De acordo com as autoras Behring e Boschetti (2011), o ideário neoliberal traz consigo um trinômio para as políticas sociais: privatização, focalização e descentralização. Nesse sentido, ocorre a intensificação de diversas tendências, entre elas: a transferência das responsabilidades estatais para a sociedade civil, principalmente para o chamado “Terceiro Setor”, termo que faz referência às organizações e instituições geridas pela sociedade; a privatização dos direitos, bens e serviços, como a saúde, por exemplo; a focalização das políticas sociais, submetendo a população aos critérios, muitas vezes vexatórios, de seletividade. Com isso, a lógica de proteção social se fragmenta e a população encontra entraves para ter acesso aos direitos e serviços assegurados em leis.

É no contexto da sociedade capitalista brasileira que o Serviço Social está inserido, atuando, sobretudo, no atendimento direto à população por meio de ações de planejamento, gestão e execução de políticas sociais, tendo como objetivo efetivar o acesso dos cidadãos aos direitos fundamentais assegurados por leis. Dentre essas políticas de proteção social, a Política de Saúde, nos níveis federal, estadual e municipal, é um dos campos de maior atuação de assistentes sociais, onde os/as profissionais têm como objeto de intervenção as múltiplas expressões da questão social.

Essas expressões se manifestam de diferentes formas, isto é, não seguem um único padrão, pois resultam de processos históricos, frutos de diferentes conjunturas sociais, econômicas, políticas, culturais, dentre outras. Nesse sentido, diante das várias expressões da questão social que demandam atuação dos/as assistentes sociais no âmbito da Política de Saúde, fica evidente que uma única política social é insuficiente para dar respostas concretas às situações vivenciadas pela população. Então, pode-se afirmar que há necessidade de pensar, discutir e implementar ações que proporcionem a interação entre diferentes políticas públicas, tendo em vista alcançar e potencializar a proteção social (MONNERAT; SOUZA, 2011).

Levando em consideração a inserção de assistentes sociais na Política de Saúde, a pluralidade de expressões da questão social que se manifestam nessa área, bem como o reconhecimento da insuficiência de uma única política social para enfrentá-las tendo em vista a proteção social via Seguridade Social, defendida na Constituição Federal de 1988, esta dissertação elegeu o seguinte objeto de estudo: o processo de trabalho do Serviço Social na Política de Saúde em Teresina – Piauí, na perspectiva da intersetorialidade entre a política de saúde e as demais políticas sociais da Seguridade Social.

O interesse pela temática da intersetorialidade deu-se a partir de questionamentos levantados durante a graduação em Serviço Social e pós-graduação na área de políticas públicas acerca da operacionalização das políticas setoriais e a necessidade de maior interação entre as mesmas para dar respostas eficazes aos problemas presentes na sociedade. Ademais, as contradições entre o que é instituído pela lei e o que é concretizado de fato, e as constantes pressões, por parte do neoliberalismo, para que as intervenções do Estado sejam cada vez mais pontuais e focalizadas no âmbito social também foram elementos motivadores para o interesse pela temática.

Já o interesse pela relação entre o processo de trabalho do Serviço Social e a intersetorialidade deu-se a partir das experiências vivenciadas ao longo de estágio supervisionado no Hospital de Urgência de Teresina (HUT). A inserção no referido campo de estágio possibilitou maior aproximação com as produções bibliográficas da área, bem como contato direto com o processo de trabalho dos/as assistentes sociais na saúde.

Na ocasião do estágio, foi realizado um projeto de intervenção que teve como principal objetivo identificar os elementos qualificadores do processo de trabalho do/a assistente social no HUT, a partir dos registros diários da prática e sua correlação com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, tomando como fonte de pesquisa os livros de registros das atividades diárias dos/as assistentes sociais, no período que compreendeu três anos (2008/2010) de funcionamento do hospital e do Serviço Social na instituição. Tal projeto

partiu de uma necessidade sentida pelos/as assistentes sociais e pela autora (na época estagiária) de uma maior qualificação e sistematização do processo de trabalho do Serviço Social do HUT, bem como do registro da prática.

Com a execução do projeto, foi possível conhecer as principais demandas que chegam ao Serviço Social na área da saúde, mais especificamente em um hospital de urgência; as principais intervenções realizadas pelos/as assistentes sociais frente a essas demandas, bem como perceber a articulação entre os diversos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do hospital, e entre as diversas instituições que compõem a rede de atenção à saúde da população. Tais resultados contribuíram para ratificar a importância da inserção dos/as profissionais de Serviço Social no âmbito da saúde.

No entanto, surgiram inquietações acerca da relação do processo de trabalho do Serviço Social na Política de Saúde com a intersetorialidade entre políticas públicas, suscitando o desejo de aprofundar a temática. Para tal, propôs-se a realização de uma pesquisa, em nível de mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, com o objetivo de analisar o processo de trabalho dos/as assistentes sociais que atuavam nas Clínicas do Hospital de Urgência de Teresina, em 2017, no que se refere à materialização da intersetorialidade entre a política de saúde e as demais políticas sociais do tripé da Seguridade Social, na perspectiva da proteção social defendida na Constituição Federal de 1988.

Esta dissertação de mestrado é importante porque, ao reconhecer que as expressões da questão social exigem uma concepção ampliada com integralidade entre as diversas áreas, saberes e práticas, torna evidente a necessidade de se discutir e analisar a articulação entre os serviços de diferentes políticas, tendo em vista introduzir a intersetorialidade como um instrumento para se efetivar a proteção social no Brasil.

O estudo em questão é relevante tendo em vista a importância da dimensão investigativa para o fortalecimento do processo de trabalho dos/as assistentes sociais, uma vez que, de acordo com Pereira (2005), a investigação é o caminho para conhecer os limites e possibilidades do fazer profissional, bem como para propor estratégias para uma atuação profissional eficaz. Ademais, acredita-se que esta dissertação poderá contribuir para o aprofundamento do conhecimento científico e do debate acerca da relação entre o processo de trabalho do Serviço Social e a intersetorialidade entre políticas públicas, principalmente no contexto da política de saúde em Teresina, tendo em vista que se desconhecem estudos realizados com este enfoque.

A pesquisa também é importante porque procurou ir ao encontro da concepção ampliada de saúde e concorda que é necessário superar o modelo fragmentado, centrado na doença física

e no profissional médico, que ainda persiste na realidade concreta. Reconhece, também, a importância da inserção dos/as profissionais de Serviço Social na Política de Saúde e o seu potencial para atuar sobre os determinantes sociais da saúde.

Diante do cenário contemporâneo de avanço das tendências neoliberais para o âmbito das políticas sociais, mais especificamente para a Política de Saúde, das consequências deste avanço para o atendimento das demandas de saúde da população, bem como para o processo de trabalho do/a assistente social na referida política, colocou-se como questão central desta dissertação: O processo de trabalho dos/as assistentes sociais que atuam nas Clínicas do Hospital de Urgência de Teresina (HUT) materializa a intersectorialidade entre a política de saúde e as demais políticas sociais do tripé da Seguridade Social, na perspectiva da proteção social defendida na Constituição Federal de 1988?

É importante ressaltar que a Política de Saúde foi o ponto de partida desta pesquisa porque tem sido historicamente um dos campos de maior inserção dos/as profissionais de Serviço Social no Piauí. Apesar da existência de outras políticas públicas, o foco foi na intersectorialidade entre políticas da Seguridade Social porque a Constituição de 1988 inaugurou essa concepção de sistema de proteção social.

A partir das considerações feitas acima, colocaram-se as seguintes questões norteadoras: Quais os elementos que compõem o processo de trabalho dos/as assistentes sociais das Clínicas do HUT? Quais as principais demandas presentes no cotidiano profissional no HUT que requerem articulação intersectorial entre a política de saúde e as demais políticas da Seguridade Social? Como ocorrem as ações de articulação intersectorial com as instituições das políticas de Seguridade Social? Quais as respostas oferecidas pelos/as profissionais diante das demandas que requerem articulação intersectorial? Quais os principais limites e possibilidades para que o processo de trabalho do Serviço Social nas Clínicas do HUT atue na perspectiva da intersectorialidade?

Para responder tais questionamentos, o método adotado para o desenvolvimento desta dissertação foi o crítico-dialético que aponta para a necessidade de apreender as diversas dimensões que compõem o objeto de estudo, bem como as contradições e os conflitos, numa perspectiva de totalidade (LIMA; MIOTO, 2007). De acordo com as contribuições de Montañó (2013), tal método compreende que, em um primeiro momento, o objeto de estudo se apresenta ao pesquisador como um todo caótico onde só é possível apreender os elementos aparentes que o compõem. Somente no decorrer do processo de investigação, é que as várias dimensões do objeto de estudo são percebidas pelo pesquisador, que chega ao concreto pensado, isto é, à essência do objeto. Nas palavras de Netto (2011),

o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou (NETTO, 2011, p. 22).

A escolha por tal método deu-se por considerá-lo essencial para a compreensão da materialização da intersetorialidade entre políticas sociais no processo de trabalho dos/as assistentes sociais, tendo como foco central a Política de Saúde em Teresina – Piauí em uma perspectiva de totalidade, indo além da aparência que se coloca no cotidiano e no imediato das instituições, buscando compreender os diversos meandros presentes nessa relação.

Levando em consideração o método crítico-dialético, foi utilizada a abordagem qualitativa que “busca significados, não exige representatividade amostral, trabalha com pressupostos” (COSTA, 2011, p. 38). A escolha por tal abordagem deu-se por considerá-la a mais adequada para compreender o objeto de estudo em questão, vez que está inserido em uma realidade social complexa, cheia de conflitos e contradições que exigem um olhar mais ampliado e crítico. Ademais, Richardson (1999) afirma que

os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 1999, p. 80).

O estudo que orientou a construção desta dissertação também pode ser caracterizado como exploratório, descritivo e analítico. A pesquisa exploratória é “aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado” (TOBAR; YALOUR, 2002, p. 69) e tem como “objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito” (GIL, 2010, p. 40); já a pesquisa descritiva é aquela que tem “como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2010, p. 42). A pesquisa é, ainda, analítica porque se propôs analisar criticamente o objeto de estudo definido.

A escolha metodológica por tais tipos de estudo deu-se levando em consideração que são poucos os estudos qualitativos e mais aprofundados sobre a temática da relação entre Serviço Social e a intersetorialidade em Teresina, em especial no que diz respeito à relação entre a política de saúde e as demais políticas da Seguridade Social. Assim, pretendeu-se

explorar o objeto de estudo proposto, tendo em vista conhecer as suas características e contribuir para o aprofundamento da temática no âmbito científico.

Dessa forma, a primeira etapa da investigação consistiu em uma revisão bibliográfica acerca das categorias que compõem o problema de pesquisa, a saber: políticas sociais, Seguridade Social, política de saúde, processo de trabalho do/a assistente social e intersectorialidade entre políticas sociais. A revisão bibliográfica foi realizada durante todo o processo de desenvolvimento desta dissertação, a fim de fundamentar teoricamente a compreensão da temática de estudo. Alguns dos principais autores que embasaram este trabalho foram: Behring e Boschetti (2011); Behring (2009); Mota (2009); Netto e Braz (2006); Montañó e Duriguetto (2010); Pereira, K. (2014); Inojosa (2001); Monnerat e Souza (2009); Junqueira (2004); Bravo (2013); Polignano (2001); Silva (2013); Paiva e Teixeira (2014); Andrade (2006); Yazbek (2009); Yamamoto (2009b); Marx (2006), entre outros.

A segunda etapa do estudo consistiu em uma pesquisa de campo, que “é a pesquisa empírica realizada no lugar onde ocorre um fenômeno e dispõe-se de elementos para explicá-lo” (TOBAR; YALOUR, 2002, p. 69). Assim, a pesquisa de campo foi realizada no Hospital de Urgência de Teresina (HUT), instituição pública de saúde vinculada à Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS). Tal escolha se baseou no fato de que esse hospital é a maior instituição de Teresina, tendo realizado cerca de 48.519 atendimentos no ano de 2016, de acordo com dados do Relatório Anual de Atividades da Prefeitura em 2016. Além disso, considera-se que tal instituição é de responsabilidade da gestão municipal e materializa a proposta de descentralização administrativa da política de saúde prevista na Lei Orgânica da Saúde de 1990.

A inserção em campo visou realizar entrevistas com os/as profissionais de Serviço Social que integram as equipes multiprofissionais das Clínicas do HUT e que se inserem na instituição através da Gerência Psicossocial, que comporta os setores de Psicologia e Serviço Social, atuando sobre as expressões da questão social que se manifestam no âmbito hospitalar.

A participação dos/as assistentes sociais se deu de forma voluntária e foi utilizado como critério de participação na pesquisa o tempo de trabalho na instituição. A amostra foi do tipo não probabilística intencional, que “é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende, ao menos em parte, do julgamento do pesquisador” (COSTA, 2011, p. 44). Assim, foram selecionados os profissionais que atuam no HUT há mais de um (01) ano.

A partir das articulações intersectoriais identificadas no processo de trabalho do Serviço Social no HUT, pretendeu-se também identificar as principais instituições das políticas de Assistência Social e Previdência que participam dessas articulações, tendo em vista realizar contatos e entrevistas com profissionais dessas instituições, a fim de analisar como se

concretizam as articulações intersetoriais, isto é, analisar se há acompanhamento na resolutividade das demandas postas pelos usuários do HUT que requerem a intersetorialidade.

Assim, foi realizada entrevista semiestruturada com 01 assistente social de uma Agência da Previdência Social, localizada na zona sul de Teresina, sendo que a instituição foi definida após a indicação dos/as assistentes sociais do HUT. Quanto à política de assistência social, durante a realização das entrevistas, não houve indicação categórica de uma ou mais instituições da referida política com as quais há mais articulação.

O estudo utilizou, como principal instrumento de coleta de dados, a entrevista semiestruturada. Este instrumento de coleta foi escolhido por se considerar que o pesquisador não é o único que detém informações e teorias sobre a temática, os sujeitos entrevistados também têm informações e saberes que podem e devem contribuir para o estudo mais qualitativo, aprofundado e participativo. Como afirma Triviños (2008, p. 46), a entrevista semiestruturada “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, bem como pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgência de Teresina. Ademais, a coleta de dados somente teve início após os sujeitos aceitarem participar da pesquisa como voluntários e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tal documento versou sobre o objetivo da pesquisa, a metodologia empreendida, e garantiu todas as medidas de proteção ao anonimato.

As informações coletadas, a partir das entrevistas semiestruturadas e da revisão bibliográfica, foram organizadas e analisadas à luz do método dialético. Para tanto, pretendeu-se analisar criticamente o referencial teórico sobre o objeto, composto pelas contribuições dos autores e pelas legislações vigentes, e as informações coletadas em campo, tendo em vista ir além da aparência dos fatos, levando em consideração as contradições e os movimentos presentes na realidade e buscando a essência.

Para atender aos objetivos da pesquisa, além da introdução, que é o primeiro capítulo, e das considerações finais, o último, esta dissertação foi estruturada em mais três capítulos: o segundo traz um breve resgate histórico das políticas sociais, das primeiras intervenções ao contexto atual, situando a temática no contexto capitalista e na realidade brasileira; traz, também, algumas breves considerações sobre as políticas de previdência e assistência social após a promulgação da Constituição Federal de 1988, bem como apresenta reflexões sobre a

perspectiva da intersetorialidade no âmbito das políticas sociais; o terceiro capítulo apresenta a trajetória da política de saúde no Brasil e aborda a intersetorialidade na mesma enquanto perspectiva importante para ampliar a proteção social; o quarto capítulo apresenta o Serviço Social no contexto brasileiro, os elementos do seu processo de trabalho, sua inserção no âmbito da saúde e sua relação com a perspectiva da intersetorialidade, apresentando os resultados da pesquisa de campo. Por fim, são apresentadas as considerações finais da investigação, analisando se a mesma atingiu os objetivos propostos inicialmente.

## **2 AS POLÍTICAS SOCIAIS E A INTERSETORIALIDADE**

Este capítulo abordará as políticas sociais e a intersectorialidade, apresentando discussões conceituais e históricas. Inicialmente, será feito um breve resgate histórico acerca do desenvolvimento das políticas sociais no sistema capitalista, apontando as primeiras intervenções e as suas características no contexto neoliberal. Em seguida, será abordada a evolução das políticas sociais no contexto brasileiro e as suas especificidades. O último subitem apresentará aspectos conceituais acerca da perspectiva da intersectorialidade no âmbito das políticas sociais e a sua importância para a ampliação da proteção social.

### **2.1 As políticas sociais no contexto capitalista: das primeiras intervenções ao contexto atual**

A sociedade civil é o lugar onde surgem conflitos de diversas ordens (econômicos, políticos, sociais etc.), cabendo ao Estado e às instituições que o compõem o dever de resolvê-los. Diante disso, existem as políticas públicas que “são intervenções planejadas do poder público com a finalidade de resolver situações problemáticas, que sejam socialmente relevantes” (DI GIOVANI, 2008, p. 2). Nesse sentido, as políticas públicas podem ser consideradas instrumentos pelos quais o Estado atua sobre as demandas que surgem na sociedade. Tais políticas públicas devem ser compreendidas de acordo com a evolução histórica da relação entre Estado e sociedade civil.

A intervenção política e administrativa do Estado, nas demandas da sociedade, visa garantir a proteção social; ou seja, o conjunto de políticas públicas voltadas para a proteção social pode ser entendido como política social. De acordo com Di Giovanni (2008), as políticas sociais atuam em diversas áreas, tais como previdência social, assistência social, educação, saúde, habitação, dentre outras. Nesse sentido, o sistema de proteção social pode ser considerado enquanto “formas – às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para proteger parte ou conjunto de seus membros” (DI GIOVANI, 2008, p. 2). Com a definição de política social, não se pode perder de vista que o termo não é estático, faz-se necessário considerar também “as conjunturas econômicas e os movimentos políticos em que se oferecem alternativas a uma atuação do Estado” (FALEIROS, 2009, p. 59).

Porém, ao se analisarem as políticas sociais, torna-se imprescindível problematizar também os interesses conflituosos que as permeiam, principalmente a contradição entre capital

e trabalho que atinge e define a atuação do Estado nas expressões da questão social<sup>1</sup> que se manifestam na sociedade.

De acordo com as autoras Behring e Boschetti (2011), a origem da política social enquanto processo social está atrelada ao desenvolvimento do sistema capitalista e do consequente movimento de lutas de classes que passou a exigir uma intervenção mais direcionada por parte do Estado no trato da questão social.

É importante apontar que, no período que antecede o desenvolvimento do capitalismo, já existiam algumas intervenções pontuais do Estado na sociedade, porém “com o intuito de manter a ordem social e punir a vagabundagem” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 47). As legislações inglesas do período que antecede a Revolução Industrial são consideradas como principais exemplos da intervenção pontual do Estado. Dentre essas legislações, pode-se destacar: Estatuto dos Trabalhadores, de 1349; Leis dos pobres, também chamadas elisabetanas, entre 1531 e 1601; Lei de Domicílio, de 1662; e a Nova Lei dos Pobres, de 1834 (POLANYI, 2000).

As legislações inglesas citadas acima tinham características punitivas e repressivas e eram fundamentalmente ligadas ao trabalho, isto é, o principal objetivo era obrigar que todos aqueles que tinham condições de trabalhar se sustentassem através do seu próprio trabalho (POLANYI, 2000). Ademais, tais leis dividiam os pobres entre “merecedores” e “não merecedores” de algum tipo de assistência estatal, onde o segundo grupo correspondia àqueles que detinham capacidade para o trabalho e, portanto, não mereciam intervenção do Estado. O primeiro grupo era formado por aqueles que mereciam, por conta da incapacidade para o trabalho, algum tipo de auxílio, assistência, totalmente desvinculado da ideia de direito (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A partir do século XVIII, com o advento da Revolução Industrial, a força de trabalho passou a ser considerada prioritariamente como mercadoria, com valor de troca, e potencializou a acumulação capitalista, distanciando-se da noção de trabalho enquanto valor de uso. A partir disso, o trabalho passou a ser entendido como única forma de adquirir renda, as intervenções pontuais do Estado, de caráter punitivo e restritivo, foram abandonadas, ficando a assistência aos pobres a cargo das iniciativas filantrópicas. Esse contexto pós-Revolução provocou o pauperismo em larga escala, exigindo novas intervenções do Estado no âmbito social.

---

<sup>1</sup> Termo que faz referência ao “conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no mundo no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a ‘questão social’ está fundamentalmente vinculada ao conflito entre o capital e o trabalho” (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 21).

Os séculos XVIII e XIX foram marcados pela expansão do industrialismo e do liberalismo econômico. O liberalismo tinha David Ricardo e Adam Smith como principais teóricos e defendia “as liberdades individuais, a liberdade de empresa, a liberdade de contrato, sob a égide do racionalismo, do individualismo e do não intervencionismo estatal na esfera econômica e social” (VIEIRA, 2009, p. 186).

Para os defensores do liberalismo, liderados por Adam Smith, o indivíduo deveria prevalecer sobre a coletividade, pois à medida que cada indivíduo procura o seu bem-estar, vendendo a sua força de trabalho no mercado livre, o bem-estar coletivo é alcançado. A partir desse entendimento, o liberalismo se colocou contra a intervenção do Estado no âmbito social através de políticas sociais, uma vez que as considerava prejudiciais ao interesse dos indivíduos pelo trabalho, gerando acomodação e ócio, comprometendo o acúmulo capitalista.

Os liberais não defendiam a extinção do Estado, pois o consideravam como “mal necessário” para garantir o livre funcionamento do mercado. Assim, ao Estado liberal cabia ser mínimo, “assumir o papel ‘neutro’ de legislador e árbitro, e desenvolver ações complementares ao mercado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 62). Ademais, a política social deveria ser apenas um paliativo, direcionada a garantir assistência mínima aos indivíduos que não têm condições de se inserir no mercado de trabalho livre e competitivo.

É importante apontar que, mesmo com a defesa dos liberais por um Estado mínimo e que interviesse pontualmente, a história do processo de desenvolvimento do capitalismo deixa claro que tal doutrina pouco se cumpriu, pois o Estado sempre interveio na sociedade e no mercado (VIEIRA, 2009). Como afirma Polanyi (2000), os próprios liberais recorriam ao Estado para garantir o pleno funcionamento do mercado livre e competitivo.

Pesquisadores do âmbito das ciências sociais apontam o final do século XIX como marco para a mudança da relação entre Estado e sociedade, já que o primeiro amplia suas intervenções, tornando-as mais planejadas e sistematizadas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Tal fato se deve, principalmente, ao movimento da classe trabalhadora organizada que conquistou a ampliação dos direitos políticos e teve algumas reivindicações atendidas no âmbito das políticas sociais (MOTA, 2009).

Para além do movimento organizado da classe trabalhadora, o final do século XIX também foi marcado pelo enfraquecimento das bases que sustentavam o liberalismo econômico. A crescente monopolização do capital, que passou a exigir grandes investimentos financeiros, foi de encontro ao ideário liberal centrado no indivíduo empreendedor capaz de alcançar seu bem-estar no mercado livre, guiado apenas por sentimentos morais (BEHRING, 2009). Todo esse processo também contribuiu para o crescimento das políticas sociais.

Em outubro de 1929, ocorreu o episódio da queda da Bolsa de Nova Iorque, que propagou a maior crise do capitalismo mundial, até então, e ficou conhecido como o período da Grande Depressão (1929-1933). Essa crise levou ao questionamento sobre a eficiência dos princípios do liberalismo econômico na regulação do mercado e da sociedade (BEHRING, 2009).

A partir das preocupações suscitadas pelo período de crise da Grande Depressão, John Keynes defendeu a intervenção do Estado no âmbito econômico e social. Para ele, o Estado deveria intervir na geração de empregos, através da produção de serviços públicos, e no aumento da renda dos cidadãos, promovendo maior igualdade, através das políticas sociais e outros serviços de natureza pública (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

As ideias defendidas por Keynes juntaram-se às inovações do pacto fordista, principalmente no que se refere à regulação das relações sociais e de trabalho. O fordismo pode ser caracterizado a partir “da produção em massa para o consumo de massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho” (BEHRING, 2009, p. 9).

A combinação do keynesianismo com o pacto fordista foi responsável pelo grande avanço do capitalismo no período que vai do fim da Segunda Guerra Mundial até a década de 1970. Tal período caracterizou-se por “altas taxas de crescimento econômico, ampliação de empregos e salários e uma forte intervenção do Estado” (MOTA, 2009, p. 56).

De acordo com Mota (2009), a expansão do capitalismo nos “anos de ouro” só se tornou possível por conta de alguns fatores políticos, dentre eles a criação de mecanismos estatais em prol da reprodução da classe trabalhadora e a incorporação, por parte do capital, de algumas demandas sociais reivindicadas pela classe trabalhadora, através dos sindicatos, que possibilitaram mudanças nas leis trabalhistas e nos mecanismos de proteção social.

Os fatores políticos citados acima foram essenciais para a construção do sistema de proteção social denominado *Welfare State*, considerado um dos principais pilares que sustentaram a fase de expansão capitalista dos “anos de ouro”. Esse sistema de proteção social, ao alocar fundos públicos para as políticas econômicas e sociais, possibilitou que os trabalhadores consumissem mais, pois algumas de suas necessidades sociais foram desmercantilizadas e atendidas através de políticas sociais. Tal fato criou condições para a produção e o consumo de massa, ideais para o avanço do capitalismo (MOTA, 2009).

De acordo com Arretche (1995), embora algumas iniciativas de programas de seguro social e de proteção social a algumas parcelas da população tenham iniciado ainda no final do século XIX, o *Welfare State* é um fenômeno do século XX, com institucionalização e expansão

no período pós-guerra, quando o Estado passou a assegurar cobertura para riscos da vida social e individual nos países capitalistas. A partir desse período, “se generaliza e ganha dimensões quase universais nesses países um conjunto articulado de programas de proteção social, assegurando o direito à aposentadoria, habitação, educação, saúde, etc” (ARRETCHE, 1995, p. 1).

É importante apontar a diferença entre política social e *Welfare State*. De acordo com Mishra (1995 *apud* BEHRING; BOSCHETTI, 2011), política social é um conceito mais amplo, enquanto o *Welfare State* tem uma delimitação histórica e institucional, já que é um fenômeno típico do século XX e refere-se à ampliação da intervenção do Estado na provisão de cobertura aos riscos sociais.

Porém o modelo de intervenção do Estado, no âmbito econômico e social que possibilitou o avanço do capitalismo nesse período, começou a dar sinais de desgaste ainda no final da década de 1960. O Estado não conseguia atender às expectativas de aumentar as taxas de emprego e às necessidades sociais através de políticas sociais. A partir disso, surgiram críticas por parte das elites políticas e econômicas quanto ao tamanho do Estado, responsabilizando-o pela crise (BEHRING, 2009).

A crise capitalista que ocorreu do final da década de 1960 e a partir da década de 1970 se manifestou, inicialmente, entre outros fatores, pela alta dos preços do petróleo entre 1973 e 1975. Tal fator foi combinado com uma forte queda nas taxas de lucro ocasionada pelo excesso de produção que não encontrou contrapartida nas vendas. O sistema capitalista tinha uma alta capacidade de produzir, mas a população não tinha capacidade equivalente para comprar mercadorias, acarretando redução de investimentos e dos níveis de emprego e, conseqüentemente, redução das taxas de lucro (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

Para superar a longa onda de estagnação, os teóricos e as elites político-econômicas contrárias ao keynesianismo e ao *Welfare State* consideravam essencial diminuir a intervenção do Estado no âmbito econômico e social, bem como retomar os ideais do liberalismo e restaurar o capital (BEHRING, 2009). De acordo com os autores Netto e Braz (2006), as propostas dos teóricos e das elites político-econômicas para superar a crise capitalista podem ser sintetizadas considerando-se o tripé: reestruturação produtiva, financeirização e ideologia neoliberal.

No que se refere à reestruturação produtiva, o objetivo era diminuir os custos de produção e acelerar a flexibilidade do trabalho. Para tanto, foram incorporados ao processo de produção os princípios de flexibilização do toyotismo, no qual a produção é desterritorializada, as unidades produtivas passam a ser deslocadas para países subdesenvolvidos e periféricos, principalmente por conta da fragilidade da proteção aos trabalhadores e da pouca tradição de

movimentos sindicais, o que torna possível a exploração acirrada da classe trabalhadora. Ademais, a demanda por trabalho vivo diminui, uma vez que há o avanço das novas tecnologias de produção, o que acaba acarretando o aumento da taxa de desemprego estrutural (NETTO; BRAZ, 2006; MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

Para além das consequências citadas acima, o modelo toyotista também descentraliza a produção recorrendo à terceirização e à subcontratação de pequenas e médias empresas. Quanto ao trabalhador, o toyotismo exige trabalhadores polivalentes que sejam qualificados em várias áreas de produção. Ao contrário da produção rígida do fordismo, o toyotismo permite que a produção seja variada e destinada a mercados específicos e demandas individualizadas (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

De acordo com Montañó e Duriguetto (2010), esse novo modelo de produção tem consequências devastadoras para a classe trabalhadora. Com o toyotismo, além da substituição de postos de trabalho humano por inovações tecnológicas, há um processo de desregulamentação das relações trabalhistas, com redução de garantias, precarização do emprego e fragmentação da atuação coletiva dos trabalhadores.

A financeirização, segundo pilar apontado para a superação da crise, refere-se ao processo de expansão financeira decorrente da superacumulação e da queda das taxas de lucro. O capital acumulado das atividades produtivas migra para a esfera financeira, onde a circulação é mais flexível, a fim de valorizar-se (NETTO; BRAZ, 2006). A partir da expansão do processo de financeirização, tendo em vista atrair o excedente mundial, os Estados passaram a abrir suas fronteiras para o capital especulativo, diminuindo os gastos com políticas sociais e com os encargos relativos aos salários, abandonando a postura protecionista (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010).

Os autores Netto e Braz (2006, p. 223) chamam a atenção para o fato de o capital financeiro estar concentrado nas mãos de uma oligarquia que “dispõe de um poder que desafia a soberania dos Estados nacionais e a autoridade dos seus bancos centrais”, bem como tem a capacidade de interferir na estabilidade econômica. Ademais, a financeirização também é responsável pelo aumento da dívida externa de alguns países periféricos que, quando encontram dificuldades para manter o superávit, são orientados e pressionados por organismos internacionais, a exemplo do Fundo Monetário Internacional (FMI), para diminuir os investimentos no âmbito social e realizar reformas que beneficiam a oligarquia das finanças e prejudicam a classe trabalhadora.

A financeirização entrou em confronto direto com os princípios keynesianos, com o *Welfare State* e com o modo fordista de produção, pois a nova dinâmica exigia novas formas

de intervenção estatal para garantir a expansão do capital financeiro, pautada pela “desregulação da economia, das fronteiras nacionais e a constituição das condições para a sua acumulação, aumento de juros, redução de gastos fiscais (especialmente sociais) e diminuição do custo da força de trabalho” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p. 187).

O terceiro pilar defendido pelas elites político-econômicas para superar a crise capitalista refere-se à ideologia neoliberal, responsável por dar sustentação ao novo modelo de acumulação flexível. De acordo com Behring (2009), as críticas à intervenção do Estado na economia e no social já estavam presentes na década de 1940, porém não encontraram apoio devido ao acelerado crescimento econômico experimentado de 1945 até o final da década de 1960, possibilitado pelo intervencionismo estatal.

Contudo, com a crise que se instaurou no final de 1960, os argumentos ideológicos do neoliberalismo se difundiram amplamente ganhando muitos adeptos que atribuíam o período de estagnação econômica ao intervencionismo estatal. Para superar a crise, era necessário, portanto, diminuir o tamanho do Estado (NETTO; BRAZ, 2006). Os neoliberais criticavam também a forte atuação dos sindicatos e do movimento operário. A regulação das leis trabalhistas e a proteção social conquistadas através da mobilização dos trabalhadores e do pacto keynesiano eram vistas como nocivas para a acumulação capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

De acordo com Behring (2009), as principais proposições neoliberais são:

- 1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração da taxa natural de desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior (BEHRING, 2009, p. 12-13).

É importante apontar que as proposições neoliberais são de um Estado mínimo apenas para o âmbito social. Netto e Braz (2006) apontam que o capitalismo continua demandando a intervenção estatal para se desenvolver em larga escala: no campo da pesquisa; nos incentivos fiscais; na proteção aos mercados consumidores; no controle da moeda; etc. Os capitalistas buscam, na verdade, “um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (NETTO; BRAZ, 2006, p. 227).

O neoliberalismo tem, portanto, um forte impacto sobre a classe trabalhadora e sobre a política social. No que se refere à classe trabalhadora, Montañó e Duriguetto (2010) afirmam que o capital toma diversas medidas para assegurar o cumprimento das proposições neoliberais,

dentre elas pode-se citar o enfraquecimento das organizações sindicais, através da repressão às formas de mobilização, do não atendimento de demandas dos trabalhadores etc; a desqualificação das demandas dos trabalhadores perante a opinião pública, atribuindo-lhes o caráter de baderneiros que desestabilizam a coesão social; e a desregulamentação das relações trabalhistas acompanhada da precarização do trabalho, com ataque aos direitos arduamente conquistados. Quanto às políticas sociais,

a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 156).

Behring (2009) chama atenção para a lógica apregoada com afinco pelos neoliberais de que a livre concorrência deve reger a sociedade e as relações que estão nela imbricadas, incluindo a relação interventiva do Estado. Para ela, tal lógica talvez pudesse se adequar ao contexto histórico, político e econômico do século XIX, porém, nos séculos XX e XXI, nos quais se estruturam grandes oligopólios, as tecnologias substituem em larga escala a mão de obra humana e os recursos são concentrados nas mãos de uma minoria, não faz sentido falar em livre concorrência. Assim, o que ocorre de fato é o retrocesso de direitos conquistados, a precarização da vida em sociedade e, conseqüentemente, impactos no desenvolvimento das políticas sociais.

Para compreender a relação entre o capitalismo e a intervenção do Estado na sociedade por meio das políticas sociais, não se pode perder de vista que o desenvolvimento do modo de produção capitalista não se dá de forma linear. Assim, há, ao longo da história, períodos de amplo crescimento, seguidos de períodos de estagnação que se materializam em crise do sistema. De acordo com Montañó e Duriguetto (2010), esses períodos de estagnação e crise não representam uma falha do modo de produção capitalista, ao contrário, fazem parte da sua dinâmica, uma vez que resultam do próprio desenvolvimento do capitalismo e servem, ao mesmo tempo, de incentivo para o processo de recuperação do crescimento econômico e de elevação das taxas de lucro.

Assim, o que se observa na realidade concreta é que, em períodos de elevado crescimento econômico, a intervenção do Estado na sociedade através de políticas sociais tem a sua margem ampliada, ainda que minimamente. Já nos períodos de estagnação, há uma retração da intervenção do Estado e um apelo para que a sociedade compreenda a “limitação”

estatal e coopere aumentando as ações de solidariedade social. O campo social é, portanto, o que mais sofre impactos diretos em períodos de crise econômica.

Pereira, K. (2014) chama a atenção para o fato de que as políticas sociais no contexto capitalista não foram, desde os primórdios, pautadas na lógica da redistribuição de renda. Pelo contrário, embora também seja fruto das reivindicações dos trabalhadores, as políticas sociais são formuladas a partir do reconhecimento, por parte do Estado e dos detentores dos meios de produção, da necessidade de atender algumas demandas sociais com o objetivo de manter a coesão social e a acumulação capitalista.

A partir do exposto acima, depreende-se que as políticas sociais são funcionais ao capitalismo monopolista uma vez que, de acordo com Netto (1992), cumprem a função de manter a coesão social através do controle e preservação da classe trabalhadora. Pastorini (2004, p. 110) também corrobora esse pensamento ao afirmar que “as ações estatais, como as políticas sociais, têm como meta primordial o enfrentamento daquelas situações que possam colocar em xeque a ordem burguesa”, contribuindo, portanto, para o desenvolvimento em larga escala do capitalismo. Nesse sentido,

através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender as demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes (NETTO, 1992, p. 26-27).

Diante do exposto até aqui, é possível afirmar que as políticas sociais são permeadas por contradições e conflitos entre interesses antagônicos: de um lado, o capital que busca cada vez mais alcançar a maximização dos lucros e, de outro lado, a classe trabalhadora que luta para ser reconhecida como detentora de direitos. A intervenção do Estado no campo social continua sendo alvo de críticas, principalmente por parte dos neoliberais que enxergam o mercado e o cidadão-consumidor como os únicos entes que devem ser fortalecidos. Nesse contexto de redução, fragmentação e focalização das políticas sociais, em nome da crise econômica, defendê-las e problematizá-las torna-se um desafio necessário para atenuar os efeitos perversos do desenvolvimento capitalista.

## **2.2 O desenvolvimento das políticas sociais no Brasil**

A análise do surgimento e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil deve levar em consideração as particularidades da sociedade brasileira no que se refere, principalmente,

ao seu processo de formação, à industrialização tardia e às formas de enfrentamento dispensadas à questão social ao longo da história. Portanto, a trajetória das políticas sociais no Brasil apresenta características diferentes da trajetória dos países de capitalismo desenvolvido, a exemplo dos países europeus, embora a essência do capitalismo seja a mesma.

Behring e Boschetti (2011), com base nas contribuições de autores, como Caio Prado Jr. (1991) e Ianni (1989, 1992), apontam que, desde o processo de colonização, os interesses da sociedade brasileira estavam atrelados aos interesses da acumulação do mercado mundial e que as fases do Império e da República não alteraram significativamente essa relação de dependência. Ademais, a escravidão marcou profundamente o desenvolvimento da sociedade brasileira, influenciando as relações de trabalho no país nos períodos subsequentes. As autoras apontam, ainda, que o desenvolvimento econômico, político, social e cultural do Brasil se deu de forma desigual, com a coexistência de elementos de progresso e de conservadorismo. Todas essas características influenciaram a consolidação do capitalismo no Brasil e, conseqüentemente, a relação entre Estado e sociedade, bem como o desenvolvimento das políticas sociais, uma vez que a preocupação com os direitos dos cidadãos não fazia parte da agenda das elites político-econômicas durante esse processo.

A independência do Brasil, em 1822, foi um fator de fundamental importância para que os ideais liberais adentrassem com mais força no país. Porém ressalta-se que as elites político-econômicas do país “adequaram” os princípios liberais aos seus anseios de permanecerem como elite privilegiada e terem seus interesses atendidos pelo Estado. De tal fato, depreende-se outra particularidade do Brasil: “o Estado brasileiro nasceu sob o signo de forte ambigüidade entre um liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido da garantia dos privilégios das classes dominantes” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 75).

No que se refere ao desenvolvimento da política social no Brasil, até o final do século XIX, não existia nenhuma legislação de cunho social que garantisse proteção aos cidadãos. Nesse período, há referência apenas ao atendimento pontual de necessidades da população pobre por parte de algumas poucas instituições de caráter filantrópico e privado, que pautavam suas ações na solidariedade primária<sup>2</sup> e na caridade da lógica cristã. Tais ações, portanto, não eram um direito universal (SILVA, 2013).

No final do século XIX, o país passou por profundas transformações: houve as primeiras iniciativas do processo de industrialização; a transição da mão de obra escrava para mão de obra livre e assalariada, e o surgimento tímido de uma classe operária. Em 1888, foi criada uma

---

<sup>2</sup> Termo que faz referência às ações de solidariedade desenvolvidas entre membros de um grupo com laços estreitos de proximidade, a exemplo da família e da vizinhança.

caixa de socorro para a burocracia pública; em 1889, os ferroviários e os trabalhadores da Imprensa Nacional conquistaram o direito a férias e a pensão, direitos estendidos para os funcionários do Ministério da Fazenda em 1890. Em 1892, o direito à pensão foi estendido para os funcionários da Marinha (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

É interessante apontar que as primeiras iniciativas de proteção social no Brasil eram pautadas na lógica do seguro e intrinsecamente ligadas ao trabalho, mais especificamente voltadas para atender categorias específicas (SILVA, 2013). Behring e Boschetti (2011) atribuem esse fato ao legado de subordinação e conformismo deixado pela escravidão no país que influenciou a mão de obra livre após a abolição. A partir de 1907, a organização sindical foi reconhecida como direito e os trabalhadores brasileiros, influenciados pelos imigrantes europeus, começaram a se organizar para conquistar direitos coletivos, como, por exemplo, o da redução da jornada de trabalho para 12 horas em 1911.

Em 1923, houve a criação da Lei Eloy Chaves, que tornou obrigatória a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para algumas categorias de trabalhadores, como os ferroviários e marítimos. As CAPs foram as primeiras iniciativas de previdência social no Brasil, junto aos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) (SILVA, 2013). Mais uma vez, percebe-se a forte relação entre proteção social e trabalho.

Até a década de 1930, a questão social era tratada pela classe dominante brasileira como algo ilegal, sem legitimidade, que deveria ser resolvida no interior dos aparelhos repressivos do Estado. A classe dominante também buscava barrar a emergência do movimento operário, que vinha se intensificando à medida que se desenvolvia o processo de industrialização brasileira.

De acordo com Cerqueira Filho (1982), foi apenas a partir de 1930 que a questão social no Brasil deixou de ser vista como algo episódico para ser tratada como uma questão eminentemente política, que merecia a devida atenção e resposta por parte do Estado, “não porque não existisse já, mas porque não tinha condições de se impor como questão inscrita no pensamento dominante” (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 59).

É interessante apontar que há, entre os estudiosos da temática, divergências acerca da existência de um sistema de proteção social no Brasil. Enquanto, para Draibe (1993), se pode afirmar que existiu no país um tipo particular de Estado de Bem-Estar, que se desenvolveu a partir das especificidades da sociedade brasileira, para Mota (2009), inexistiu uma experiência “welfarista”<sup>3</sup> no Brasil, por conta do processo de modernização conservadora que expandiu o crescimento econômico, mas não redistribuiu os resultados dessa expansão com a população,

---

<sup>3</sup> Termo que faz referência ao *Welfare State*.

acirrando as desigualdades sociais. Mota (2009) afirma que o que de fato ocorreu foi a criação de algumas políticas sociais a partir de 1940, mas que não caracterizariam um Estado de Bem-Estar.

Draibe (1993) se apoia na literatura acerca do *Welfare State* para desvelar as características particulares da proteção social no Brasil. Para a referida autora, o Estado Social no país se construiu e se consolidou no período entre as décadas de 1930 e 1970. Cabe destacar que o termo Estado Social significa, “no âmbito do Estado Capitalista, uma particular forma de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre Estado e a Economia, entre o Estado e a Sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico” (DRAIBE, 1993, p. 19).

No que se refere à produção legal de políticas sociais entre 1930 e 1970, Draibe (1993) destaca duas fases: de 1930 a 1943 e de 1966 a 1971. As duas fases referem-se a períodos de regimes autoritários, o que coloca em evidência as ações preventivas do Estado, com apoio das elites, para se legitimar através de políticas sociais.

A fase que corresponde ao período entre 1930 e 1943 é marcada, basicamente, pelas legislações referentes à regulação trabalhista e à previdência social (DRAIBE, 1993). De acordo com Behring e Boschetti (2011, p. 106), “o Brasil seguiu a referência de cobertura de riscos ocorrida nos países desenvolvidos, numa sequência que parte da regulação dos acidentes de trabalho, passa pelas aposentadorias e pensões e segue com auxílios doença, maternidade, família e seguro desemprego”. O Ministério do Trabalho foi criado em 1930 e, em 1932, ocorreu a criação da Carteira de Trabalho, que vinculou o acesso aos direitos trabalhistas, ao emprego registrado na carteira de trabalho.

O sistema de previdência social começou com a criação, em 1933, dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e era pautado pela lógica do seguro, cobrindo riscos, como invalidez, morte, doença etc. Em 1943, no governo de Getúlio Vargas, houve a promulgação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que possibilitou o reconhecimento, por parte do Estado, de categorias de trabalhadores e atrelou a organização sindical ao Ministério do Trabalho.

Quanto à assistência social, em 1942, ocorreu a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), coordenada pela primeira dama Darcy Vargas e direcionada para o atendimento às famílias dos pracinhas que foram para a Segunda Guerra Mundial. A LBA imprimiu fortes marcas para a assistência social no Brasil: tinha caráter assistencialista, era clientelista, pautada no “primeiro-damismo”, entre outras características (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

No que se refere à saúde, não havia política nacional de saúde até 1930. A partir de então, o Estado começou as primeiras intervenções efetivas em dois eixos: saúde pública, conduzida basicamente por campanhas sanitaristas, e medicina previdenciária, ligada aos IAPs, para as categorias de trabalhadores que contribuía. Em 1973, foi criado o Departamento Nacional de Saúde, responsável pela coordenação das campanhas de saúde pública (BRAVO, 2000). Draibe (1993) também aponta que o período de 1930 a 1943 foi marcado por alterações na política de saúde e de educação, com forte centralização de recursos no âmbito do executivo federal.

A partir de 1945, com a queda de Vargas, instaurou-se um período de grande agitação econômica, política e social, marcado pela disputa entre projetos societários e pela intensificação da luta de classes, fruto do amadurecimento do movimento operário. Durante o período entre 1945 e 1964, a expansão das políticas sociais se deu de forma lenta e seletiva, com algumas mudanças institucionais e a criação de novos IAPs. Destacou-se, na época, a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960, que uniformizou e unificou a previdência social no Brasil; e a aprovação da previdência rural em 1963 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Em 1964, houve o golpe militar no Brasil que possibilitou a ascensão ao poder do projeto de desenvolvimento econômico associado ao capital estrangeiro e instaurou um período ditatorial que durou mais de vinte anos. O referido período foi marcado pelo controle dos militares no Congresso Nacional, por forte censura e repressão aos opositores, bem como por perda de liberdades democráticas. Por outro lado, foi marcado, também, por um grande crescimento econômico, decorrente de um projeto de internacionalização da economia brasileira (PEREIRA, K., 2014).

Nesse contexto de forte limitação democrática, o Estado buscou alcançar adesão da população e, conseqüentemente, legitimidade através da ampliação das políticas sociais. Nesse sentido, a previdência social foi unificada e centralizada no Instituto Nacional de Previdência Social, criado em 1966; a cobertura da previdência foi ampliada para os trabalhadores rurais, em 1971; para as empregadas domésticas, em 1972; para os jogadores de futebol e profissionais autônomos, em 1973; e, para os ambulantes, em 1978 (PEREIRA, K., 2014).

Em 1974, foi criada a Renda Mensal Vitalícia que destinava aos idosos pobres, que tivessem contribuído por pelo menos um ano para a previdência, um benefício no valor correspondente à metade do salário mínimo. No mesmo ano, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que incorporava a LBA, a Fundação Nacional para o Bem-estar do Menor (FUNABEM), a Central de Medicamentos (CEME) e a Empresa de

Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV). Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Ainda em 1974, a previdência privada foi regulamentada, favorecendo as categorias economicamente mais influentes e privilegiando a proteção social fragmentada e desigual (PEREIRA, K., 2014).

Tendo em vista essas ampliações apontadas até aqui, Draibe (1993) considera o período entre 1966 e 1971 como a segunda fase da produção de legislações de cunho social no Brasil. Para a referida autora, nesse período, houve uma transformação radical das políticas sociais, principalmente no que se refere ao campo institucional e financeiro, porque

é esse o momento em que efetivamente se organizaram os sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados na área de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), superando a forma fragmentada e socialmente seletiva anterior, abrindo espaço para certas tendências universalizantes, mas principalmente para a implementação de políticas de massa, de relativamente ampla cobertura (DRAIBE, 1993, p. 20).

Draibe (1993) também chama atenção para o fato de que foi só nessa segunda fase que a habitação se colocou como área de intervenção do Estado. De acordo com Behring e Boschetti (2011), nesse período, houve a criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) como estratégia para impulsionar o crescimento econômico através da construção civil, bem como a criação de mecanismos de poupança, a exemplo do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), para os trabalhadores financiarem moradias populares.

Behring e Boschetti (2011) afirmam que o período da ditadura militar foi marcado também pela abertura para serviços de saúde, previdência e educação de caráter privado. De acordo com as autoras, foi desde esse período que se configurou no Brasil um sistema dual que marcou fortemente as políticas sociais: serviços privados para quem pode pagar os preços do mercado e serviços públicos para os que não podem pagar. Esse sistema dual persiste até hoje.

Com base no exposto até aqui, tem-se que o sistema de proteção social no Brasil foi desenvolvido sob forte influência do autoritarismo e da tecnocracia, características próprias da ditadura militar que se instaurou em 1964 (DRAIBE, 1993). As políticas sociais incorporaram, portanto, as mesmas características, “com fragmentação e superposição de programas, benefícios e serviços; fragilidades e interrupções de financiamento, forte centralização no governo federal e falta de participação popular” (PEREIRA, K., 2014, p. 41).

Conforme pontuam Netto (1991), Behring e Boschetti (2011) e Yazbek (2014), a questão social na ditadura militar foi enfrentada ora com repressão, ora com assistência. A partir

disso, percebeu-se que as principais expansões se deram nas políticas sociais relacionadas ao mundo do trabalho, como a previdência e a saúde, ainda que de forma fragmentada. Tal fato tem relação direta com o projeto de alavancar o crescimento econômico com a internacionalização da economia brasileira. Para atingir os níveis desejados de crescimento era necessário manter sob controle a classe trabalhadora e conter o crescimento do movimento operário. E isso foi tentado com o incremento das políticas sociais.

Porém, a expansão das políticas sociais deu sinal de esgotamento e crise já no final da década de 1970, como consequência da crise econômica internacional, com crescimento da dívida externa e aumento da inflação. Nesse período, o Brasil passou por uma transição do regime ditatorial para a democracia, com abertura política lenta e gradual. Toda essa conjuntura afetou o desenho das políticas sociais.

As consequências da crise econômica atingiram fortemente o campo social, onde as expressões da questão social, já presentes no período anterior, se intensificaram: houve empobrecimento generalizado, aumento nos índices de desemprego, aumento dos trabalhos informais e os serviços públicos entraram em crise, não conseguindo atender o aumento das demandas. Tal conjuntura deslegitimou os militares que estavam no poder e abriu espaço para as reivindicações em prol do retorno da democracia (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Se por um lado a década de 1980 é conhecida como a “década perdida” para a economia brasileira, por outro lado é conhecida como o período de redemocratização e conquista de direitos. Os movimentos sociais, fortemente reprimidos e perseguidos pela ditadura, começaram a se reorganizar e reivindicar direitos e respostas para as demandas sociais. Além disso, passaram a questionar a gestão centralizadora dos serviços e instituições públicas, e exigir a abertura dos processos de formulação e execução das políticas sociais, possibilitando, assim, a participação popular (PEREIRA, K., 2014).

Os movimentos sociais também reivindicavam mudanças nas regras políticas do Brasil, defendiam a eleição direta para presidente da República e a formação de uma Assembleia Nacional Constituinte para reformular o ordenamento político-institucional. A Constituinte foi instalada em 1987 e se caracterizou como um processo permeado de interesses distintos que disputavam a hegemonia, o que levou a intensas mobilizações refletindo as contradições presentes na sociedade brasileira (PEREIRA, K., 2014; YAZBEK, 2014). De acordo com Behring e Boschetti (2011), a Constituição Federal de 1988 refletiu a disputa de interesses presentes no processo constituinte e manteve elementos de avanço e de conservadorismo, combinando o velho com o novo.

A Constituição Federal de 1988, considerada cidadã, apresentou diversos avanços para a organização da sociedade e sua relação com o Estado. A descentralização político-administrativa das ações para os níveis locais de governo, principalmente os municípios, e a ampliação da participação dos cidadãos na gestão da esfera pública, são alguns aspectos importantes do novo ordenamento político-institucional.

A nova Constituição representou um grande avanço para o campo das políticas sociais. Promulgada em um período de grande efervescência política, marcado por reivindicações pela democratização do Brasil, a Constituição de 1988 inaugurou o conceito de Seguridade Social, indo além da lógica de seguro social (MONNERAT; SOUZA, 2011). A Seguridade Social é definida como “um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar o direito à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art. 194).

De acordo com Fleury (2006), a concepção de Seguridade Social instaurada na Constituição Federal de 1988 foi um importante passo para o entendimento da proteção social enquanto direito de todos os cidadãos, uma vez que afastou a noção de que os benefícios deveriam ser concedidos apenas àqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho formal e contribuía para a previdência.

A Constituição Federal de 1988 traz, no artigo 194 do Capítulo II (Da Seguridade Social) do Título VIII (Da Ordem Social), os princípios estruturantes que devem orientar o Poder Público na organização da Seguridade Social, sendo eles:

- I – universalidade da cobertura e do atendimento;
- II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V – equidade na forma de participação e custeio;
- VI – diversidade da base de financiamento;
- VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e dos Governos nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

A saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e responsabilidade do Estado, superando a medicina previdenciária; a assistência social passou a ser reconhecida como política pública, isto significando que requeria a intervenção do Estado, o que contribuiu para a superação do histórico assistencialista do país; e a previdência social, embora tenha permanecido com a lógica contributiva, abriu possibilidades para a existência de programas de

transferência de renda, a exemplo da aposentadoria rural (FLEURY, 2006; MONNERAT; SOUZA, 2011).

De acordo com Behring e Boschetti (2011), esses princípios abriram possibilidades para mudanças na materialização da proteção social no Brasil a fim de torná-la mais articulada, ampliada e efetiva, superando as ações fragmentadas desenvolvidas historicamente. Destaca-se, porém, que o texto constitucional apresenta o sistema de proteção social com caráter híbrido, uma vez que a saúde é para todos, universal, a assistência social é para quem dela necessitar e a previdência social é para aqueles que contribuem, isto é, é formalmente relacionada ao mundo do trabalho (BOSCHETTI, 2009).

Apesar do notável avanço no campo da proteção social no Brasil, principalmente no âmbito legal, é importante apontar que a Seguridade Social encontrou entraves para ser concretizada. Soares (2009) aponta que a tentativa de implementar um Estado de Bem-Estar Social no Brasil foi atravessada pela crise econômica que se agravou na passagem da década de 1980 para 1990 e pela ineficácia do Estado Desenvolvimentista<sup>4</sup>. Tais fatos levaram o país a se ajustar às proposições da agenda neoliberal defendida pelos países desenvolvidos.

A década de 1990 caracterizou-se pelo conjunto de mudanças colocado em prática, principalmente no plano econômico, que influenciou diversos setores da sociedade. As medidas adotadas ao longo desse período tinham o objetivo principal de estabilizar a economia, condição vista como necessária para alavancar o crescimento econômico e inserir o país na economia mundial. O lançamento do Plano Real, o Plano de Estabilização para combater a inflação, a privatização das empresas estatais, o incentivo aos serviços privados (educação, saúde, etc.), foram algumas das medidas tomadas na década de 1990 (PEREIRA, K., 2014; SOARES, 2009).

A agenda neoliberal adotada teve grandes consequências para a sociedade brasileira. Houve o agravamento de expressões da questão social já presentes antes de 1990, tais como desigualdade social, desemprego, doenças e outros agravos, precarização das relações de trabalho, infraestrutura pública insuficiente, bem como o surgimento de outros problemas, como o aumento da taxa de desemprego entre os jovens, o impacto do envelhecimento da população para a previdência social e para a saúde, e o aumento de mortes causadas por doenças “modernas” (câncer, aids, entre outras) (SOARES, 2009).

Por conta desse contexto, mesmo com o reconhecido avanço no âmbito legal, a ideia de Seguridade Social instaurada na Constituição Federal de 1988 não se concretizou

---

<sup>4</sup> Refere-se ao Estado “cujo padrão se baseava no tripé Estado – Capital estrangeiro – Capital nacional, com surtos de crescimento e desenvolvimento que possibilitavam os movimentos de ‘fuga para a frente’ onde se acomodavam os diversos interesses dominantes” (SOARES, 2009, p. 175, aspas da autora)

(MONNERAT; SOUZA, 2011). Pode-se afirmar que a separação das três políticas sociais que compõem a Seguridade Social ocorreu ainda no final da década de 1980. Monnerat e Souza (2011) afirmam que alguns fatores contribuíram para isso, dentre eles, o contexto político e econômico da época que acirrou as disputas por fontes de financiamentos entre os atores envolvidos em cada política social. Tal fato, de acordo com as autoras citadas, foi decisivo para que a criação de um ministério próprio e de um orçamento único não fosse possível.

Percebe-se que, apesar da ideia de articulação entre as três políticas de Seguridade Social para promover a proteção social, o que de fato vem acontecendo, na realidade concreta, é a desarticulação das ações e serviços, persistindo a competição entre cada um dos setores. Isso se potencializa em uma conjuntura neoliberal que limita ao mínimo os recursos para o campo social.

Cada uma das três políticas sociais que compõem a Seguridade Social teve regulamentação específica, ministérios próprios e fontes de financiamento próprias e desiguais. A saúde, a previdência e assistência social passaram, então, a associar ao mesmo tempo princípios e diretrizes diferenciados, tais como: seletividade e universalidade; gratuidade e contributividade; descentralização e centralização. A saúde seria universal, gratuita, descentralizada e redistributiva; a assistência social seria seletiva (a quem dela necessitasse), gratuita, redistributiva e centralizada no que se referia à gestão de benefícios, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Já a previdência social seria contributiva, com contribuição direta e obrigatória de empregadores e trabalhadores, e teria a gestão fortemente centralizada no governo federal (SALVADOR, 2010). A Seguridade Social brasileira combinou, portanto, elementos próprios à lógica de seguro social com a lógica de assistência, reforçando a fragmentação da proteção social em detrimento da ampliação com articulação entre políticas sociais (BOSCHETTI, 2009).

Em um contexto de capitalismo acirrado em que o Estado promove “reformas” em nome do crescimento econômico do país, a proteção social ao cidadão ocorre de forma bem limitada e fragilizada. É importante apontar, por exemplo, que, no que se refere ao mercado de trabalho, parte significativa da população economicamente ativa não contribui diretamente para a previdência social, pois está inserida no mercado informal, ficando, então, sem acesso aos direitos relacionados ao trabalho, tais como seguro-desemprego, seguro por acidente de trabalho e auxílio-doença. A população inserida no mercado informal de trabalho também não tem acesso aos direitos assistenciais e nem a programas de transferência de renda, pois não se “enquadra” nos critérios de seletividade, já que tem capacidade para trabalhar (BOSCHETTI, 2009).

Por outro lado, Mota (2010) chama atenção para a centralidade da assistência social na Seguridade Social a partir dos anos 2000. Para a referida autora, a proposta de ampliação e articulação das três políticas de proteção social inseridas na Constituição de 1988 foi atingida em cheio pelos ajustes neoliberais, culminando em uma contradição: a saúde e a previdência social são constantemente mercantilizadas e a assistência social se transforma na principal política de proteção social. Em relação às duas primeiras políticas, ganhou destaque a lógica do “bom serviço” ofertado pelo mercado, com incentivo aos planos de saúde privados e aos planos de previdência complementar. Quanto à assistência social, houve a expansão de programas de transferência de renda com critérios de seletividade e com focalização nos mais pobres entre os pobres. Percebe-se, portanto, que não há universalidade na proteção social.

O argumento de Mota (2010) pode ser verificado na análise dos últimos três governantes – Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2002), Luís Inácio Lula da Silva (2003 – 2010) e Dilma Rousseff (2011 – 2016) – que deram centralidade aos programas de transferência direta de renda. Fernando Henrique considerava prioritário em seu governo o ajuste neoliberal, a estabilidade e o crescimento econômico, dando pouca atenção ao campo das políticas sociais. A partir de 2001, algumas ações passaram a ser implementadas, vislumbrando uma rede de proteção social, a exemplo do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás, com transferências monetárias (YAZBEK, 2014).

O governo Lula também atendeu as proposições da agenda neoliberal e das agências internacionais. No campo social, houve uma política de combate à fome e à miséria, com destaque para o Programa Bolsa Família (PBF) que unificou quatro programas federais (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Vale Gás, Cartão Alimentação) e é considerado como estratégia de enfrentamento à pobreza.

O governo Dilma deu continuidade ao Programa Bolsa Família do governo anterior, e incorporou ao mesmo o Programa Brasil Carinhoso, em 2012, com transferência de renda destinada às famílias que possuem crianças entre zero e seis anos, com o objetivo de superar a extrema pobreza (PEREIRA, K., 2014).

A assistência social e, mais especificamente, os programas de transferência de renda são vistos pela classe dominante como suficientes para enfrentar as expressões da questão social. Para Mota (2010), isso se trata de um fetiche e serve para as elites político-econômicas ampliarem o seu projeto de acumulação capitalista. Ademais, essa lógica imprime divisões na sociedade entre o cidadão-consumidor, que tem condições de acessar bens e serviços no mercado, e o cidadão-pobre, estigmatizado como dependente da “ajuda” estatal. Nesse sentido, pode-se afirmar que

o aumento dos investimentos em uma política social para os pobres esconde a abertura de novos e lucrativos mercados de investimentos para o capital privado, em detrimento do serviço público. Assim é que, atualmente, a ‘inclusão dos excluídos’ serve de discurso de legitimação para o avanço do capital sobre os ativos públicos e para o andamento das reformas neoliberais (MARANHÃO, 2006 *apud* MOTA, 2010, p. 137).

Boschetti (2009) utiliza o termo “americanização perversa”, utilizado por Vianna (1998), para explicitar o que vem ocorrendo com o sistema de proteção social brasileiro desde a década de 1990. As ações e serviços públicos são cada vez mais fragmentados e especializados no atendimento das necessidades mínimas dos cidadãos pobres, enquanto há o aumento vertiginoso dos serviços privados, principalmente de saúde e previdência social, destinados aos cidadãos consumidores. Para a referida autora, há um desmonte da seguridade social com contenção de recursos, redução de direitos e uma limitação dos espaços de controle democrático, com participação popular. Esse desmonte tem relação direta com a política econômica adotada para atender as exigências do neoliberalismo.

No que se refere à conjuntura brasileira mais recente, é importante destacar a crise política, institucional e econômica que atingiu o governo Dilma Rousseff (Partido dos Trabalhadores), após o processo eleitoral de 2014 que a elegeu para o segundo mandato presidencial. Nesse período, a elite político-econômica brasileira passou a reivindicar um reordenamento da intervenção do Estado na sociedade, principalmente em relação à política econômica, a fim de alavancar o crescimento econômico, a maximização dos lucros, que estava em estagnação. Para tanto, o objetivo era passar de um modelo neodesenvolvimentista, que orientou a intervenção dos governantes do PT, para um modelo que atendesse diretamente a agenda neoliberal (MARQUES, 2016).

O modelo neodesenvolvimentista adotado pelo PT combinava políticas de ajuste neoliberal, iniciadas no governo Fernando Henrique, com foco para a estabilidade da moeda, juros altos, superávit fiscal, bem como ampliação de políticas sociais redistributivas, com reajuste do salário mínimo, expansão de benefícios sociais (Programa Bolsa Família), incentivo à política de habitação popular (Programa Minha Casa, Minha Vida), expansão das instituições de ensino superior e técnico (Institutos Federais), entre outros (MARQUES, 2016; MOREIRA; NOBRE, 2016).

A proteção social nesse modelo tende a ser operacionalizada, principalmente, com programas de transferência de renda que são focalizados e seletivos, e servem também ao propósito do capital de manter a coesão social. Tais programas, embora transfiram recursos para segmentos da população, não são eficazes em transformar a realidade de desigualdade

social persistente no país. Ademais, participam do processo de reprodução do capital, já que incentivam o consumo e fazem a economia girar (BEHRING, 2016).

O governo Dilma procurou seguir pela mesma linha neodesenvolvimentista a fim de alavancar o crescimento econômico em um contexto de crise mundial. Porém as medidas adotadas pelo governo culminaram em queda do crescimento econômico, aumento da inflação e queda nos níveis de popularidade da presidente (MOREIRA; NOBRE, 2016).

Com a eleição para o segundo mandato presidencial, o contexto de crise se agravou. Houve medidas de contingenciamento do orçamento, ajuste fiscal, com impactos no mercado de trabalho e nas políticas sociais, a exemplo da saúde e da educação. Associado a isso, houve o aprofundamento da crise política, o governo não conseguia pôr em votação no Congresso Nacional as pautas necessárias e perdeu apoio de aliados parlamentares e da população. Todo esse cenário teve como desfecho a cassação do mandato da presidente Dilma em agosto de 2016. Com justificativa política, autorização de crédito complementar sem autorização do Congresso, e em nome do combate à corrupção, o *impeachment* de Dilma, na realidade, serviu de pretexto para colocar em cena um reordenamento político em total sintonia com o capital: “o fim do ‘ciclo PT’ tornara-se uma prerrogativa para contrarrestar a queda à taxa de lucro das distintas frações da burguesia no país, o que exigia uma política econômica e uma celeridade no ajuste fiscal já não mais possíveis sob a égide petista” (MARQUES, 2016, p. 51).

Após a concretização do *impeachment*, Michel Temer assumiu a presidência e pautou a agenda do seu governo para atender de forma mais célere e direta as exigências neoliberais, com destaque para a proposta de “reforma” da previdência e de “reforma” trabalhista. A primeira visa alterar as regras para o acesso à aposentadoria, tais como: idade mínima, 65 anos para homens e 62 anos para mulheres; tempo mínimo de contribuição, de 15 anos para 25 anos; regra de transição para quem está inserido no mercado de trabalho sob as regras atuais; servidores públicos federais seguirão a mesma regra do regime geral, entre outras medidas. A referida proposta ainda está em tramitação no Congresso Nacional, sendo constantemente modificada (LAVINAS; ARAÚJO, 2017).

A reforma trabalhista, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada por Michel Temer em julho de 2017, altera mais de cem pontos da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), tais como: os acordos coletivos entre os representantes dos trabalhadores e as empresas têm força de lei, prevalecendo sobre as definições da CLT; as férias poderão ser parceladas em até três períodos; mulheres grávidas e lactantes poderão trabalhar em locais insalubres, mas, para se afastarem, precisam apresentar atestado médico; as empresas poderão contratar

trabalhadores terceirizados para qualquer atividade; entre outras alterações. As novas regras começaram a valer em novembro de 2017.

Tais reformas são consideradas essenciais, pela elite político-econômica, para a retomada do crescimento econômico do país. É apregoado pela mídia que há um rombo nas contas da previdência que pode levar à falência do sistema, daí o chamamento para que a população compreenda a “urgência” das medidas. Quanto à reforma trabalhista, seus idealizadores e defensores falam em “modernizar” as leis e flexibilizar as relações de trabalho, o que irá facilitar a entrada da população no mercado de trabalho; justificam que a CLT, por ser muito “rígida”, desestimula o empresariado a realizar contratações em volume maior. Ressalta-se ainda que as propostas vêm de cima para baixo, não há qualquer diálogo, mínimo que seja, com a população. Assim, concorda-se com Behring (2016), quando afirma que

o centro das políticas neoliberais foi (e é) a retomada das condições de exploração dos trabalhadores no centro e na periferia do mundo do capital, endurecendo as negociações salariais, rompendo com acordos coletivos de trabalho, terceirizando e precarizando os contratos de trabalho, o que foi (e é) acompanhado de um ataque aos direitos sociais e trabalhistas (BEHRING, 2016, p. 19, parênteses da autora).

No âmbito da política de saúde, há ataques constantes ao SUS e ao direito universal à saúde, com incentivos ao setor privado, aos planos de saúde suplementar e propostas que fortalecem o modelo privatista. Com relação à assistência social, há cortes de beneficiários de programas de transferência de renda e cortes no orçamento dos programas do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). No âmbito da educação, há o corte de recursos para as universidades federais, bem como corte nas bolsas de incentivo à pesquisa (BEHRING, 2016).

Percebe-se, portanto, que o sistema de proteção social brasileiro vem sofrendo desmonte desde a década de 1990. Os ditames da agenda neoliberal vão, cada vez mais, pautando a intervenção do Estado no âmbito social. As reformas exigidas em nome do crescimento econômico causam redução e precarização das ações e serviços públicos, aumento das desigualdades sociais, fragilidade nas relações trabalhistas, fragmentação da classe trabalhadora, dentre outras consequências que afetam diretamente a organização da sociedade e desprotegem a população.

### **2.3 A perspectiva da intersetorialidade no âmbito das políticas sociais**

O debate acerca da intersetorialidade entra em pauta por conta da forma de organização das políticas sociais e dos serviços que as operacionalizam. Nessa seara, a perspectiva da

intersetorialidade representa uma forma de otimizar os serviços das políticas sociais e, conseqüentemente, de ampliar o acesso da população aos direitos sociais, para que cada cidadão tenha as suas demandas atendidas.

A atuação do Estado sobre as expressões da questão social que se manifestam na sociedade civil se dá através de políticas setoriais, ou seja, em cada setor da vida em sociedade, vão sendo criadas políticas próprias. Tal divisão por setores é fruto da própria lógica capitalista que orienta que “a política social deve constituir-se necessariamente em políticas sociais: as sequelas da ‘questão social’ são recortadas como problemáticas particulares [...] e assim enfrentadas” (NETTO, 1992, p. 28).

A organização da política social por setores acaba por fragmentar a atuação do Estado no atendimento às demandas oriundas da população, perdendo de vista que a questão social está intrinsecamente relacionada ao conflito entre capital e trabalho e ao conjunto das demandas e necessidades sociais da população que vive do trabalho. Isso se reflete em serviços burocráticos, focalizados e hierarquizados que não levam em consideração a totalidade da realidade social e de seus problemas. Conforme apontam Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p. 22),

as estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e os problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meio-ambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestões democráticas e inovadoras.

É importante apontar que o Brasil é organizado em três níveis de governo: federal, estadual e municipal, que refletem uma profunda especialização de saberes e funções. Assim, no nível federal, há os muitos ministérios que correspondem às diversas políticas setoriais, a exemplo dos Ministérios da Saúde (Política de Saúde) e da Educação (Política de Educação). Os níveis estadual e municipal seguem a mesma lógica, comportando as políticas setoriais em Secretarias. Tal forma de organização prioriza a especialização do saber e as corporações profissionais, em detrimento do atendimento das necessidades da população para quem, em tese, se destinam as políticas e serviços (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997).

Monnerat e Souza (2009) afirmam que a forma de organização da Administração Pública segue a lógica da tradição da ciência moderna, na qual a produção do conhecimento se dá de forma bastante parcializada, refletindo-se em inúmeras especializações do saber e, conseqüentemente, na atuação de forma fragmentada dos diversos profissionais.

Já Inojosa (1998) aponta que a organização histórica do Estado brasileiro foi, e é, permeada pelos interesses das classes dominantes presentes na sociedade, que transferem para

as instituições valores patrimonialistas e clientelistas, e as tratam como uma extensão do âmbito privado de suas vidas. Nesse sentido, as políticas sociais atuam de forma assistencialista e focalizada em problemas pontuais, que não são vistos como parte de um contexto mais amplo e visam manter a ordem da sociedade para que os interesses hegemônicos sejam preservados e atendidos.

Ademais, é importante destacar que a estrutura governamental do país tem sido, historicamente, permeada pelo loteamento político-partidário de acordo com a conveniência de interesses em jogo. Isso significa que “todas as estruturas, em todos os níveis de governo e a cada governo, a cada nova gestão, são novamente loteadas para os partidos e para os grupos de apoio” (INOJOSA, 2001, p. 104).

Com base no exposto acima, tem-se que a estrutura governamental se torna bastante competitiva, ao invés de cooperativa. Isso pode ser percebido, por exemplo, no momento de dividir o orçamento público para cada setor, para cada política, ocasião em que cada pasta briga por mais verbas para sua área, sem considerar as reais necessidades da população (INOJOSA, 2001).

Porém, mesmo diante da fragmentação que vem pautando o planejamento e a execução das políticas sociais ao longo do desenvolvimento do Brasil, não se pode perder de vista que as expressões da questão social são multifacetadas e perpassam diversos aspectos da vida dos cidadãos. Faz-se, portanto, necessário um olhar ampliado dos problemas sociais, bem como o uso de estratégias que possibilitem a atuação das políticas sociais de forma mais integrada para que os cidadãos alcancem uma boa qualidade de vida.

Nesse sentido, tem-se no estudo das políticas sociais o debate acerca da perspectiva da intersetorialidade que reafirma a importância de uma visão ampliada das expressões da questão social, bem como das suas soluções, considerando que apenas uma política setorial é insuficiente para dar respostas eficazes. Assim, a intersetorialidade pode ser definida como “um modo de gestão [o que] desenvolvido por meio de processo sistemático de [como] articulação, planejamento e cooperação entre os distintos [com quem] setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para atuar sobre [para que] os determinantes sociais” (AKERMAN *et al.*, 2014, p. 4294, colchetes do autor). Ademais, conforme afirma Nunes,

a intersetorialidade proclama a união entre as políticas públicas que devem, em esforço conjunto, desenvolver ações que possam responder de forma articulada à proteção social, fazer enfrentamento das desigualdades sociais que permeiam as mais variadas áreas. Isso pressupõe um conjunto de programas e projetos que tenham abrangências múltiplas, que visem à superação da fragmentação e à unilateralidade da atenção pública às demandas sociais da população (NUNES, 2012, p. 97 *apud* GUIMARÃES; ORTH, 2014, p. 110).

A intersectorialidade passou a ser uma perspectiva valorizada e defendida no campo das políticas sociais à medida que se percebeu que as políticas setoriais não atingiam os indicadores esperados de eficiência, eficácia e efetividade no que se refere, principalmente, aos recursos financeiros utilizados na execução das mesmas, bem como ao atendimento das demandas advindas dos cidadãos (NASCIMENTO, 2010). Na mesma perspectiva, Ckagnazaroff e Mota (2003, p. 31) afirmam que “a intersectorialidade é uma prática social que vem sendo construída com base na existência de profundas insatisfações, principalmente no que se refere à capacidade das organizações em dar resposta às demandas sociais e aos problemas complexos vivenciados pelos cidadãos”.

De acordo com Monnerat e Souza (2009), as principais produções científicas acerca da intersectorialidade estão na área da Administração Pública e na área da Saúde Coletiva. Na área da Administração Pública, a intersectorialidade é vista como uma proposta de gestão das cidades, uma vez que se considera que as ações de articulação intersectorial têm impacto nos recursos humanos e financeiros, otimizando-os, combatendo, assim, a histórica ineficácia das políticas sociais setoriais. Já no campo da Saúde Coletiva, considera-se que as ações intersectoriais são fundamentais para o alcance de resultados satisfatórios em termos de saúde da população, pois levam em consideração o debate sobre a concepção ampliada de saúde que considera vários determinantes e condicionantes, além daqueles de ordem biológica.

Os autores que defendem a perspectiva da intersectorialidade entre políticas públicas levam em consideração que as necessidades da população, que se traduzem em demandas ao poder público, não se dão de forma isolada, isto é, não têm como compartimentalizar cada necessidade e entender que cada parte não tem relação com as outras partes e com o todo. Inojosa (2001) exemplifica que não adianta prover uma boa escola com um bom ensino, para uma criança, se ela não é bem alimentada, pois o seu processo de aprendizagem será comprometido. Da mesma forma, não adianta lidar com a violência apenas com repressão e punição após a concretização dos crimes; é necessário investir em educação e outras políticas econômicas e sociais para que as crianças e os jovens tenham mais oportunidades.

Assim, percebe-se que uma determinada problemática não se encerra em si mesma, ao contrário, sempre envolve um conjunto de outras problemáticas que, juntas, formam o todo do tecido social. Daí a necessidade de respostas articuladas para promover a qualidade de vida da população e superar a fragmentação no trato das expressões da questão social que se manifestam na sociedade.

De acordo com Bronzo (2010), a perspectiva da intersectorialidade como instrumento para se efetivar um sistema de proteção social parte do entendimento de que a pobreza é

permeada por diversas dimensões que se apresentam de forma distinta na trajetória de cada sujeito, cada família, cada comunidade. Portanto, não se pode incorrer no engano de que, diante de tal multiplicidade, as políticas setoriais, atuando de forma isolada, conseguem dar respostas eficazes. Nas palavras da referida autora,

para contemplar todas as dimensões, a consequência é desenhar estratégias de intervenção capazes de abranger distintos setores das políticas públicas, remetendo à atuação conjunta e necessária de vários programas e iniciativas sociais. Esta exigência se traduz, no plano do desenho de políticas, em intervenções intersetoriais. A intersetorialidade na gestão é a contraface da multidimensionalidade da pobreza; a intersetorialidade é uma decorrência lógica da concepção da pobreza como fenômeno multidimensional. Este é o primeiro registro sob o qual se deve examinar o tema da intersetorialidade (BRONZO, 2010, p. 127).

Diante da complexidade das expressões da questão social, depreende-se que é necessária uma intervenção mais ampliada nas necessidades sociais da população em todos os serviços, bem como a articulação entre diferentes políticas setoriais, constituindo uma verdadeira rede, buscando efetivar os direitos sociais garantidos através da Constituição Federal de 1988 e das legislações infraconstitucionais. Com base nisso, a autora Costa (2010) aponta que

a intersetorialidade tem que ser construída coletivamente. Para tanto, requer ser projetada de forma compartilhada, envolve decisão política e engajamento. Como um processo socialmente construído, requer o conhecimento da realidade, no sentido de ir além das demandas explicitadas em direção às reais necessidades da população, exigindo disposição para partilhar e trocar saberes, dúvidas e poderes (COSTA, 2010, p. 218-219).

De acordo com Junqueira (2004), a intersetorialidade pode ser considerada como uma nova forma de atuar sobre as expressões da questão social. Para o referido autor, a intersetorialidade está intrinsicamente ligada aos conceitos de território, descentralização e gestão das cidades. No que se refere ao território, há o entendimento de que se devem abordar os problemas sociais onde eles se manifestam, isto é, onde os cidadãos vivem e se relacionam em sociedade. A cidade, portanto, é considerada como o território privilegiado onde é possível que as ações de articulação intersetorial se materializem de fato.

A descentralização refere-se ao processo instaurado no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, no âmbito da Administração Pública, que teve como objetivo transferir poder do governo central para os estados e municípios, a fim de tornar a administração menos burocrática e mais eficaz, uma vez que os referidos níveis de poder, principalmente os municipais, estão mais próximos da população e de suas demandas (JUNQUEIRA, 2004; FAUSTINO, 2016). De acordo com Pereira e Teixeira (2013, p. 121), a descentralização precede a intersetorialidade, “pois, na medida em que ela propõe transferência de poder,

especialmente para o nível municipal, a intersetorialidade aparece como uma estratégia de gestão integrada para a abordagem dos problemas sociais, respeitando a autonomia de cada ator envolvido no processo”.

Já no que se refere à gestão das cidades, Junqueira (2004) afirma que, para materializar a intersetorialidade, é imprescindível que ocorram mudanças na esfera da gestão das políticas públicas que a tornem mais integrada nos processos de planejamento, execução e controle dos serviços. Isso significa que as ações e os serviços não podem ser decididos de forma unilateral por um poder central, mas devem ser pensadas e planejadas em conjunto, inclusive com a participação da população que será diretamente atingida no âmbito da sua qualidade de vida. Assim, nessa nova forma de gestão, “os atores organizacionais e os grupos populacionais passam a ser considerados como sujeitos capazes de perceberem de maneira integrada os seus problemas e identificar soluções adequadas à sua realidade social” (JUNQUEIRA, 2004, p. 28).

Com base nas considerações feitas acima, depreende-se que a intersetorialidade é um processo que envolve a articulação de diversos saberes, de diversas especialidades, desde o planejamento das ações, passando pela realização das mesmas, até o momento de avaliação. Tal processo tem o objetivo de alcançar resultados mais integrados e que tenham impactos positivos e concretos nas situações complexas vivenciadas pela população de um dado território.

Reforça-se aqui a importância da avaliação, uma vez que Inojosa (2001) afirma que o aparato governamental dificilmente se preocupa com a avaliação dos resultados advindos de suas ações. O que se tem é a avaliação quantitativa de produtos oferecidos, que são planejados e operacionalizados isoladamente. Perde-se de vista, portanto, a dimensão do real impacto que as ações do Estado causam na vida da população.

Materializar a intersetorialidade entre políticas sociais constitui um grande desafio. Como afirma Faleiros (2009), não se pode perder de vista a contradição que permeia o âmbito das políticas sociais, pois elas consideram ao mesmo tempo os interesses dos trabalhadores e os interesses do capital, ou seja, valorizam o capital e validam a força de trabalho. Nessa relação contraditória, os interesses do capital detêm a hegemonia. A partir disso, depreende-se que “a intersetorialidade não é uma estratégia técnica, administrativa ou simplesmente de boa prática gerencial. Pelo contrário. É um processo eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso” (PEREIRA, P., 2014, p. 37).

De acordo com as autoras Bronzo e Veiga (2007), a construção da intersetorialidade esbarra também no modo como a administração pública foi se desenvolvendo ao longo da

história: pautada em uma lógica que valoriza as especializações dos saberes, a organização vertical, hierárquica e dividida em setores. É nesse sentido que Andrade (2006) reconhece que,

sobre a intersetorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridas pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias (ANDRADE, 2006, p. 308).

Levando em consideração esse dissenso prático que permeia o âmbito da administração pública, Bronzo e Veiga (2007) afirmam que, para a construção da intersetorialidade, faz-se necessário compreender que a mesma requer: decisão política, mudanças nos arranjos institucionais e mudanças nos processos de trabalho. Para as referidas autoras, a decisão política refere-se à intenção e ao engajamento em superar o sistema setorializado e hierarquizado, tendo em vista alcançar uma visão mais ampliada acerca da realidade social. Já as mudanças nos arranjos institucionais dizem respeito à necessidade de organizar as instituições, os recursos financeiros e os recursos humanos de forma que a articulação intersetorial seja possível. Por fim, há a necessidade de mudanças nos processos de trabalho das instituições e dos profissionais para que seja possível ir além das práticas centradas apenas em técnicas e especializações que não conseguem se articular e cooperar.

De acordo com Inojosa (2001), existem quatro aspectos básicos que devem ser destacados quando se pretende trabalhar na perspectiva da intersetorialidade: mudança de paradigma; projeto político transformador; planejamento e avaliação participativos e com base regional; e atuação em rede de compromisso social.

A mudança de paradigma refere-se à necessidade de o aparato governamental adotar uma nova postura que supere o modelo da disjunção, da separação, e atue de forma mais integrada diante das expressões da questão social, compreendendo a complexidade e a diversidade da realidade social. Isso não significa que os setores e disciplinas especializadas devem desaparecer, ao contrário, continuarão a existir, mas haverá mais comunicação entre as mesmas tendo em vista que ocorra o planejamento, a operacionalização e a avaliação de ações integradas, sinérgicas.

O segundo aspecto, projeto político transformador, refere-se à necessidade de mudanças no desenho das políticas públicas que, atualmente, é piramidal e voltado muito mais para o assistencialismo. Para Inojosa (2001), a intersetorialidade contradiz as políticas assistencialistas, pois estas buscam sanar problemas pontuais e específicos sem alterar a dinâmica societária que privilegia as elites político-econômicas, enquanto aquela busca ações

mais sinérgicas que possibilitem transformações na sociedade, visando diminuir a exclusão social e promover o desenvolvimento social.

O terceiro aspecto, planejamento e avaliação participativos e com base regional, refere-se ao processo de planejamento das ações do Estado. Na perspectiva intersetorial, o planejamento deve ocorrer com ampla participação de outros segmentos da sociedade, para além das instituições que compõem o aparato do governo, uma vez que esses segmentos vivenciam diariamente as expressões da questão social sobre as quais as políticas públicas irão atuar. Ademais, o planejamento deve ser feito levando em consideração o território para o qual se destina a ação.

De acordo com Inojosa (2001, p. 107), enquanto atualmente o orçamento disponível em cada esfera de governo é que determina o planejamento das ações, “a perspectiva intersetorial precisa de um processo de planejamento diferente, em que o plano faz parte de um processo permanente, que começa com a análise da situação, passa por escolhas estratégicas e faz acordos”, tudo isso de forma participativa e com base nas problemáticas de um território determinado. Tal lógica também se estende para os processos de avaliação, que devem ser contínuos e participativos.

Por fim, o quarto aspecto, atuação em rede de compromisso social, refere-se à necessidade de superar a estrutura governamental hierarquizada e setorializada, onde as ações são planejadas pelas instituições que compõem o topo da pirâmide e executadas pelas instituições da base, sem que haja integração entre as mesmas durante o planejamento, a execução e a avaliação. Nesse sentido, a atuação em rede é uma proposta interessante, pois “trata-se de uma verdadeira rede de compromisso, na qual instituições, organizações e pessoas se articulam em torno de uma questão da sociedade, programam e realizam ações integradas e articuladas, avaliam juntos os resultados e reorientam a ação” (INOJOSA, 2001, p. 108).

Diante do exposto acima, ressalta-se que a intersetorialidade não pode ser vista como algo natural, pois, para ser construída, envolve negociação com diversos interesses, muitas vezes contrários, que estão em constantes disputas no âmbito da administração do Estado e das políticas sociais (BRONZO; VEIGA, 2007). Nesse sentido, Yazbek (2014) afirma que a intersetorialidade

supõe vontade, decisão, que tem como ponto de partida o respeito à diversidade, e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve, portanto, estruturação de elementos de gestão que materializem princípios e diretrizes, a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência, às ações (YAZBEK, 2014, 98).

No debate acerca da perspectiva da intersectorialidade entre políticas públicas, também há o entendimento de que tal categoria surgiu atrelada ao conceito de rede, que se caracteriza como uma concepção de gestão que privilegia a integração dos saberes e dos serviços, ao invés da clássica setorialização (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

A emergência do conceito de rede se deu a partir das transformações que ocorreram no âmbito do Estado e da sociedade, com o crescente processo de modernização que colocou novas demandas no cenário social. De um lado, tinha-se a ineficácia do Estado centralizador e burocrático e, de outro lado, o avanço do neoliberalismo que pregava um Estado reduzido, ações descentralizadas e mais horizontais. As redes, portanto, surgiram como uma nova modalidade de coordenação social que se distinguia do Estado centralizador e do mercado como único agente capaz de gerir a ordem social (TEIXEIRA, 2002).

Mioto (2002) afirma que o debate acerca das redes surgiu em um contexto de crise do Estado de Bem-Estar Social, de surgimento do chamado Terceiro Setor e de significativas transformações societárias. No que se refere à crise do Estado, a mesma se deu a partir da redução da participação estatal na garantia dos direitos sociais, com redução dos recursos destinados para o âmbito social.

A partir da redução do Estado no social, houve a intensificação do apelo moral para que as redes primárias de solidariedade, tal como a família, entrassem em cena para atuar sobre as problemáticas sociais. Com isso, desenvolveu-se o Terceiro Setor, através de organizações voluntárias e sem fins lucrativos, que passaram a atuar no âmbito da proteção social. No Terceiro Setor, os serviços oferecidos não são de caráter universal, seguem critérios de seleção determinados e a sociedade é chamada para participar da gestão e execução dos serviços. Portanto, percebe-se que, para o neoliberalismo, a redução da participação do Estado nas políticas sociais e o aumento das organizações do Terceiro Setor são vistos como uma nova possibilidade de atuação para a garantia da proteção social.

Por fim, as transformações societárias dizem respeito às diversas mudanças que ocorreram com os processos de modernização e globalização, entre elas as novas formas de sociabilização e as novas demandas postas pela sociedade. Mioto (2002) discorre acerca das mudanças na estrutura demográfica da população, que demonstra um aumento da população idosa e a fragilização dos vínculos familiares, bem como transformações na própria organização da comunidade devido, por exemplo, à concentração de pessoas nos grandes centros urbanos.

Todas as mudanças citadas acima resultam em novas demandas para o Estado, como, por exemplo, maior dependência de algumas parcelas da população aos serviços das políticas sociais. Ademais, há uma forte diversificação de demandas por parte de categorias coletivas e

de sujeitos individuais, que passam a exigir diferentes serviços públicos, uma vez que os serviços e as instituições tradicionais não se mostram suficientes. Diante disso, a articulação em rede entre diferentes políticas e entre diferentes saberes profissionais surge como uma alternativa.

O trabalho em redes foi primeiro desenvolvido e utilizado pelas empresas, tendo em vista diminuir os custos da produção e compartilhar recursos e informações. Isso se deu em um contexto de mudanças ocasionadas pela crise econômica de dimensão internacional na década de 1970 e pela crise do petróleo, principalmente nos anos de 1973 e 1979. Tais mudanças referem-se à adesão ao modelo de acumulação flexível; à financeirização do capital; à racionalização dos processos decisórios e das atividades de produção das empresas; e à difusão do neoliberalismo (MINHOTO; MARTINS, 2001; PEREIRA, K., 2014).

O processo de modernização e globalização da economia também teve impacto na esfera política, principalmente no que se refere ao Estado-nação. A nova dinâmica econômica, posta em prática a partir da década de 1970, teve forte impacto sobre a noção de Estado soberano, uma vez que, com o fenômeno da globalização, houve a transnacionalização dos mercados, das produções e das finanças, o que acabou reduzindo a margem de atuação estatal na formulação de políticas de cunho econômico e social (MINHOTO; MARTINS, 2001).

Diante desse cenário de diminuição da margem de atuação estatal, fez-se urgente a constituição de novos modelos de gestão para reconstruir a capacidade intervencionista do Estado. Nesse sentido, de acordo com as observações de Castells (1998), o Estado passou a se organizar como uma rede, denominada de Estado-rede, que se caracteriza por

[...] compartilhar a autoridade (ou seja, a capacidade institucional de impor uma decisão) através de uma série de instituições. Uma rede, por definição, não tem centro, e sim, nós, de diferentes dimensões e com relações internodais que são frequentemente assimétricas. Mas, enfim, todos os nós são necessários para a existência da rede (CASTELLS, 1998, p. 11).

Essa nova forma de organização do Estado se dá através da cooperação internacional e da descentralização político-administrativa. Na primeira, o Estado se articula frequentemente com as instâncias supranacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU), a União Europeia, o Mercosul, por exemplo, para tomar decisões de abrangência transnacional. Na segunda, o Estado transfere poder para as instâncias regionais e locais, estados e municípios, que passam a ser responsáveis pela operacionalização das políticas públicas. A partir disso, o Estado assume uma nova posição de coordenar diferentes níveis institucionais, recuperando parte da sua legitimidade e operatividade (CASTELLS, 1998; MINHOTO; MARTINS, 2001).

De acordo com Teixeira (2002), as redes de políticas sociais surgiram e se proliferaram a partir dos processos de descentralização político-administrativa e de democratização dos países latino-americanos. Nas décadas de 1970 e 1980, a descentralização político-administrativa despontou como uma boa alternativa para superar o ciclo de ineficiência e ausência de participação popular advindos do período da ditadura militar no Brasil. Assim, a descentralização era reivindicada pelos movimentos sociais como essencial para democratizar os processos decisórios e, conseqüentemente, desenvolver uma gestão pública eficaz, efetiva e eficiente (ARRETCHE, 2002).

Nesse contexto de reivindicação em prol da descentralização e da democratização, as redes emergiram como uma possibilidade de coordenar e operacionalizar as políticas públicas, em especial as de recorte social, a partir da construção de parcerias e articulações entre os diversos entes governamentais em nível municipal, estadual e federal. Para os movimentos sociais, tais parcerias não visam desresponsabilizar o Estado, mas articulá-lo às demais instâncias e instituições, tendo em vista superar a histórica fragmentação das políticas sociais, bem como a centralização dos processos de formulação e implementação das mesmas (PEREIRA, K., 2014). Essa é a principal diferença entre a visão de rede defendida pelo neoliberalismo, que visa à transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil, e a visão de rede defendida pelos movimentos sociais, que reafirma a responsabilidade estatal na condução das políticas sociais e defende relações mais horizontais no processo de planejamento e execução das mesmas.

De acordo com Junqueira (1999), a rede surge a partir da percepção de problemas que são comuns entre as diversas instituições e/ou entes governamentais e do entendimento, construído coletivamente, de que um único setor é insuficiente para atender aos direitos sociais dos cidadãos. Portanto, a rede, enquanto construção social, depende da sensibilização dos diversos atores sociais em torno de um objetivo comum, bem como do entendimento de que a parceria é eficaz para alcançar soluções integradas. Na mesma perspectiva, Inojosa (1998 apud MINHOTO; MARTINS, 2001, p. 90) afirma que

rede é parceria voluntária para a realização de um propósito comum. Implica, nesse sentido, a existência de entes autônomos que, movidos por uma ideia abraçada coletivamente, livremente e mantendo sua própria identidade, articulam-se para realizar objetivos comuns. As redes se tecem através do compartilhamento de interpretações e sentidos e da realização de ações articuladas pelos parceiros.

A partir do entendimento sobre o que é rede, tem-se, na literatura que aborda a temática, algumas tipologias que são utilizadas por conta da multiplicidade das necessidades humanas:

a) redes primárias ou de proteção espontânea: são aquelas que se organizam a partir da solidariedade e do apoio mútuo, principalmente no núcleo familiar, na vizinhança e nas relações afetivas de amizade; são informais e dão proteção e segurança aos membros que as compõem; b) redes de serviços comunitários: são aquelas que se organizam em pequenos territórios determinados, tais como organizações comunitárias, associações de bairros e organizações filantrópicas, que oferecem serviços assistenciais aos membros da localidade; c) redes sociais movimentalistas: são as formadas por movimentos sociais que lutam pela garantia de direitos sociais, defendem a participação popular e o fortalecimento da democracia; d) redes setoriais públicas: são as que prestam serviços especializados, advindos dos deveres do Estado para com a população, como, por exemplo, educação, saúde, entre outros; e) redes de serviços privados: são as que também prestam serviços especializados, porém são destinadas aos que podem pagar por tais serviços no mercado; f) redes regionais: são aquelas que articulam serviços de diversas áreas das políticas públicas entre municípios de uma região determinada; e g) redes intersetoriais: são aquelas que articulam os diversos serviços das organizações governamentais e não governamentais, da comunidade e do setor privado, tendo em vista alcançar a integralidade no atendimento às necessidades sociais (BOURGUIGNON, 2001; GONÇALVES; GUARÁ, 2010).

A existência de diversas tipologias de redes não significa que cada uma exista isoladamente, pelo contrário, é possível que haja a coexistência de diversos tipos de rede. Pode-se citar, como exemplo, “as redes primárias que, comprovadamente, coexistem com todas as demais formas de redes, as quais são formalmente mais estruturadas que elas” (PEREIRA, K., 2014, p. 53).

De acordo com Pereira, K. (2014), a perspectiva da intersetorialidade surgiu atrelada ao conceito de rede. Assim, as redes intersetoriais ganham destaque no âmbito da gestão pública, pois preconizam a articulação entre as diversas políticas públicas, serviços, programas sociais e instituições governamentais e não governamentais, com o objetivo de otimizar as ações públicas no enfrentamento das expressões da questão social, bem como alcançar um olhar mais ampliado e um atendimento mais integral às necessidades dos cidadãos, uma vez que tais necessidades não se expressam de forma linear e semelhante, devido à realidade social multifacetada.

Na literatura acerca da intersetorialidade entre políticas públicas aparece, ainda, o debate sobre a perspectiva da interdisciplinaridade, vista como um fundamento importante para alcançar eficácia nas ações de articulação intersetorial. De acordo com Pereira, P. (2014), a interdisciplinaridade serve como referência para a intersetorialidade.

A interdisciplinaridade está presente no campo das indagações desde a Grécia antiga, onde os mestres gregos prezavam o saber da totalidade como forma mais eficaz de educação. As várias disciplinas ministradas na época eram articuladas entre si, tendo em vista formar um todo unitário, apreendido por um homem integral (WESTPHAL; MENDES, 2000).

Porém, com o advento da Idade Moderna, do Iluminismo, com seus ideais de racionalização, e do surgimento da ciência, o saber unitário, prezado até então, passou por um processo de constante desintegração. Assim, a partir do século XIX, o conhecimento se desintegrou, passando a vigorar a especialização dos saberes, constituindo-se o paradigma da disjunção, que coloca os fenômenos isolados de seu contexto e separados dos sujeitos que os percebem (WESTPHAL; MENDES, 2000).

Diante da disjunção do saber, a interdisciplinaridade é retomada no século XX devido à necessidade de superar a fragmentação do conhecimento humano, causada pelo aumento em larga escala das especializações, que provoca carência no âmbito do conhecimento (PEREIRA, P., 2014).

De acordo com Pereira, P. (2014), a interdisciplinaridade não advoga a favor da aniquilação das especializações, mas se coloca contrária à visão de mundo positivista, que preza pelo domínio das disciplinas isoladas, defende a articulação e a hierarquização das especialidades, desconecta o conhecimento da realidade e coloca barreiras para a comunicação entre as diferentes áreas do saber.

Mangini e Miotto (2009) afirmam que a interdisciplinaridade teve seu marco inicial formal no campo das pesquisas, em 1970, no “Seminário sobre pluridisciplinaridade e interdisciplinaridade nas universidades”, ocorrido na França, que contou com o apoio da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e teve a participação de vários empresários e representantes do meio acadêmico. Portanto, as primeiras iniciativas formais de pesquisas sobre a temática não foram exclusivas do meio acadêmico.

O contexto histórico no qual houve a proposição, a construção e a difusão da interdisciplinaridade como categoria importante era permeado por dois importantes acontecimentos: a crise nas universidades no final da década de 1960 e a crise do capitalismo na década de 1970. Tais acontecimentos se configuraram como crise no campo da produção e crise no campo científico (MANGINI; MIOTO, 2009).

Quanto à crise no campo científico, no fim dos anos 1960, diversos movimentos estudantis passaram a reivindicar mudanças na estruturação do ensino. Tais movimentos defendiam um novo modelo de ensino “contrário ao conhecimento que privilegiava o capitalismo epistemológico de certas ciências, à alienação da academia [...] que evidenciavam

a excessiva especialização, e a toda e a qualquer proposta de conhecimento que seguisse numa única, restrita e limitada direção” (MANGINI; MIOTO, 2009, p. 211). Assim, a ideia de interdisciplinaridade começou a brotar no âmbito acadêmico.

No que se refere à crise do capital, na década de 1970, houve a queda nos preços do petróleo e ferrenha oposição ao modelo de produção taylorista/fordista e ao pacto keynesiano. Todos esses fatores exigiram das empresas uma reestruturação no modo de produção, com integração mundial das finanças, avanço tecnológico e flexibilização dos processos produtivos. Nesse contexto, a especialização dos saberes profissionais se tornou pouco interessante, uma vez que a reestruturação produtiva passou a exigir a polivalência dos trabalhadores para assegurar a rentabilidade da produção. O trabalho individual e superespecializado começou a ser substituído pelo trabalho em equipe multidisciplinar. A interdisciplinaridade passou, então, a ser considerada também no âmbito da produção.

De acordo com Mangini e Mioto (2009), embora o conceito de interdisciplinaridade gire em torno da noção de superar a fragmentação do conhecimento advinda da crescente especialização, os fundamentos de tal conceito se pautam por lógicas diferenciadas. As referidas autoras apresentam três lógicas: a europeia, desenvolvida principalmente na França, que considera a interdisciplinaridade como um fim, isto é, a importância do saber interdisciplinar é justificada pela busca do conhecimento; a norte-americana, desenvolvida principalmente nos Estados Unidos, que considera a interdisciplinaridade como um meio para atingir um determinado resultado, isto é, um instrumento metodológico para uma finalidade; e a latino-americana, desenvolvida principalmente no Brasil, que coloca a interdisciplinaridade como uma forma para o homem alcançar a plena realização, através do crescimento e da emancipação (MANGINI; MIOTO, 2009).

Além das três lógicas apontadas acima, Mangini e Mioto (2009) também afirmam que, na discussão acerca da interdisciplinaridade, existem três vertentes: a humanista, a da complexidade e a social crítica. As autoras apresentam as características de cada vertente:

A vertente humanista defende que a realização de um diálogo ecumênico e reflexivo entre as várias áreas do conhecimento necessita de uma mudança de espírito dos sujeitos envolvidos no empreendimento interdisciplinar. A vertente da complexidade realiza uma crítica epistemológica à ciência contemporânea e defende diferentes propostas de integração disciplinar, a partir da incorporação da temática da complexidade e da perspectiva sistêmica. A vertente social crítica dirige sua análise para a dimensão histórica e social da produção do conhecimento, consoante com a perspectiva marxista que postula estar a ciência moderna subordinada à lógica da divisão social e técnico-científica do trabalho no modo de produção capitalista (MANGINI; MIOTO, 2009, p. 209-210).

É interessante apontar que, no campo do conhecimento, das disciplinas, existem alguns termos que ajudam a compreender a noção, apontada pela interdisciplinaridade, de superação da fragmentação. São eles: multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade.

A multidisciplinaridade refere-se a “um conjunto de disciplinas ou de ramos especializados de saberes que se agregam em torno de um tema, uma problemática ou um objetivo comum, mas não se interpenetram” (PEREIRA, P., 2014, p. 31). Isso significa que, diante de um mesmo objeto, cada disciplina desenvolve o seu estudo, com base no seu conhecimento especializado, sem integração com as demais disciplinas.

Já a transdisciplinaridade propõe que as relações entre as diversas disciplinas atinjam um nível superior em que todas compõem um conjunto teórico, prático e ético sem fronteiras (PEREIRA, P., 2014). Para Rodrigues (2000), transdisciplinaridade significa ultrapassar as fronteiras das disciplinas especializadas em direção ao alargamento da compreensão da realidade e das dimensões que as compõem e as colocam em movimento. Assim, tal categoria se apoia na compreensão de que a realidade é multidimensional e requer a abertura do diálogo entre as diversas disciplinas para reorientar novas práticas e uma nova ética.

Por fim, tem-se a definição de interdisciplinaridade. Para Rodrigues (2000), o termo faz referência ao processo de troca de informações entre as disciplinas, onde há interação capaz de conjugar conhecimentos, tendo em vista alcançar níveis elevados de saber, bem como novos horizontes de saber. Isso não significa que tal termo pretende acabar com as especialidades do saber e as especificidades profissionais, pelo contrário, propõe que, diante da complexidade dos fenômenos, há a necessidade de olhares diversos, com saberes diversos, para desvelar um determinado objeto. A interdisciplinaridade, portanto, é capaz de ser uma mediação para a transdisciplinaridade.

Pereira, K. (2014) aponta que a interdisciplinaridade pode ser compreendida como um método, um instrumento de ação para alcançar um conjunto totalizante do conhecimento. Ademais, também pode ser entendida como uma postura profissional que se permite conviver com o diferente, proporcionando, assim, que um determinado objeto seja analisado por diversos ângulos, a fim de obter soluções integradas.

A interdisciplinaridade constitui um nível avançado de cooperação entre as diversas disciplinas do saber, valorizando todo o conhecimento, numa relação pautada pelo diálogo. Nenhuma área do conhecimento é considerada superior às demais e deve prevalecer o respeito à autonomia e à criatividade de cada uma. Assim, cada disciplina reconhece os seus limites no campo do conhecimento, principalmente diante das diversas dimensões que compõem a

plenitude da realidade, e recebe contribuições de outras disciplinas, bem como contribui com as mesmas, em um processo intersubjetivo (ELY, 2003).

Diante do exposto até aqui, percebe-se que a interdisciplinaridade serve como fundamento para a concretização da intersetorialidade. Ambos os termos, que contam com o prefixo inter, demonstram que o conhecimento não pode se constituir de maneira isolada, com partes que não conseguem se comunicar sobre um objeto comum. A realidade é complexa, portanto; há a necessidade de interação entre os diversos profissionais e as diversas especialidades do saber para alcançar um atendimento integral das necessidades do ser humano, tendo em vista que ele não é formado por partes isoladas que não se relacionam entre si.

No campo das políticas públicas, especialmente das políticas sociais, a intersetorialidade torna-se uma perspectiva urgente. Diante da complexidade das expressões da questão social, campo de atuação de tais políticas, que são imbricadas de relações orgânicas que, muitas vezes, não se manifestam na aparência, e sim na essência, após um processo crítico e dialético de investigação e reflexão, uma só política setorial é incapaz de oferecer respostas eficazes às demandas da população. Faz-se necessário um olhar mais ampliado, com ações articuladas entre as diversas políticas sociais, pautado no alcance do bem-estar integral do ser humano.

### **3 AS POLÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO**

O presente capítulo tem como objetivo abordar as políticas sociais que compõem a Seguridade Social brasileira, instaurada a partir da Constituição Federal de 1988. O primeiro subitem apresenta algumas características das políticas de Previdência e Assistência Social, apontando alguns limites presentes no contexto neoliberal. O segundo subitem dá ênfase à política de Saúde, apresenta um breve resgate histórico da mesma e aborda a sua relação com a perspectiva da intersetorialidade, tendo em vista o fortalecimento da concepção ampliada de saúde.

#### **3.1 As políticas de Previdência e Assistência Social**

Conforme apontado no item anterior, a Constituição Federal de 1988 inaugurou, no Brasil, uma nova abordagem de proteção social aos cidadãos, a partir da concepção de Seguridade Social, composta pela previdência, assistência social e saúde.

No que se refere à previdência social, a Constituição Federal de 1988, em seus artigos 201 e 202, estabelece que o Brasil possui três regimes: o geral, o próprio e o complementar. O Regime Geral da Previdência Social (RGPS) tem caráter obrigatório e contributivo, isto é, todos os trabalhadores que exercem atividades remuneradas, com registro em carteira de trabalho, são automaticamente vinculados ao sistema previdenciário, contribuindo, assim, mensalmente para a manutenção do mesmo. Já o Regime Próprio da Previdência Social (RPPS) destina-se aos servidores públicos, em cargos efetivos, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios que decidiram organizar seus próprios estatutos. Por fim, o Regime Complementar baseia-se em sistema de capitalização, é privado e tem caráter facultativo (SANTOS, 2016).

Por ser o único regime administrado pelo INSS, bem como o que cobre a maior parcela da população, esta pesquisa explicitará o Regime Geral de Previdência Social, que é considerado regra geral para todos os trabalhadores no Brasil, com exceção daqueles que estão vinculados a algum Regime Próprio instituído pelos entes da federação.

A previdência social tem como principal objetivo garantir proteção aos riscos sociais aos trabalhadores e suas famílias, quando os mesmos se encontram em situações que os impossibilita, temporária ou permanentemente, de exercer suas atividades laborais e auferir renda para o seu sustento.

Os contribuintes do RGPS são considerados segurados e podem ser subdivididos em duas categorias: os facultativos e os obrigatórios. Os facultativos são aqueles que não exercem

nenhuma atividade remunerada e/ou não têm renda própria, mas decidem contribuir para a Previdência Social de forma voluntária. Tais pessoas somente são consideradas seguradas e podem requerer direito aos benefícios previdenciários quando mantêm as contribuições em dia. Já os segurados obrigatórios são os seguintes:

Empregado: estabelece vínculo empregatício não eventual com uma empresa ou que preste serviço a órgão público; Empregado doméstico: presta serviço doméstico na residência de outra pessoa; Trabalhador avulso: presta serviço a uma ou mais empresas, e cuja contratação é intermediada por sindicatos ou órgãos gestores de mão de obra; Contribuinte individual: trabalhador autônomo, que preste ou não serviço para empresas; Segurado especial: trabalhador que produz em regime de economia familiar (OLIVEIRA, 2015, p. 68).

A legislação previdenciária (Lei Federal nº 8.213/1991) também define aqueles que podem ser considerados dependentes do segurado, dividindo-os em três classes: na primeira, estão o cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho não emancipado, menor de 21 anos ou inválido; na segunda, estão os pais; e na terceira, está o irmão não emancipado, menor de 21 anos ou inválido ou, ainda, com deficiência intelectual/mental. Na primeira classe, a dependência ao segurado é presumida. Já as pessoas que compõem as demais classes devem comprovar que dependem economicamente do segurado (BRASIL, 1991).

No que se refere aos benefícios previdenciários que são prestados aos segurados, a legislação vigente aponta os seguintes: a) **aposentadoria por invalidez:** quando o trabalhador, mediante perícia médica do INSS, é considerado permanentemente incapaz de continuar exercendo a sua atividade laboral para auferir renda, bem como não pode ser reabilitado para exercer outra atividade; b) **aposentadoria por idade:** concedida ao trabalhador com idade de 65 anos (homem) e 60 anos (mulher), desde que comprove o mínimo de 180 contribuições efetivas. No caso dos segurados especiais (agricultor familiar, pescador artesanal e indígena), a idade mínima é reduzida em cinco anos (60 anos para homem e 55 anos para mulher), e os mesmos devem comprovar o efetivo exercício de atividade rural; c) **aposentadoria por tempo de contribuição:** quando o trabalhador comprova um tempo mínimo de contribuição, 35 anos para o homem e 30 anos para a mulher, independente de idade mínima, e 180 meses efetivos de trabalho para efeito de carência; d) **aposentadoria especial:** concedida ao trabalhador que, no exercício cotidiano de sua atividade laboral, está exposto a condições que prejudiquem sua saúde, desde que comprovados os 180 meses efetivos de contribuição. Nesse caso, dependendo do tipo de exposição nociva, o trabalhador pode requerer a sua aposentadoria com 15, 20 ou 25 anos de contribuição.

Além dos benefícios citados acima, no que se refere ao RGPS, têm-se também os seguintes: a) **auxílio-doença**: concedido ao trabalhador que, por mais de quinze dias consecutivos, está temporariamente incapaz de exercer atividade laboral por conta de acidente ou doença. O mesmo deve comprovar o mínimo de 12 meses de contribuições; b) **salário-família**: trata-se de um valor pago ao trabalhador, empregado ou avulso, e ao aposentado que possua filhos ou equiparados menores de 14 anos ou inválidos de qualquer idade, independente de carência. De acordo com a Portaria MF nº 15, de 16/01/2018, o valor do salário-família será de R\$ 45,00 por filho para o segurado cujo salário contribuição seja de até R\$ 877,67. Já para o trabalhador que recebe de R\$ 877,67 até R\$ 1319,18, o valor do benefício será de R\$ 31,71 por filho; c) **salário-maternidade**: benefício concedido à trabalhadora segurada, urbana ou rural, em decorrência de parto, aborto ou adoção por um período de 120 dias, respeitando a carência de 10 meses de contribuição no caso de contribuinte individual, facultativa ou especial; d) **auxílio-acidente**: é um benefício que tem natureza indenizatória e é pago ao segurado que tenha sua capacidade para o trabalho reduzida permanentemente em decorrência de acidente. Tal situação é avaliada pela perícia médica do INSS. É destinado ao trabalhador empregado, avulso ou segurado especial e não é necessário cumprir carência.

Os benefícios citados até aqui se referem diretamente ao trabalhador na condição de segurado. Porém, o RGPS também prevê dois benefícios que são concedidos aos dependentes do segurado: **pensão por morte** e **auxílio-reclusão**. O primeiro é destinado aos dependentes do segurado trabalhador ou aposentado em caso de seu falecimento, desde que, na data do óbito, o mesmo tenha a qualidade de segurado, não sendo necessário cumprir carência. Para a concessão da pensão por morte, são consideradas as classes de dependentes apontadas anteriormente. Já o auxílio-reclusão é destinado aos dependentes do segurado que for preso em regime fechado ou semiaberto, observando o limite de até R\$ 1.319,18 referente ao último salário recebido pelo mesmo. Ademais, o benefício não é acumulativo, não sendo concedido se o segurado recluso estiver recebendo auxílio-doença, aposentadoria ou abono de permanência em serviço.

O RGPS também oferece dois serviços para os segurados, bem como para os seus dependentes: **Serviço Social** e **habilitação e reabilitação profissional**. O Serviço Social tem como competência esclarecer e orientar os cidadãos acerca dos direitos relativos à previdência social e às demais políticas setoriais, tendo em vista a garantia dos direitos sociais e a participação do beneficiário no fortalecimento da política previdenciária. Já a habilitação e a reabilitação profissional referem-se ao serviço destinado ao segurado ou dependente que esteja incapacitado, total ou parcialmente, para o trabalho e às pessoas com deficiência, tendo em vista

oportunizar a sua (re) inserção no mercado de trabalho. Nesse sentido, são fornecidas órteses, próteses e instrumentos que auxiliem na locomoção (BRASIL, 1991).

Conforme já explicitado anteriormente, a filiação ao RGPS é obrigatória para os trabalhadores formais do setor privado. A alíquota de contribuição, dividida entre o trabalhador e o empregador, consiste em 20% sobre o salário. É importante ressaltar que o valor de contribuição varia entre o salário mínimo vigente e o teto que é, atualmente, R\$ 5645,80. Ao trabalhador, dependendo do salário recebido, a alíquota de contribuição pode ser de 8%, 9% ou 11%, cabendo o restante ao empregador.

Destaca-se que o Regime Geral de Previdência Social pauta-se no modelo de repartição simples, onde os atuais contribuintes custeiam os benefícios pagos aos aposentados e pensionistas. Tal modelo tem como fundamento o princípio da solidariedade expresso na Constituição Federal de 1988 e o pacto entre gerações. Nesse sentido, os atuais contribuintes, no futuro, terão seus benefícios pagos a partir da contribuição da geração futura (SANTANA, 2015; SANTOS, 2016).

Caramuru (2017) aponta para o fato de que o acesso aos benefícios previdenciários está intrinsecamente relacionado à necessidade de contribuição prévia por parte do trabalhador, inclusive com o cumprimento de carências no caso de alguns benefícios. Assim sendo, a cobertura previdenciária no país tem forte correlação com a dinâmica do mercado de trabalho. Na cena contemporânea, diversas características do mercado de trabalho acabam por influenciar e até mesmo diminuir a capacidade contributiva dos trabalhadores. Entre essas características, podem-se citar, como alguns exemplos, a diminuição dos postos formais de trabalho, principalmente em momentos de recessão econômica, o aumento de trabalhos informais, com vínculos precários e em condições não ideais, bem como a redução da capacidade de organização, mobilização e pressão da classe trabalhadora. Tais aspectos dificultam a universalização da cobertura previdenciária.

É importante apontar que, desde a sua caracterização como política integrante do sistema de Seguridade Social no Brasil, na Constituição Federal de 1988, a previdência social vem passando por várias mudanças que acabam por influenciar sua sustentabilidade, bem como incentivar o desenvolvimento da previdência privada em detrimento do regime geral. Em 1998, época do governo FHC, houve uma das “reformas” mais impactantes para o RGPS, que “substituiu a opção ‘tempo de serviço’ pelo ‘tempo de contribuição’; eliminou a aposentadoria proporcional; desvinculou os benefícios de valor superior ao salário mínimo da regra de indexação deste; e estabeleceu um teto nominal para os benefícios previdenciários” (LAVINAS; ARAÚJO, 2017, p. 619-620, aspas das autoras). Na prática, isso significou que os

trabalhadores precisavam trabalhar mais e, conseqüentemente, contribuir por mais tempo. Significou, ainda, um incentivo ao crescimento da previdência complementar, uma vez que os trabalhadores que ganhavam acima do teto estabelecido se voltavam para o sistema privado a fim de aumentar os seus ganhos.

No contexto mais recente, está em tramitação no Congresso Nacional a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 287 que trata de mais uma proposta de “reforma” da previdência, sustentada no argumento de que há um déficit nas contas de tal política que contribui para dificultar a sua execução. De acordo com Lavinias e Araújo (2017), essa PEC tem duas linhas de argumentação utilizadas pelos seus apoiadores. A primeira faz referência à relação entre o envelhecimento da população brasileira, à queda da taxa de fecundidade no país e ao pacto entre gerações. Isso significa que, com a população vivendo mais, não haveria a quantidade proporcional de ativos no mercado de trabalho no futuro, devido à diminuição do número de nascimentos, para custear os benefícios pagos. Tal fato, segundo os apoiadores da “reforma”, causará um colapso no sistema previdenciário.

A segunda linha de argumentação aponta para a necessidade de elevar a taxa de investimento no país, sendo necessário, para tanto, elevar a taxa de poupança dos trabalhadores. Com mudanças nas regras de acesso aos benefícios do sistema público, haverá um estímulo ao crescimento dos sistemas privados. Isso ocorre porque, diante de um teto de contribuição baixo, os trabalhadores que possuem melhores níveis de renda tendem a investir em previdências complementares/privadas com o objetivo de auferir rendimentos maiores no futuro.

Conforme já explicitado no item anterior, a atual proposta em tramitação pretende alterar as regras de acesso aos benefícios previdenciários, principalmente à aposentadoria, bem como ao valor da mesma. Assim, os apoiadores da “reforma” defendem que a idade mínima para pleitear a aposentadoria seja de 65 anos para o homem e 62 anos para a mulher; que sejam necessários 40 anos de contribuição para ter direito a receber o valor integral da média salarial; regras iguais para o regime geral e o regime próprio; a impossibilidade de acumular dois benefícios, como por exemplo, pensão e aposentadoria, entre outras propostas.

Diante dos argumentos utilizados em favor da atual proposta de “reforma” da previdência, faz-se necessário apontar que os mesmos são apenas alguns aspectos superficiais de uma problemática mais complexa. Trata-se da ofensiva neoliberal em favor da ampliação do grande capital, neste caso a favor da previdência privada, que transforma o cidadão de direitos em cidadão consumidor (ROCHA, 2015). Nesse sentido, como aponta Caramuru (2017, p. 255),

o processo em marcha de contrarreforma dos direitos previdenciários no Brasil tem cumprido a sua tripla função de “liberar” recursos dos constitutivos do fundo público para a reprodução do capital, de disponibilizar mão-de-obra para o mercado e de estimular a proliferação da “previdência privada”. Nesta esteira, a ofensiva contra as condições de acesso à cobertura previdenciária tem sido uma constante desde, pelo menos, meados da década de 1990 e, em um *continuum*, se estende até os dias atuais em proporções cada vez mais dramáticas.

A partir do exposto até aqui, pode-se perceber que, embora tenha sido inscrita como partícipe da proteção social via Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, a previdência social é permeada de contradições e conflitos, principalmente no que se refere ao regime geral. Desde a década de 1990, período que coincide com a ampliação dos ideais neoliberais, há uma forte tendência em curso que objetiva conceder menos visibilidade ao sistema público em detrimento do sistema privado. Isso acaba por penalizar os trabalhadores que auferem menores salários, que são obrigados a trabalhar por mais anos e a receber benefícios menores, com regras de acesso cada vez mais difíceis.

Na mesma linha de proteção social instaurada pós-Constituição de 1988, tem-se a política de assistência social que é abordada a partir de uma nova concepção que lhe concede o status de política pública de responsabilidade estatal, situando-a distante do antigo status que lhe foi atribuído por várias décadas, baseado na benemerência, no assistencialismo e no clientelismo.

O texto constitucional, no Capítulo II, que trata da Seguridade Social, em sua seção IV, aponta que a Assistência Social independe de contribuição prévia e será prestada a quem dela necessitar. Ademais, aponta quais são os objetivos de tal política:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988, art. 203).

Já o artigo 204, além de indicar que as ações do Estado na execução da Assistência Social serão custeadas com os recursos oriundos do orçamento de Seguridade Social e de outras fontes, aponta também que tais ações devem obedecer a duas diretrizes: a descentralização político-administrativa, que significa que a formulação de normas legais gerais é de responsabilidade do governo federal e a execução das ações é de responsabilidade dos estados e municípios, que estão mais próximos da população; e a participação dos cidadãos na

formulação de propostas, bem como no controle das ações executadas, via entidades de representação.

Rocha (2015) afirma que, após o seu reconhecimento enquanto política pública e dever do Estado, a estruturação da política de assistência social pode ser dividida em três fases distintas. A primeira fase refere-se ao período pós-promulgação da Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993. A segunda fase corresponde aos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2002) e compreende o período de tentativa de implantação da referida política, de acordo com os preceitos da LOAS. Já a terceira fase coincide com os governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003 – 2010), período em que a política de assistência social foi bastante fortalecida.

Só em 1993, a Assistência Social foi devidamente regulamentada e organizada, através da Lei Federal nº 8.742, datada de 7 de dezembro de 1993, conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Essa lei define, em seu artigo 1º, que “a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 1993).

De acordo com Pereira, K. (2014), a LOAS significou o início de um novo momento para a política de Assistência Social no cenário brasileiro, ao estabelecer as bases legais que possibilitaram a ruptura com o legado histórico, pautado na cultura do favor, que sempre esteve presente ao longo do desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. Assim, “seus princípios e diretrizes focam no atendimento de cidadãos e cidadãs em situação de pobreza e vulnerabilidade social, propondo o enfrentamento de problemas sociais de maneira contínua e sistemática, baseada numa visão ampla acerca dos riscos e particularidades” imbricados em cada contexto social (PEREIRA, K., 2014, p. 77).

A LOAS foi organizada em seis capítulos. O primeiro trata do conceito de política de Assistência Social adotado, bem como dos objetivos que devem guiar a sua execução (ambos presentes no texto constitucional); o segundo apresenta os princípios da política, entre eles a universalização dos direitos sociais e a igualdade entre os cidadãos no acesso ao atendimento; bem como as diretrizes que a norteiam: descentralização político-administrativa, participação popular e responsabilidade prioritária do Estado na condução da política. O Capítulo III trata da organização da referida política, estabelecendo que a mesma seja organizada em um sistema descentralizado e participativo; o Capítulo IV discorre acerca dos benefícios, serviços, programas e projetos da Assistência Social; o Capítulo V trata sobre o financiamento da política, que deve ser custeada com recursos provenientes da União, dos estados, do Distrito

Federal e dos municípios, bem como do Fundo Nacional de Assistência Social. O sexto e último capítulo apresenta as disposições gerais e transitórias (BRASIL, 1993).

Durante o governo FHC (1995 – 2002), a tentativa de operacionalizar a LOAS esbarrou na política econômica adotada pelo governo, que priorizou reformas de caráter macroestrutural, o controle da inflação, a estabilidade monetária, bem como reduziu o gasto do Estado no âmbito social e focalizou a ação estatal em programas sociais pontuais. Nesse período, também houve uma retomada da convocação da participação da sociedade civil no campo social, com o voluntariado e as organizações não governamentais. Alguns dos poucos avanços, em relação ao período anterior, foram: a criação do Conselho Nacional de Assistência Social, a criação do Fundo Nacional de Assistência Social, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e o Núcleo de Apoio Familiar (NAF) (PEREIRA, K., 2014; ROCHA, 2015).

O período correspondente ao governo Lula (2003 – 2010) foi o que mais consolidou a política de assistência social no país. Em 2004, houve a construção e a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) pelo Conselho Nacional de Assistência Social, que materializou a assistência social como política pública integrante do sistema de Seguridade Social brasileiro, de responsabilidade do Estado, visando à superação do assistencialismo, do clientelismo e o fortalecimento dos direitos dos cidadãos.

Agindo em conformidade com o disposto na LOAS, no capítulo II, seção I, artigo 4º, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) é guiada pelos seguintes princípios democráticos:

- I – Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- II - Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- III - Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- IV - Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- V- Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (BRASIL, 2004, p. 32).

Além desses princípios, a PNAS traz, em seu texto, as diretrizes da política, a saber: descentralização político-administrativa, participação da população, primazia da responsabilidade do Estado e centralidade na família. Traz também o público usuário da política: cidadãos e grupos sociais em situações de vulnerabilidade e riscos (BRASIL, 2004).

De acordo com a PNAS, a Assistência Social garante dois tipos de proteção: a proteção social básica e a proteção especial. A proteção social básica objetiva “prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 33). É destinada às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, causada por diversos fatores, tais como: pobreza, ausência de renda, falta de acesso ao mercado de trabalho e aos serviços públicos etc.

A proteção social básica é operacionalizada no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), através de diversos serviços, programas e projetos, tais como: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), Centros de Convivência para Idosos, projetos de enfrentamento à pobreza, entre outros, que têm como objetivo desenvolver ações que fortaleçam o protagonismo dos indivíduos, bem como dos grupos familiares, prevenindo situações de risco e superando condições vulneráveis.

Já a proteção social especial garante atendimento assistencial aos cidadãos que tiveram seus direitos violados e/ou ameaçados e cuja convivência com a família de origem seja considerada prejudicial à sua proteção e ao seu desenvolvimento.

Os serviços de proteção social especial são divididos em duas categorias: média e alta complexidade. Os serviços de média complexidade são “aqueles que oferecem atendimento às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos” (BRASIL, 2004, p. 38). São exemplos desses serviços: Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), serviço de apoio e orientação sociofamiliar, abordagem de rua, medidas socioeducativas, etc.

Já os serviços de proteção social especial de alta complexidade “são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário” (BRASIL, 2004, p. 38). São exemplos desses serviços: Casa Lar, Casa de Passagem, Albergue, Família Acolhedora, Família Substituta, entre outros.

Com a implementação da Política Nacional de Assistência Social, que torna efetiva a Assistência Social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, instituiu-se, em 2005, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que materializa o conteúdo da LOAS, sendo uma ferramenta de gestão da PNAS. O SUAS tem um modelo de gestão descentralizado e participativo, regulando e organizando em todo o país as ações socioassistenciais. Os serviços operacionalizados pelo SUAS têm a família como foco prioritário e o território é a base de

organização dos mesmos. O sistema tem gestão compartilhada e o financiamento é responsabilidade das três esferas de governo.

Em 2006, foi aprovada a Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos do SUAS (NOB/RH – SUAS), que versa acerca dos recursos humanos necessários para a operacionalização dos serviços do sistema, aponta a necessidade de legislação que regulamente a criação de cargos da referida política e reforça que deve haver concurso público para o provimento das vagas.

Em 2012, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) aprovou uma nova versão da NOB/SUAS que “consagrou a universalidade, a integralidade da proteção social e a intersetorialidade como princípios fundamentais a serem considerados na condução da rede socioassistencial” (PEREIRA, K., 2014). Isso significa o reconhecimento de que para alcançar a integralidade da proteção social aos cidadãos brasileiros é imprescindível extrapolar os limites da política setorial e articulá-la com os serviços, programas e projetos das demais políticas sociais.

Reconhece-se aqui que a Política de Assistência Social teve grandes avanços no arcabouço jurídico-institucional, principalmente a partir dos anos 2000, que possibilitaram que a mesma iniciasse um processo de rompimento com características negativas que se perpetuaram ao longo de sua história. Com o novo reordenamento legal em pauta, reforça-se a responsabilidade do Estado no planejamento e na condução de serviços, programas e projetos que operacionalizam a referida política.

Porém não se pode desconsiderar que os mesmos anos 2000 são palco da intensificação do projeto neoliberal que, diante de períodos de recessão econômica, continua impondo a sua agenda de diminuição dos gastos públicos destinados ao campo da proteção social, com desmonte dos direitos sociais, representando uma intensa contradição e disputa entre o ordenamento legal e o âmbito prático.

### **3.2 A Política de Saúde no Brasil pós-Constituição de 1988 e a perspectiva da intersetorialidade**

#### **3.2.1 Um breve resgate histórico da política de saúde brasileira**

No contexto contemporâneo brasileiro, a política de saúde é uma das políticas sociais que mais têm visibilidade. Para além da importância da questão saúde para o desenvolvimento do bem-estar da sociedade, muito se discute a crise que perpassa a referida política, que se

materializa através da má qualidade dos serviços da rede pública, da dificuldade de acesso da população a tais serviços, da escassez de recursos financeiros e humanos para manter um padrão satisfatório de qualidade, entre outras problemáticas que compõem a complexa realidade brasileira.

De acordo com Polignano (2001), para compreender as problemáticas que cercam o debate acerca da questão saúde no Brasil contemporâneo, faz-se necessário analisar como se deu o processo de desenvolvimento do setor saúde na realidade brasileira, uma vez que tal desenvolvimento está intrinsecamente relacionado à formação sócio-histórica do país.

Ao se observar a história brasileira, tem-se que, até a vinda da família real portuguesa para o Brasil em 1808, o país não possuía nenhuma estrutura ou iniciativa de modelo de saúde que atendesse às necessidades da população. Nesse período, existiam apenas os denominados “curandeiros” que se utilizavam de recursos naturais, como plantas e ervas, para atender às demandas relacionadas às doenças. A partir da chegada da família real, foi organizada uma estrutura sanitária mínima para amparar o poder político do império que se instalava no Rio de Janeiro. Cabe apontar que as iniciativas desse período eram concentradas na cidade do Rio de Janeiro, capital do império; existiam poucos profissionais médicos atuando no país; os farmacêuticos (boticários) se proliferavam pelo país e atuavam medicando a população com base em conhecimentos tradicionais; e as iniciativas de saúde pública se limitavam ao controle de saúde nos portos e navios, bem como à criação de juntas de saúde pública (POLIGNANO, 2001; BRAVO, 2013).

Durante a República Velha, entre 1889 e 1930, o país passava por um período caótico no que se refere às condições de saúde, pois havia a disseminação de doenças graves, tais como febre amarela, varíola, hepatite, entre outras, que causaram impactos na saúde da população e na economia, uma vez que os navios estrangeiros se recusavam a aportar nos portos brasileiros por conta da saúde precária. Nesse período, as condições de saneamento eram frágeis e os índices de mortalidade bastante elevados (BRAVO, 2013).

Diante desse cenário desfavorável, as respostas do Estado foram dadas através de um amplo programa de obras públicas para remodelar o Rio de Janeiro, tendo em vista alcançar padrões mais satisfatórios de saneamento (BRAVO, 2013). O Estado também atuou na realização de campanhas sanitárias, lideradas por Oswaldo Cruz, que propunham erradicar as epidemias de febre amarela e varíola. Tais campanhas utilizavam a autoridade e a força como mecanismos de ação, o que acabou causando revolta na população. Embora permeadas de arbitrariedades, as campanhas conseguiram resultados positivos no controle das epidemias (POLIGNANO, 2001).

Com base no exposto até aqui, depreende-se que, no Brasil, entre os séculos XVIII e XIX, a questão saúde se concentrava na assistência médica prestada por profissionais liberais e entidades filantrópicas. Nesse período, a intervenção do Estado era pontual e voltada para a realização de campanhas limitadas. De acordo com Bravo (2008), pode-se afirmar que a saúde entrou de fato na agenda do Estado a partir da década de 1930, pois foi nessa época que a questão social passou a ser vista como legítima e alvo da intervenção estatal através de políticas sociais. Havia ênfase nas campanhas sanitárias e no combate de endemias, principalmente, febre amarela e malária:

as medidas de saúde pública reduziram-se a soluções imediatistas para os agudos problemas, que poderiam comprometer o processo de acumulação na cafeicultura, ou tentativas de respostas aos quadros calamitosos de epidemia, que alcançavam pressões políticas. Entre estas medidas, destacavam-se as campanhas (contra a febre amarela, peste bubônica, varíola), a notificação de doenças, a vacinação obrigatória e a vigilância epidemiológica (BRAVO, 2013, p. 118-119).

Analisando a citação acima, percebe-se que as medidas referentes à questão saúde tomadas pelo Estado, nesse período, estavam intrinsicamente relacionadas à economia exportadora, com o objetivo de controlar as doenças que poderiam prejudicá-la. Por conta disso, as medidas de saúde se concentravam primeiro nas grandes cidades brasileiras, onde as condições de saúde eram bem mais precárias que as do campo e as epidemias de doenças mais frequentes. As campanhas de controle de doenças se deslocaram gradativamente para o campo, a partir dos resultados obtidos nas cidades (POLIGNANO, 2001; BRAVO, 2013).

Para além das campanhas sanitárias, é importante ressaltar que, no início do século XX, a política de saúde não era considerada um direito de todos, pois dava ênfase ao atendimento dos problemas de saúde dos indivíduos que estavam inseridos no mercado de trabalho. Tal fato pode ser constatado, como já apontado no capítulo anterior, quando se observa o processo de estruturação das primeiras iniciativas de proteção social como, por exemplo, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criados para dar cobertura apenas aos trabalhadores urbanos que eram contribuintes e com uma medicina curativa, individualizada e focada nas questões que envolviam o processo doença-trabalho (SOUSA, 2014).

A economia exportadora, principalmente do café, e o acúmulo proveniente da mesma, possibilitou que o Brasil galsse os primeiros passos em direção à industrialização no início do século XX, com destaque para Rio de Janeiro e São Paulo. O processo de industrialização foi acompanhado de um rápido crescimento da urbanização, com o crescimento da população

advinda do campo e, principalmente, de outros países para compor a mão de obra necessária à industrialização (POLIGNANO, 2001).

De acordo com Singer *et al.* (1978), citado por Bravo (2013), o êxito do acúmulo capitalista dependia em grande parte das condições de saúde da população e, mais especificamente, dos trabalhadores, uma vez que as más condições de higiene acarretavam a proliferação de doenças e epidemias que afetavam diretamente a produção das indústrias. Ademais, as péssimas condições de saúde poderiam abrir espaço para revoltas lideradas pelos trabalhadores.

Polignano (2001) afirma que os imigrantes europeus que vieram para o Brasil, no início do século XX, trouxeram a experiência do movimento operário ocorrido na Europa, que obteve êxito na conquista de direitos trabalhistas. O autor pontua que os operários que atuavam no Brasil, no período, não tinham garantias trabalhistas mínimas, tais como jornada de trabalho definida e férias, dentre outras. O movimento operário brasileiro passou, então, a questionar a desproteção ao trabalhador, bem como reivindicar melhores condições de vida e de trabalho. Foram realizadas duas grandes greves gerais nesse período, em 1917 e 1919, o que possibilitou a conquista de alguns direitos sociais, uma vez que a manutenção do *status quo* era essencial para a produção e a acumulação capitalistas.

Nesse cenário, conforme apontado anteriormente, em janeiro de 1923, houve a aprovação da Lei federal Eloy Chaves, considerada a base do sistema de previdência social brasileiro, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), voltadas para os trabalhadores urbanos, organizadas por empresas e financiadas por elas mesmas, pela União e pelos trabalhadores. Essas Caixas previam benefícios, de acordo com as contribuições, relacionados à doença, aposentadoria, pensão por morte para os dependentes e auxílio funeral (SILVA, 2013).

Bravo (2013) destaca que a criação das CAPs era feita pelas empresas e nem todas tinham condições para tal. Ademais, o poder de mobilização dos trabalhadores também contribuía para sua criação. Os benefícios previdenciários das Caixas, em um primeiro momento, só foram conseguidos pelos trabalhadores de algumas empresas, bem como por algumas categorias, tais como ferroviários, estivadores e marítimos. Com isso, “a maior parte dos assalariados estava excluída, precisando recorrer, para assistência médica, à precariedade dos serviços filantrópicos e públicos, aos profissionais liberais ou às formas de medicina popular” (BRAVO, 2013, p. 123).

Retomando a discussão do capítulo anterior, na década de 1930, houve a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que tinham o objetivo de estender os benefícios

“previdenciários” para uma parcela maior de trabalhadores urbanos. Diferente das CAPs, os IAPs eram organizados por categorias profissionais. Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadorias e Pensões, da categoria dos marítimos, e previa aposentadoria, pensão por morte, assistência médica e hospitalar e assistência farmacêutica (POLIGNANO, 2001).

É importante apontar que a criação dos IAPs serviu como um mecanismo de controle sobre a classe trabalhadora, tendo em vista antecipar possíveis reivindicações. Além disso, teve um importante papel na acumulação financeira do Estado e no desenvolvimento econômico, uma vez que a previdência tinha “uma ponderável taxa de excedente, utilizada para os projetos centrais do governo, como o apoio à industrialização” (BRAVO, 2013, p. 135).

A partir da década de 1940, o capitalismo monopolista começou a ganhar força no Brasil, com a crescente intervenção do Estado na economia a fim de alavancar a industrialização e o desenvolvimento econômico do país. Com isso, houve um aumento expressivo de trabalhadores nas grandes cidades e, conseqüentemente, aumento das pressões e reivindicações deles por ampliação de direitos. Assim, o Estado aumentou os gastos nos setores da área social, ampliando a educação e a previdência social, bem como intensificando o combate às endemias (BRAVO, 2013).

Na década de 1950, a saúde pública teve a extensão do atendimento ampliada e experimentou uma maior centralização administrativa. O Ministério da Saúde foi criado em 1953 e, embora não tenha havido grandes mudanças estruturais, houve a ampliação do atendimento de doenças. Houve também ampliação das atividades de educação sanitária, saneamento e combate às doenças transmissíveis, desenvolvidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado durante a Segunda Guerra Mundial em parceria com o governo americano. Em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNER) foi criado, sendo responsável pelos serviços de combate à febre amarela, malária e peste (BRAVO, 2013).

A partir de meados da década de 1950, após a morte de Getúlio Vargas, o Estado passou a adotar uma política econômica que privilegiava a indústria estrangeira e os grandes capitais. Nesse período, a política econômica teve mais destaque em detrimento da política social e, mais especificamente, a política de saúde foi intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento econômico, isto é, na visão dos defensores do desenvolvimentismo, a melhoria nos índices de pobreza acarretava melhoria no nível de saúde do país. Por esse motivo, a política econômica deveria ter prioridade na agenda do Estado (SILVA, 2013).

Percebe-se que, desde as primeiras iniciativas de política de saúde, a partir de 1930, o setor se dividiu em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. O subsetor de medicina previdenciária era bastante tímido e não alcançava a totalidade dos trabalhadores,

tendo ações voltadas para a assistência médico-hospitalar e farmacêutica, priorizando a medicina curativa. Já o subsetor de saúde pública priorizava, basicamente, as campanhas sanitárias, não havendo assistência médica universal para a população em situação de adoecimento (SILVA, 2013).

A partir de 1964, ano em que se iniciou a ditadura militar, a questão saúde passou, cada vez mais, a incorporar os ideais de acumulação do capitalismo, privilegiando o setor privado. Durante a ditadura militar, a medicina curativa deu o tom para as práticas em saúde, a medicina previdenciária foi expandida e houve a “articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar” (BRAVO, 2008, p. 07).

A instauração da ditadura militar, em 1964, representou a rearticulação da classe burguesa em torno de um projeto de internacionalização da economia brasileira, contrário ao populismo. Ademais, havia a preocupação com o crescimento do comunismo e do socialismo, que colocavam em risco os interesses do grande capital. Nesse período, o Estado era centralizador (POLIGNANO, 2001).

De acordo com Bravo (2013), durante a ditadura militar, o Estado executou ações que alternavam repressão e assistência. Uma vez que a repressão não era suficiente para justificar e garantir a legitimidade do regime, as políticas sociais foram ampliadas para garantir o apoio da sociedade. As políticas sociais ampliadas serviam para o Estado regular a sociedade, aplacar as tensões e manter a ordem, bem como convinha para a acumulação capitalista.

Conforme apontado no capítulo anterior, uma das principais estratégias utilizadas pelo regime ditatorial foi a unificação da Previdência Social com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, que juntou todos os IAPs existentes na época. Destaca-se que os IAPs eram organizados por categorias profissionais, dependiam muito do poder de mobilização e organização de cada categoria e não atendiam à totalidade dos trabalhadores. Com base nisso, o regime objetivou estender a cobertura dos benefícios previdenciários para todos os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada (POLIGNANO, 2001).

Bravo (2008) argumenta que a unificação da previdência social, em 1966, expôs a característica de crescimento da intervenção estatal na regulação da vida social no período do regime ditatorial. Ao mesmo tempo, a nova organização da previdência afastou os trabalhadores da gestão dos benefícios, atribuindo-lhes apenas a obrigação de contribuir/financiar de acordo com o salário.

A assistência médica aos trabalhadores, além das aposentadorias e pensões, já era um dos benefícios previdenciários ofertados pelos IAPs, que pouco terceirizavam os serviços

médicos e possuíam serviços e hospitais próprios. Com a unificação do sistema de previdência, coube ao governo militar garantir e estender a assistência médica a todos os trabalhadores. Porém, de acordo com Polignano (2001), o governo militar considerou o sistema médico-previdenciário vigente na época incapaz de atender o crescente número de beneficiários. Com isso, a opção escolhida foi direcionar os recursos para a iniciativa privada, estabelecendo convênios e parcerias com médicos e hospitais que eram pagos pelos serviços de saúde prestados aos trabalhadores.

Com a reestruturação do sistema previdenciário brasileiro, o subsetor de medicina previdenciária se destacou em relação ao subsetor de saúde pública. O estabelecimento de parcerias com a iniciativa privada proporcionou a crescente capitalização dos grupos empresariais, havendo também a expansão em grande escala das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, por conta do aumento do consumo. Estabeleceu-se, portanto, um forte complexo médico-industrial (POLIGNANO, 2001; BRAVO, 2008).

De acordo com Bravo (2013), a rede de atendimento médico da iniciativa privada começou a ser montada a partir de 1950, embora fosse pouco expressiva. Porém, a partir de 1964, essa situação mudou por conta do claro favorecimento do setor privado por parte do governo militar. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrando o sistema previdenciário do Ministério do Trabalho. No mesmo período, foi criado pelo Estado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que “proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados” (POLIGNANO, 2001, p. 15).

Por conta do crescimento da medicina previdenciária, em 1977, foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) que redefiniram o desenho institucional do sistema previdenciário brasileiro. Assim, a gestão da assistência médica dos beneficiários ficou sob a responsabilidade do INAMPS, a gestão financeira sob a responsabilidade do IAPAS, e a gestão dos demais benefícios previdenciários ficou a cargo do INPS.

Com relação à saúde pública, no período da ditadura militar, houve a promulgação do Decreto Lei 200 (1967), que estabeleceu as competências do Ministério da Saúde, tais como: formulação e coordenação da política nacional de saúde; controle de medicamentos e alimentos; desenvolvimento de ações preventivas e de pesquisa na área médico-sanitária. Em 1970, houve a criação da Superintendência de Companhias da Saúde Pública (SUCAM), responsável pelas atividades de controle de doenças endêmicas.

Em 1975, houve a instituição do Sistema Nacional de Saúde que estabelecia os campos de ação dos serviços de saúde do setor público e do setor privado, no que se referia ao desenvolvimento de atividades voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. No documento que instituía tal sistema, a questão saúde foi subdividida entre a medicina preventiva, de responsabilidade do Ministério da Saúde, e a medicina curativa, de responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, reforçando, portanto, a dualidade já presente naquele contexto (POLIGNANO, 2001; SILVA, 2013).

É importante apontar que, apesar da definição de competências estabelecida com a criação do Sistema Nacional de Saúde, o governo, em nível federal, diminuiu a porcentagem do orçamento destinada para o Ministério da Saúde. Isso acarretou o enfraquecimento da capacidade operacional do referido ministério, que não detinha condições suficientes para executar as ações de prevenção em saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). De acordo com Polignano (2001), a diminuição dos recursos para o Ministério da Saúde representou, na prática, a opção do governo ditatorial pela medicina curativa que tinha o financiamento garantido pelas contribuições dos trabalhadores e empregadores para o INPS, bem como movimentava mais os serviços da iniciativa privada.

Retomando o que foi apontado no capítulo anterior, a partir de meados da década de 1970, o chamado “milagre econômico brasileiro” entrou em crise. Cumpre destacar que o elevado crescimento econômico presenciado desde o final da década de 1960, por conta da abertura para o capital estrangeiro, não beneficiou grande parte da população brasileira. Houve o acirramento da concentração de renda, aumentando os níveis de desigualdade da população, o aumento de preços, a diminuição do poder de compra do salário mínimo e crise nos serviços públicos de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Com a crise internacional do petróleo, a partir de 1974, houve a diminuição considerável da entrada do capital estrangeiro no Brasil, que impactou o seu ritmo de crescimento. O modelo econômico posto em prática pela ditadura militar entrou em crise, houve o agravamento das expressões da questão social, tais como desemprego e aumento no índice de mortalidade infantil (POLIGNANO, 2001).

No que se refere à política de saúde, o período de crise deixou evidentes as consequências do favorecimento do modelo de saúde previdenciário e da medicina curativa, uma vez que tal subsetor se mostrou insuficiente para atender e solucionar os problemas de saúde da população que se agravaram. Ademais, houve diminuição das receitas do sistema previdenciário e crescimento da população excluída de tal sistema, que não tinha trabalho formal com carteira assinada e, conseqüentemente, não contribuía, ficando sem acesso à

medicina previdenciária. Nesse período, houve também desvio de recursos do sistema previdenciário, bem como o não repasse de recursos da União para tal sistema, o que levou a uma crise do modelo de saúde previdenciário proposto (SILVA, 2013).

Diante desse contexto de crise e de agravamento das expressões da questão social, houve, no referido período, a ampliação das tensões sociais que culminou na crescente mobilização da população em prol de mudanças na estrutura política do país, bem como a favor da ampliação de direitos sociais, incluindo o campo da saúde.

De acordo com Paiva e Teixeira (2014), na década de 1970, foram realizados diversos estudos em escala continental que tinham como objetivo diagnosticar a situação de saúde da população. Tais estudos apontavam um cenário preocupante, com pouca cobertura de serviços assistenciais de saúde e a proliferação de diversas endemias que eram consequências das más condições de vida da população. Como solução, foi apontada a necessidade de planejar ações de saúde que combinassem a prevenção e a assistência curativa, bem como a necessidade de investir em pesquisas para obter informações concretas e o investimento na formação e na capacitação dos recursos humanos que atuavam na saúde. Além disso, os relatórios diagnósticos criticavam as intervenções centradas apenas na doença e o modelo de medicina curativo e hospitalocêntrico.

A partir dos diagnósticos internacionais sobre a situação de saúde da população mundial, na Conferência de Alma-Ata em 1978, foram estabelecidas propostas para se atingirem melhores condições de saúde nos países. Nessa conferência, foi enfatizado que a saúde não pode ser vista de maneira simplista, isto é, só como ausência de doença física/biológica, uma vez que envolve as dimensões física, mental e social do ser humano. Ademais, foi reconhecido que o completo bem-estar da população em termos de saúde só pode ser alcançado com o desenvolvimento de ações conjuntas que extrapolem o setor da política de saúde e envolva as políticas sociais e econômicas.

Esse debate acerca da saúde também ocorreu no Brasil, em um contexto marcado por transformações políticas e sociais, uma vez que acontecia a gradual abertura democrática do país. Algumas mudanças que ocorreram nesse período foram: “eleições para o Senado (1974, 1976 e 1978), o abrandamento da censura (1975 e 1979), a lei da anistia (1979), a volta ao pluripartidarismo e o fim do AI-5 (1979)” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 20). Em 1976, houve a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e, em 1979, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), duas instituições importantes que possibilitaram o aprofundamento do debate em relação à concepção ampliada de saúde.

É importante apontar que, desde a estruturação da medicina preventiva, já havia profissionais da saúde com visões mais progressistas que defendiam um sistema de saúde mais amplo e democrático (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Alguns desses profissionais, de posição contrária ao regime, tiveram acesso a cargos administrativos nas agências estatais e passaram a desenvolver algumas ações orientadas por essa visão mais progressista de saúde. Assim, em 1976, foi lançado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que tinha como objetivo expandir a rede de atenção primária à saúde para as cidades mais distantes dos grandes centros urbanos, aumentando a cobertura dos serviços médicos e descentralizando-a.

No mesmo período, foi criado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS), que era voltado para a formação e capacitação de recursos humanos na área da saúde. De acordo com Paiva e Teixeira (2014), essas duas iniciativas demonstravam uma aproximação da política de saúde do Brasil com as proposições da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Em 1979, foi realizado o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, que reuniu proposições dos profissionais da saúde com visões mais progressistas, tais como saúde como direito social, reconhecimento dos diversos determinantes da saúde, descentralização do sistema de saúde e participação e controle da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1983, foi criado um conjunto de medidas denominado Ações Integradas de Saúde (AIS) que envolvia os ministérios de previdência, saúde e educação e tinha o objetivo de ampliar o setor público, desenvolver ações integradas de saúde curativa, preventiva e educativa, bem como reduzir os gastos com os contratos de parcerias com a iniciativa privada (POLIGNANO, 2001). Esse conjunto de medidas também foi proposição de lideranças do Movimento de Reforma Sanitária.

No Brasil, em meados da década de 1980, a saúde assumiu uma dimensão mais política vinculada à democracia, pois o contexto era de redemocratização do país, após o fim de uma ditadura militar. Nesse período, houve o fortalecimento da proposta de Reforma Sanitária, vinda da sociedade civil, com a participação dos profissionais de saúde, do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), dos partidos políticos de oposição e dos movimentos sociais, que defendiam a universalização das políticas sociais, a garantia dos direitos sociais, uma concepção mais ampla de saúde que ultrapassasse os aspectos físicos e biológicos da doença, considerando também os aspectos sociais e culturais, bem como as condições de vida da população (BRAVO, 2008). De acordo com Mendes (1994),

a Reforma Sanitária pode ser conceituada como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade [...], criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1994, p. 42).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília - Distrito Federal e levando em consideração os ideais da Reforma Sanitária, foi um fato marcante e fundamental para a discussão da questão saúde no Brasil, tendo como principais eixos: a Saúde como um direito universal, de todo ser humano, a criação de um Sistema de Saúde que se estendesse a todo território brasileiro e, ainda, o financiamento da política de saúde (BRAVO, 2008). A descentralização das discussões foi um fator decisivo nesse processo de ampliação da questão saúde, pois o debate não se concentrou apenas entre os técnicos, ou seja, outros atores participaram, tais como: partidos políticos, sindicatos, representantes da população, entre outros, assegurando uma dimensão mais política.

As mudanças e recomendações propostas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde foram levadas para discussão na Assembleia Constituinte, realizada entre os anos de 1987 e 1988, caracterizada como um dos marcos do processo de transição democrática, período em que o país saía de um regime ditatorial e visualizava novos rumos pautados na democracia. Assim, em 1988, a nova Constituição Federal, considerada como “constituição cidadã”, introduziu, no cenário brasileiro, a política de saúde como um direito de todos e um dever do Estado, instituindo o atual Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar da mobilização em torno da concretização dos ideais da Reforma Sanitária, Bravo (2008) afirma que, ainda no final da década de 1980, o movimento perdeu espaço no cenário político. Para a referida autora, “a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, a tensão com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular [...] e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma” (BRAVO, 2008, p. 12) foram alguns dos fatores que contribuíram para seu enfraquecimento.

Em 1990, o SUS foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.080, datada de 19 de setembro de 1990, sendo considerado como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a, art. 4º). A referida lei estabeleceu o modelo operacional do SUS, a sua forma de organização e funcionamento, bem como as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulando em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde de caráter público e privado (BRASIL,

1990a). Previu também a descentralização político-administrativa das ações e serviços que devem ser desenvolvidos pelos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, regionalizando e hierarquizando em níveis crescentes de complexidade, enfatizando a descentralização dos serviços para a esfera municipal.

A descentralização das decisões políticas e administrativas dos serviços de saúde implica que cada esfera de governo (nacional, estadual e municipal) tenha responsabilidades definidas, detendo maior autonomia para atuar no planejamento e execução de ações e serviços de saúde. A Lei Orgânica da Saúde prevê que tal descentralização deve ocorrer principalmente no nível municipal, pois “tem como propósito promover a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de resposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade” (NORONHA *et al.*, 2008, p. 440). Ao longo dos anos, foram publicadas várias portarias com o objetivo de coordenar o processo de descentralização da saúde no país, sendo as principais: Normas Operacionais Básicas do SUS – NOB/SUS (1991, 1992, 1993, 1996); Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (2001, 2002); Pacto pela Saúde (2006).

A organização dos serviços do Sistema Único de Saúde deve ocorrer observando alguns princípios norteadores que também são provenientes dos ideais da Reforma Sanitária. Dentre eles, destaca-se: a) universalidade: os serviços de saúde devem ser acessíveis a todos os cidadãos, do mais pobre ao mais rico, sem distinções; b) integralidade: as ações e serviços devem articular as dimensões curativas e preventivas, individuais e coletivas, levando em consideração os múltiplos aspectos que envolvem a saúde em uma perspectiva de totalidade; c) participação da comunidade: os cidadãos têm o direito de participar ativamente das discussões, do planejamento e da fiscalização das questões de saúde da nação, através dos conselhos e conferências de saúde; d) descentralização político-administrativa: os serviços de saúde devem ser descentralizados para os municípios, regionalizando-os e hierarquizando-os, a fim de proporcionar uma maior cobertura dos problemas de saúde da população de um determinado território. Ademais, é importante ressaltar que a iniciativa privada pode participar do SUS de maneira complementar (BRASIL, 1990a).

Dentre os objetivos e atribuições do SUS, estão a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, os quais preveem a alimentação, a moradia, o saneamento básico, a educação, o trabalho, a renda, entre outros; ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde; vigilância sanitária, epidemiológica, nutricional; ações voltadas para a melhoria do meio ambiente, entre outros (BRASIL, 1990a).

O SUS organiza os seus serviços em níveis de complexidade, hierarquizando as ações, tendo em vista otimizar o atendimento à população, tornando-o mais eficaz e eficiente. Nesse sentido, são definidos três níveis: atenção básica, média e alta complexidade. Embora estejam definidos dessa forma, os três níveis não podem atuar isoladamente e devem organizar as suas ações com o objetivo de alcançar a integralidade da saúde do indivíduo, com ações preventivas e curativas, levando em consideração os aspectos condicionantes e determinantes envolvidos no processo saúde x doença.

A atenção básica é orientada pela Política Nacional de Atenção Básica, cuja versão mais recente está na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece diretrizes e normas para a organização dos serviços. Esse nível é considerado a “porta de entrada” do SUS e nele estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas para atender as demandas da população em um dado território. São ofertados serviços menos complexos e mais baratos, como vacinas, curativos, marcação de consultas e exames, para atender os problemas de saúde mais comuns e simples. A Saúde da Família é considerada a principal estratégia para consolidar a atenção básica.

Quanto à média complexidade, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) a define como um conjunto de ações e serviços que oferecem atendimento aos problemas de saúde da população que requerem profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnóstico e apoio no tratamento. Nesse nível, estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), as clínicas e os hospitais-escola, onde são realizados serviços de cirurgias ambulatoriais especializadas, exames de ultrassonografia, fisioterapia, próteses e órteses.

A alta complexidade é definida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) como um conjunto de procedimentos que tem alto custo financeiro e envolve alta tecnologia para assegurar à população serviços qualificados que atendam inúmeras situações de doenças e agravos mais complexos, inclusive com risco à vida. Nesse nível, estão os hospitais de grande porte, que disponibilizam procedimentos, como diálise, cirurgia cardiovascular, assistência ao paciente oncológico, cirurgia bariátrica, reprodução assistida, entre outros.

Outra normativa de fundamental importância para a regulamentação do SUS no Brasil é a Lei Federal nº 8.142, datada de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre as formas de participação da comunidade na gestão do SUS, bem como sobre a transferência de recursos financeiros para a área da saúde, determinando os requisitos necessários para que estados, municípios e o Distrito Federal possam receber os recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde. Segundo essa determinação, os requisitos são: possuir Fundo de Saúde, Conselho de

Saúde, plano de saúde, relatórios de gestão e contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento (BRASIL, 1990b).

No que se refere à participação da comunidade, a lei acima citada preconiza duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde deve ocorrer a cada quatro anos com o objetivo de avaliar a situação de saúde do país, bem como propor novas linhas de ação para a política de saúde. Para tal intento, deve contar com a participação de diversos segmentos da sociedade civil, sendo a participação dos usuários paritária à dos outros segmentos (BRASIL, 1990b).

É importante ressaltar que os municípios e os estados também devem realizar as suas conferências (bienalmente e a cada quatro anos, respectivamente), pois assim as discussões da saúde na Conferência Nacional estarão baseadas na realidade concreta do que está acontecendo em cada nível da política de saúde.

Já o Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, sendo que os últimos devem ter representação paritária em relação aos demais. Além disso, tem caráter permanente e deliberativo, devendo atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 1990b).

De acordo com a definição acima, pode-se afirmar que,

na formulação de políticas, a atuação dos conselhos deve ser propositiva, interagindo com o gestor do SUS naquela esfera (que tem assento no Conselho de Saúde) e com o Poder Legislativo. Já em relação ao controle da execução das políticas, este deve ser exercido por meio do acompanhamento permanente das ações complementares e sua coerência com os princípios do SUS e as necessidades de saúde da população (NORONHA *et al.*, 2008, p. 452).

Nesse contexto de proposições para a ampliação do direito à saúde, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Tal programa tinha como objetivo a prevenção de doenças por meio de prestação de informações e orientações sobre cuidados de saúde. As ações do referido programa deveriam ser realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a proposta era focar na população de comunidades determinadas, a fim de estabelecer uma maior proximidade entre essa população e os serviços de saúde, ampliando a atenção básica (BATISTA, 2015).

Em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde enquanto política nacional de atenção básica em saúde no Brasil. Posteriormente entendida

como principal estratégia de atenção básica, visava a uma nova forma de organização da saúde, com foco no território, na família e na promoção de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF), vigente até os dias atuais, é considerada a porta de entrada do SUS e conta com equipes profissionais formadas, no mínimo, por médico da família, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde.

No ano 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pela regulação, normatização e fiscalização dos planos privados de saúde, tendo em vista a defesa dos direitos dos consumidores na relação com as prestadoras de serviços suplementares.

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização, também conhecida como “HumanizaSUS”, que tem como objetivo qualificar a atenção em saúde no SUS através do fortalecimento da comunicação entre os gestores, os trabalhadores e os usuários da política, a fim de romper com a clássica hierarquia presente na referida área e corresponsabilizar todos esses atores pelo cuidado em saúde.

Em 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, que apresentou um conjunto de reformas nas relações institucionais entre os três entes de governo, inclusive quanto ao financiamento, tendo em vista aprimorar o SUS. Divide-se em três: Pacto pela Vida, que se constitui em medidas ajustadas para melhorar a situação de saúde da população brasileira; Pacto em Defesa do SUS, ações que visam aproximar os cidadãos da política, assegurando a perspectiva da saúde enquanto direito; e Pacto de Gestão, em que são defendidos os processos de regionalização e descentralização.

No ano de 2008, houve a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que agregaram profissionais de distintas especialidades para ampliar as ações de Atenção Básica em Saúde, desenvolvida pela Estratégia Saúde da Família, reforçando, assim, a regionalização e a territorialização da política. De acordo com Campos (2013, p. 9), “a ESF continua sendo a porta de entrada para o sistema, sendo o NASF referência para o apoio multiprofissional. A intervenção do NASF deve priorizar o apoio matricial às equipes da ESF, mas também as intervenções coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento”.

Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, no âmbito do SUS. Trata-se de um conjunto de ações que visa garantir uma rede humanizada de cuidados às mulheres, referentes ao planejamento reprodutivo, à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como às crianças, no momento do nascimento e no acompanhamento do crescimento de zero a dois anos de idade.

Após essa breve retrospectiva de algumas das principais ações desenvolvidas no âmbito da política de saúde no período pós-Constituição de 1988, pode-se reafirmar que a saúde é uma

das políticas públicas que mais têm visibilidade, avançando principalmente no que diz respeito aos aspectos constitucionais e legais. Porém, para além dos avanços na legislação, o que se percebe é uma diferenciação entre o “SUS legal” e o “SUS real”. Tal fato ocorre, principalmente, por conta de um contexto neoliberal que tem impactado diretamente o âmbito das políticas sociais contemporâneas, que pautam suas propostas levando em consideração os princípios de “seletividade e focalização das ações públicas sobre os segmentos mais necessitados da população, de ruptura com compromissos de gratuidade e de privatização dos serviços destinados às camadas mais aquinhoadas da população” (DRAIBE, 1993, p. 98). O neoliberalismo vai exatamente contra os princípios que orientam a política de saúde no Brasil, expressos a partir da Constituição de 1988.

De acordo com Behring (2009), as ideias neoliberais surgiram a partir dos anos de 1970 por conta de uma forte onda de estagnação que abalou os países capitalistas, ocasião em que os detentores do capital reagiram propondo medidas que atingiam principalmente os direitos trabalhistas e sociais conquistados em período anterior. Diante disso, o que se percebe é uma política de redirecionamento do “fundo público como um pressuposto geral das condições de produção e reprodução do capital, diminuindo sua alocação e impacto junto às demandas do trabalho, ainda que isso implique em desproteção e barbarização da vida social” (BEHRING, 2009, p. 46).

Nesse sentido, houve o surgimento de estabelecimentos privados, impregnando na sociedade a lógica de que só aquilo que é pago pode ter alta qualidade. Isso faz surgir um mix público-privado, onde aqueles que podem pagar se voltam para a rede privada, enquanto aqueles que não podem têm que recorrer aos serviços públicos de saúde, enfrentando diversos obstáculos até conseguir um atendimento para sua demanda. De acordo com Mamede (2009), pode-se afirmar que existe

uma cidadania diferenciada aos que podem pagar pelos serviços e aos que não podem. Os primeiros, na sua maioria, são assistidos pelos planos privados de saúde com melhor padrão de qualidade, no que diz respeito à média e baixa complexidade; na alta complexidade, muitas vezes recorrem ao SUS, em virtude da não-autorização dos planos privados. Aos que não podem pagar pelos serviços, a tendência é que sejam ofertados programas focalizados, fragmentados e seletivos para atendimento ‘aos pobres’, com baixo padrão de qualidade (MAMEDE, 2009, p. 100).

Outra característica do neoliberalismo diz respeito à descentralização das políticas sociais que, de acordo com Behring (2009), pode ser compreendida em duas direções, a saber: o repasse de responsabilidades para os municípios e a crescente ênfase na sociedade civil,

chamando-a para também assumir as responsabilidades com as demandas sociais em nome da solidariedade; é o caso das Organizações Não Governamentais (ONGs).

A descentralização da Política de Saúde para os municípios foi estabelecida alegando-se que proporcionaria maior eficácia no atendimento das questões de saúde, tendo em vista que as ações e serviços seriam voltados para a população de um determinado território, priorizando, assim, as particularidades. Porém, em um território tão grande como o brasileiro, há disparidades entre os municípios, que não possuem a mesma capacidade, principalmente financeira, de estruturar serviços de saúde de qualidade para os seus cidadãos, pois, conforme Arretche (2000, p. 25), “a existência de políticas sociais supõe a institucionalização de capacidade técnica (financeira, administrativa e de recursos humanos) para garantir uma relativa continuidade no fluxo de oferta de um dado bem ou serviço”. Assim, o que se observa na realidade concreta é o crescente movimento da população para os grandes centros urbanos em busca de resolução para as suas necessidades de saúde.

Na conjuntura brasileira mais recente, a política de saúde tem sido vítima de ataques constantes. É apregoado, principalmente pelos representantes dos setores econômicos dominantes, que o tamanho do SUS precisa ser revisto por conta da incapacidade financeira do Estado de arcar com a universalidade prevista na Constituição de 1988. Nessa visão, os problemas atuais do SUS, tais como superlotação dos hospitais, falta de recursos materiais e humanos e demora na oferta de alguns serviços da política para a população, são decorrentes da abertura universal do sistema que alcança aqueles que, supostamente, poderiam pagar por planos privados de saúde. Percebe-se, mais uma vez, que, no neoliberalismo, o mercado é entendido e divulgado como o setor que não falha e onde os serviços são eficazes, enquanto o Estado é visto como incapaz de gerir e garantir o acesso da população aos bens e serviços das políticas sociais. Como apontam Vieira e Benevides (2016, p. 14),

a inclinação pró-mercado de assistência à saúde não é sequer disfarçada nos pronunciamentos e decisões do atual ministro da Saúde, que já se manifestou sobre a necessidade, em sua opinião, de reduzir o tamanho do SUS. Nesse sentido, a nova gestão do MS decidiu sobre a criação de um grupo de trabalho para elaborar uma proposta de oferta de planos de saúde privados acessíveis.

Por fim, aponta-se que, em dezembro de 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional 95, proposta pelo governo federal, com o objetivo de limitar os gastos do governo por vinte anos para reequilibrar as contas públicas, delineando, assim, um Novo Regime Fiscal (NRF). Nesse novo regime, o teto fixado para os gastos públicos com as despesas primárias, entre elas a saúde e a educação, corresponde ao orçamento do ano anterior acrescido da inflação,

desvinculando as despesas das receitas. Isso significa que, na proposição do orçamento para o ano de 2018, não deveria ser levado em consideração o real crescimento da economia, do Produto Interno Bruto (PIB), no ano de 2017. Para a política de saúde, o impacto será a redução dos gastos públicos com saúde e o aprofundamento do sucateamento dos bens e serviços da referida política, atingindo diretamente a população. Vieira e Benevides (2016, p. 21) apontam que

com a EC 95, os recursos que deixarão de ser obrigatoriamente aplicados em saúde são significativos, chegando a mais de R\$ 400 bilhões em vinte anos, no cenário de crescimento da economia de 2% ao ano. A redução dos recursos garantidos para o sistema público de saúde ocasionará constrangimentos ainda maiores que os atuais para a oferta de bens e serviços de saúde à população brasileira, em um contexto de crescimento populacional e de envelhecimento da estrutura etária, com aumento esperado dos custos da assistência à saúde.

Com base no exposto até aqui, percebe-se que há ainda um longo caminho para materializar de fato os avanços legais conquistados pela Política de Saúde, principalmente em um contexto de constantes disputas entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária, onde o primeiro busca a participação do Estado para assegurar sua reprodução, apregoando a intervenção estatal mínima no âmbito social e o fortalecimento da rede privada de saúde, e o segundo busca garantir que a verba pública seja usada para garantir a universalidade da saúde, bem como a sua concepção ampliada. Ademais, a conjuntura presente é de fortalecimento do projeto privatista, com constantes ataques à saúde enquanto direito social universal, assegurada pela Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, a intersetorialidade entre políticas públicas é uma importante perspectiva que deve ser levada em consideração nessa arena de disputas onde, infelizmente, os interesses do capital detêm a hegemonia.

### 3.2.2 A política de saúde e a perspectiva da intersetorialidade

Ao longo do tópico anterior foi possível perceber a relação histórica no Brasil, permeada de tensões, entre a saúde como direito de todos e a saúde como direito de alguns. Por muitos anos, a saúde esteve fortemente vinculada ao trabalho, sendo que as primeiras iniciativas de cobertura em casos de doença eram voltadas para algumas categorias de trabalhadores que tinham vínculo formal com as empresas, com carteira assinada. Portanto, nesse período, a saúde era direito de alguns trabalhadores. Os demais trabalhadores e a parte da população não inserida no mercado de trabalho tinham que recorrer, basicamente, à filantropia e às práticas de

curandeiros. Ademais, cabe ressaltar que as iniciativas de saúde, nesse contexto, eram voltadas para a medicina curativa, centrada apenas nos determinantes biológicos da doença.

O reconhecimento da importância da categoria intersectorialidade na área da saúde só é possível a partir da ampliação do debate e do entendimento acerca dos fatores envolvidos no processo saúde-doença, isto é, a partir do reconhecimento de que os determinantes sociais têm influência direta no adoecimento da população, bem como na ausência de doenças (BATISTA, 2015).

De acordo com Andrade (2006), a partir do expansivo processo de urbanização acarretado pela revolução industrial, alguns estudiosos e líderes políticos europeus começaram a ampliar o olhar e perceber que a saúde da população estava fortemente relacionada com as condições de moradia, de saneamento, de alimentação, entre outras, em que estava inserida. Ademais, começaram também a questionar a responsabilidade do Estado no tratamento dessas questões.

No século XIX, surgiu, na Europa, o conceito de “Medicina Social” que considerava as condições sociais e econômicas como determinantes no processo de adoecimento. Tal conceito é visto como um dos precursores do entendimento acerca da importância da promoção da saúde, uma vez que defendia a necessidade de o Estado tomar medidas sociais, econômicas e médicas para promover a saúde e, conseqüentemente, combater as doenças. Nesse período, no qual as condições de vida e de saúde dos trabalhadores da indústria eram bastante críticas, foram tomadas algumas medidas para melhorar a estrutura das cidades, a fim de impactar positivamente a saúde dos trabalhadores e aumentar sua capacidade produtiva (ANDRADE, 2006).

A ideia de promoção de saúde está assentada no entendimento de que é imprescindível que o Estado atue para melhorar as condições de vida e de trabalho da população, pois, a partir disso, a incidência de doenças diminuiu consideravelmente. Os primeiros defensores da promoção de saúde acreditavam que eram necessários investimentos na educação para toda a população, incluindo educação em saúde, no lazer, no sistema de saúde, que deveria ser público e universal.

A partir da década de 1970, diversos países passaram a enfrentar crises no setor saúde, influenciadas também pela crise econômica que afetou a maioria dos países nessa época. Com a realização de estudos acerca da situação de saúde da população, surgiram propostas que visavam transformar as políticas de saúde de cada país, enfatizando a atenção primária e a comunidade (ANDRADE, 2006).

Conforme já abordado no item anterior, em 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, na República do Cazaquistão. Como resultado da conferência, foi firmada a Declaração de Alma-Ata que reafirmou a saúde enquanto direito fundamental do ser humano e estabeleceu que o alcance de elevados níveis de saúde deve ser considerado uma meta mundial. Para tanto, a Declaração reconheceu que a materialização dessa meta requer que exista a intersetorialidade entre os diferentes setores que compõem a vida em sociedade, uma vez que o setor saúde é insuficiente para dar respostas eficazes às demandas de um conceito ampliado de saúde, isto é, um conceito que considera os determinantes sociais do processo saúde-doença.

A Declaração de Alma-Ata (1978) afirma que os cuidados primários de saúde “envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Em 1986, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa - Canadá. Na ocasião, foi lançada a Carta de Ottawa, documento que continha intenções e contribuições para que a saúde pública fosse fortalecida e, conseqüentemente, que todos os países alcançassem níveis satisfatórios no que se refere à saúde da população. O conceito de promoção de saúde foi reforçado e houve, também, o reconhecimento da importância da intersetorialidade, uma vez que os determinantes da saúde envolvem diversas dimensões da vida do ser humano. Nesse sentido, “a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Em suma, a saúde não é assegurada apenas pelo setor saúde” (ANDRADE, 2006, p. 79).

No que se refere à realidade brasileira, Abreu (2009) afirma que o debate acerca da temática da intersetorialidade adentra no país a partir das conferências de saúde, nos discursos de gestores e técnicos da área. Assim, na 7ª Conferência Nacional de Saúde, considerada o marco inicial desse debate, em março de 1980, houve alguns apontamentos sobre a intersetorialidade advindos dos gestores, principalmente do então Ministro da Saúde e do representante da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma vez que tal conferência foi esvaziada de participação popular. A intersetorialidade foi apontada como uma estratégia importante para implantar a atenção primária em saúde no Brasil, bem como para superar o

desequilíbrio crescente entre a pouca oferta de serviços, atrelada à falta de profissionais e de recursos financeiros, e o aumento da demanda.

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada um marco na história da saúde brasileira, que contou com a participação de diversos setores da sociedade, e entendia que “para o setor saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária” (ANDRADE, 2006, p. 90).

Embora as discussões da 8ª CNS concluíssem que a questão da saúde é perpassada por diversos condicionantes, não houve referência direta à intersetorialidade. De acordo com Pansini (2011), isso se deve ao fato de que, nesse período, a luta em prol de uma saúde ampliada passou a se concentrar basicamente no setor saúde, uma vez que existiam divergências dentro do próprio Movimento da Reforma Sanitária quanto à concepção de Seguridade Social. Uma parte do movimento temia que a criação de um Ministério da Seguridade Social se tornasse uma ameaça para a construção de um sistema público de saúde fortalecido.

Ainda em 1986, foi instaurada a Plenária Nacional de Saúde (PNS) que reuniu diversas entidades preocupadas em problematizar a questão saúde no Brasil e teve importante atuação no processo de elaboração de propostas para a área na Constituição de 1988, defendendo a saúde como um direito social e a construção de um sistema público e universal para atender à população. A intersetorialidade foi percebida na PNS, pois havia em sua estrutura instituições de diferentes segmentos, além do setor saúde (ABREU, 2009; BATISTA, 2015).

Constata-se que a discussão em âmbito internacional sobre a necessidade de ampliar o conceito de saúde, bem como a necessidade de ações que envolvam outros setores da sociedade além da saúde, também encontrou espaço no Brasil. Assim, em 1988, como resultado de toda a mobilização, foi promulgada a Constituição Federal de 1988 que colocou a saúde como direito universal, de responsabilidade do Estado. Ademais, situou a saúde no tripé da Seguridade Social, junto à previdência e à assistência social, reconhecendo que a proteção integral só é alcançada com ações articuladas entre diversas políticas públicas, entre diversos setores da sociedade (SILVA, 2013). Deste modo, embora não tenha referência direta à intersetorialidade,

a Carta Magna, portanto, baseando-se nas propostas da 8ª CNS e na Declaração de Alma Ata, estabeleceu um novo conceito de saúde que engloba três aspectos principais: 1) um conceito mais abrangente de saúde relacionado a fatores determinantes e condicionantes como o meio físico (condições geográficas, água, habitação, alimentação), o meio econômico e cultural (educação, renda e ocupação), e oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde; 2) legítima o direito universal ao acesso às ações de saúde em todos os níveis

de complexidade, com primazia do Estado em sua garantia, e; 3) institui o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, organizado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, e sob o controle da sociedade, em que os serviços privados, conveniados e contratados passam a ser complementares e subordinados às diretrizes do SUS (BATISTA, 2015, p. 72).

Em que pese o conceito ampliado de saúde presente na Constituição Federal de 1988, a década de 1990 foi permeada por tensões entre as esferas econômica e social. De um lado, havia o acirramento dos ideais neoliberais no Brasil, acompanhado de alta na inflação, recessão, queda dos salários, privatizações etc. De outro lado, havia a necessidade de aprovar as leis que regeriam a política de saúde no país. Assim, em meio à tensão, foram promulgadas as leis 8.080/1990 e 8.142/1990, que regulamentavam o Sistema Único de Saúde (SUS), seu funcionamento, financiamento, entre outras características.

No que se refere à Política de Saúde, a perspectiva da intersetorialidade entrou em cena no momento em que se considerou a saúde de uma forma ampliada, ou seja, não se centrou mais só na doença física, mas passaram a ser considerados outros aspectos que a determinam e condicionam. Ao se considerar isso, a operacionalização da saúde não ocorre somente através de processos de trabalhos de médicos, enfermeiros, entre outros, mas surgem, nesse cenário, outros profissionais que passam a somar saberes e práticas em prol da efetivação dessa concepção ampliada de saúde.

Foi nesse sentido que a Política Nacional de Promoção de Saúde de 2006 considerou

a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de coresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006a, p. 13 e 14).

Na mesma direção, o Ministério da Saúde, por meio de um documento base para gestores e trabalhadores do SUS que fala sobre a Política Nacional de Humanização, entendeu que a intersetorialidade trata-se da

integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não-compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas

sociais (educação, transporte, ação social), num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), num segundo (BRASIL, 2006b, p. 45).

Nas conferências de saúde realizadas a partir da década de 1990, aparecem referências à intersectorialidade e termos correlatos, tais como integração e articulação da política de saúde com as demais políticas. Nessas conferências, a perspectiva da intersectorialidade é entendida como fundamental para ampliar a saúde, reduzir as desigualdades sociais e superar a clássica fragmentação e hierarquização das políticas sociais. Também consta nos relatórios que, para materializar a intersectorialidade, é necessário o engajamento dos três níveis de governo, incluindo também a participação dos cidadãos (PANSINI, 2011).

Com base no exposto acima, constata-se que a política de saúde traz, em seus arcabouços legais, referências à importância da intersectorialidade no seu processo de operacionalização. Assim, faz-se necessário romper com práticas rotineiras e superar a visão construída ao longo dos anos de fragmentação, burocratização e focalização das políticas sociais e incorporar práticas profissionais que considerem a complexidade e totalidade dos problemas sociais. Para tanto, as autoras Viegas e Penna (2015) consideram que a perspectiva da intersectorialidade na saúde requer

ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e atinjam o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos ou coletivos, no sentido de promover a saúde dos mesmos. Para isso, articulações e arranjos podem ocorrer por meio de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais para a produção da saúde e promoção da qualidade de vida das pessoas e do coletivo, tomando como objeto: os problemas, as necessidades, os determinantes e os condicionantes de saúde (VIEGAS; PENNA, 2015, p. 1095).

É importante apontar que a intersectorialidade é uma perspectiva difícil de ser operacionalizada na prática tendo em vista que não significa apenas a proximidade entre setores ou políticas no momento da execução de um determinado projeto ou programa que foi pensado e planejado de forma segmentada e vertical. Para ser eficaz e promover mudanças concretas, é necessário que os diversos setores, que representam as diversas políticas públicas, participem conjuntamente do processo de planejamento, execução e avaliação das ações. Para tanto, é imprescindível superar a clássica organização hierarquizada da administração pública que acaba tornando as políticas setoriais concorrentes na disputa por orçamento.

Outra dificuldade para materializar a intersectorialidade na política de saúde refere-se à maneira como tal política foi historicamente estruturada. Trata-se de um setor bastante forte, sendo um dos que mais tiveram avanços nos aspectos legais, que contam com um grande número de profissionais e uma forte tradição de segmentação entre eles, onde algumas

profissões têm um valor social maior que outras. Assim, a comunicação entre as profissões em torno de um objetivo comum pouco acontece e a interdisciplinaridade, considerada um fator essencial para a intersetorialidade, não ocorre.

Destaca-se ainda que a intersetorialidade na política de saúde também é defendida pelo neoliberalismo. Enquanto os adeptos da concepção ampliada de saúde consideram tal perspectiva essencial para a construção e fortalecimento de uma política pública e universal que, articulada com outras políticas, seja capaz de atender o ser humano em sua integralidade, os neoliberais a defendem como estratégia de transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil. Assim, alguns serviços públicos de saúde são pensados e executados de maneira focalizada e a sociedade é chamada para se articular ao Estado por meio da solidariedade, da filantropia e do voluntariado. A intersetorialidade, portanto, é vista e defendida pelo capitalismo como articulação entre o Estado, que provê o mínimo para os mais pobres e diminui os investimentos nas políticas sociais, e o Terceiro Setor.

Percebe-se, com base no exposto até aqui, que a intersetorialidade é uma perspectiva importante para a política de saúde, uma vez que tal área da vida humana não se resume apenas aos fatores de ordem biológica da doença, mas é perpassada por diversos fatores, de ordem social, econômica, cultural, entre outros, que têm impacto direto no processo de adoecimento, bem como de promoção da saúde, condicionando-a e determinando-a. Como foi dito, trata-se de uma proposta difícil de ser materializada, pois depende de mudanças no âmbito da gestão da política e nos processos de trabalho dos diversos profissionais que atuam na área. É, portanto, uma proposta em construção e capaz de atender às necessidades da população de forma mais integral, superando a histórica fragmentação do tratamento destinado às expressões da questão social que se manifestam na vida cotidiana.

## **4 SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE E A PERSPECTIVA DA INTERSETORIALIDADE**

Este capítulo abordará o Serviço Social e o seu processo de trabalho, com ênfase no campo da saúde, bem como a sua relação com a perspectiva da intersectorialidade entre políticas sociais. No primeiro subitem, será feito um breve resgate histórico da profissão no Brasil e a explanação dos elementos constitutivos do seu processo de trabalho. No segundo, será abordado o Serviço Social no âmbito da saúde, tendo como referência os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Por fim, serão apresentados e analisados os dados coletados durante a realização de entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais do HUT, cenário desta pesquisa.

### **4.1 Processo de trabalho do Serviço Social no contexto brasileiro: alguns elementos**

A partir da década de 1930, o Brasil foi palco de significativas transformações que possibilitaram a institucionalização do Serviço Social enquanto profissão. Dentre essas transformações, pode-se citar a passagem do modelo econômico agrário exportador para a industrialização, que alterou a organização política, econômica e social do país. Com o desenvolvimento da industrialização, houve a intensificação do processo de migração da população para os grandes centros urbanos, em busca de empregos, ocasionando a agudização das expressões da questão social, uma vez que tal processo não ocorreu de forma ordenada e minimamente planejada, dando espaço para a atuação da profissão (CARDOSO, 2017).

Também na década de 1930, a questão social passou a ser reconhecida pelo Estado e pela elite econômica que passaram a intervir sobre a mesma, por meio de políticas sociais, visando minorar as suas manifestações. Aqui, concorda-se com Cerqueira Filho (1982, p. 21) quando afirma que é possível entender o termo questão social como um “conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos” que surge a partir da implantação do modo de produção capitalista, com o processo de industrialização e o conseqüente surgimento da classe operária e da fração industrial burguesa, emergindo como problema que demanda resposta do Estado. Assim, depreende-se que não se pode desvincular o termo da relação conflituosa entre o mundo do capital e o mundo do trabalho.

De acordo com Netto (2001), o uso da expressão “questão social” surgiu na terceira década do século XIX, na Europa Ocidental, considerada berço do modo de produção capitalista, para dar conta do fenômeno do pauperismo massivo da classe trabalhadora,

instaurado após a implantação do capitalismo industrial-concorrencial, que teve início na Inglaterra. Porém o referido autor ressalta que o pauperismo não correspondia apenas à pobreza e à desigualdade entre distintas camadas sociais, já existentes desde os primórdios da sociedade, mas ao fato de que, “pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas” (NETTO, 2001, p. 42).

Assim, o pauperismo que crescia na razão direta em que se desenvolviam os meios de produção (objetos de trabalho + instrumentos de trabalho) passou a ser denominado questão social, devido aos desdobramentos políticos da classe explorada (operária) que, inconformada com sua situação, passou a lutar para a supressão da exploração e da opressão por parte da classe burguesa (NETTO, 2001). Ademais, como afirma Pastorini (2004, p. 110), “a ‘questão social’ apresenta-se, desde as suas primeiras manifestações, estreitamente vinculada à questão da exploração capitalista, à organização e mobilização da classe trabalhadora na luta pela apropriação da riqueza social”.

Na realidade do Brasil, até a década de 1930, a questão social era tratada pela classe dominante brasileira como algo ilegal, sem legitimidade, que deveria ser resolvida no interior dos aparelhos repressivos do Estado. A classe dominante também buscava barrar a emergência do movimento dos trabalhadores, que vinha se intensificando à medida que se desenvolvia o processo de industrialização brasileiro. De acordo com Cerqueira Filho (1982), “antes de 1930 [...], a ‘questão social’ não aparecia no discurso dominante senão como fato excepcional e episódico, não porque não existisse já, mas porque não tinha condições de se impor como questão inscrita no pensamento dominante” (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 59).

O reconhecimento de que a questão social deveria ser tratada para além da repressão do Estado se deu em um contexto de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho. Os trabalhadores imigrantes advindos da Europa trouxeram consigo a experiência política do movimento operário europeu e influenciaram a mobilização dos trabalhadores brasileiros. Nesse cenário, a classe burguesa viu o seu processo de acumulação ameaçado pelos ideais revolucionários, reconhecendo, a partir disso, a necessidade da intervenção do Estado em algumas áreas da vida social com o objetivo de antecipar as reivindicações dos trabalhadores, bem como controlá-los mantendo, assim, a coesão social tão necessária ao modo de produção capitalista (BEHRING; BOSCHETTI, 2016).

Foi, portanto, no contexto histórico abordado acima que o Serviço Social surgiu no Brasil. Cumpre destacar que a gênese da profissão esteve fortemente vinculada à Igreja Católica, a qual abordava a questão social como um problema de cunho moral e religioso. A atuação do Serviço Social se dava junto aos “clientes”, principalmente nos aspectos morais e

comportamentais, visando integrá-los à sociedade. A profissão era orientada pelos princípios da Doutrina Social da Igreja, tinha um cunho humanista conservador e se colocava contrária aos ideais liberais e marxistas, vistos como ameaças para o processo de recuperação da hegemonia católica (YAZBEK, 2009).

Behring e Boschetti (2016, p. 124) apontam, sobre o surgimento do Serviço Social, que

sob a égide da Igreja Católica, e na relação com as escolas belga e francesa, se tratava de impulsionar grupos de senhoras interessadas em desenvolver sua vocação educadora e caridosa numa lida sistemática com o meio operário e popular brasileiro na perspectiva de um controle dos comportamentos para que a classe trabalhadora em formação estivesse apta para o trabalho e protegida dos impulsos anarquistas e comunistas.

A partir da década de 1940, além das demandas advindas da ação social católica, começaram a surgir outras demandas para o Serviço Social decorrentes da intervenção do Estado no campo social através de políticas sociais. Assim, os/as referidos/as profissionais foram requisitados/as para atuar em algumas instituições estatais, tais como o Departamento de Assistência Social do Estado de São Paulo, o Departamento Nacional da Previdência e a Legião Brasileira de Assistência (BRAVO, 2013).

Com as novas requisições, o Serviço Social passou por uma reorientação, uma vez que, para atender às novas demandas do capitalismo e do Estado, fazia-se necessária uma prática mais tecnicizada, qualificada e sistematizada. Para isso, o Serviço Social brasileiro entrou em contato com as experiências profissionais norte-americanas, que tinham o caráter conservador do positivismo (YAZBEK, 2009). De acordo com Behring e Boschetti (2016), com essa reorientação profissional, “os fatos sociais passam a ser descritos, classificados e analisados a partir de suas expressões fenomênicas, e os problemas sociais são abordados como casos individuais, grupais ou comunitários, de forma isolada e deslocada da história” (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 125).

O positivismo, portanto, é considerado como o primeiro suporte teórico-metodológico da qualificação técnica do Serviço Social. Reiterando o caráter conservador da profissão no período, o positivismo juntou-se ao discurso humanista da Igreja Católica e orientou as intervenções profissionais pautadas no verificável, na fragmentação, sem perspectivas de mudanças na sociedade, apenas ajustes (YAZBEK, 2009).

No início da década de 1960, profissionais, professores e estudantes de Serviço Social começaram a levantar questionamentos acerca da perspectiva conservadora assumida pela profissão, que preservava o *status quo* da sociedade. Alguns fatores contribuíram para esses questionamentos, entre eles o contexto de mudanças políticas, econômicas e sociais causadas

pelo desenvolvimento do capitalismo, que aumentou a exclusão social; e as mudanças ocorridas no âmbito da Igreja Católica, que passou a se aproximar de uma postura mais crítica e revolucionária (BRAVO, 2013; YAZBEK, 2009).

De acordo com Behring e Boschetti (2016), os questionamentos acerca do conservadorismo do Serviço Social ocorreram em toda a América Latina, através de um processo de revisão dos marcos teórico, metodológico, operativo e político. O Brasil participou ativamente desse processo e tornou-se evidente a necessidade de mudanças no projeto profissional conservador, tendo em vista a aproximação e o comprometimento da profissão com as demandas advindas da classe trabalhadora (YAZBEK, 2009).

De acordo com Simionato (2009), esse processo em que a profissão questionou o conservadorismo ficou conhecido como Movimento de Reconceituação e buscou romper com o histórico de associação do Serviço Social com os interesses da burguesia, bem como se aproximou da teoria crítico-dialética marxista, que possibilitou

compreender o significado social da profissão na divisão sócio-técnica do trabalho e no processo de produção e reprodução das relações sociais, os diferentes projetos societários em disputa e o redirecionamento das ações profissionais na perspectiva dos setores e classes subalternos. Os profissionais passam a interrogar-se sobre questões relativas às instâncias estrutural e superestrutural, com problematizações não somente na esfera econômica, mas também nas esferas política, ideológica e cultural. Entram em cena considerações relativas às classes sociais, ao Estado e ao papel das ideologias na análise e compreensão da realidade, possibilitando mudanças significativas, não só quanto aos referenciais teórico-metodológicos para o conhecimento da realidade, mas ao próprio fazer prático-operativo (SIMIONATO, 2009, p. 101).

Porém, com o golpe militar que instaurou uma ditadura no Brasil em 1964, o Movimento de Reconceituação do Serviço Social perdeu forças, somente retornando no final da década de 1970, período que coincidiu com a rearticulação dos movimentos sociais no país, que lutavam em prol da reabertura democrática e política (PEREIRA, 2015).

Nesse período de grande efervescência política, os/as profissionais de Serviço Social também se mobilizaram, reconhecendo-se como trabalhadores/as assalariados/as e participando ativamente das mobilizações e greves. Além disso, houve uma reorganização no interior da profissão para retomar o projeto de ruptura com o conservadorismo. Assim, destaca-se o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais realizado em 1979, na cidade de São Paulo, e mais conhecido como o “Congresso da Virada”, que é considerado como “a expressão pública e coletiva da ruptura com o conservadorismo presente na profissão” (ABRAMIDES, 2017, p. 184).

Segundo Pereira (2015), além de possibilitar o posicionamento da profissão ao lado dos interesses da classe trabalhadora, bem como romper com o histórico conservador, a conjuntura da década de 1980 também possibilitou a reorganização profissional através de suas entidades, dentre elas, a Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS) e o Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFASS).

A década de 1990 se caracteriza como o período de consolidação dos novos rumos da profissão, principalmente no que se refere aos documentos legais. Nesse sentido, a regulamentação da profissão de Serviço Social sofreu alterações através da Lei Federal nº 8.662 de junho/1993, que dispõe sobre as competências e as atribuições privativas dos/as assistentes sociais.

A atuação dos/as assistentes sociais é orientada pelo projeto ético-político da profissão, que abrange a Lei de Regulamentação da Profissão (1993), as Diretrizes Curriculares (1996) e o Código de Ética (1993). De acordo com Netto (2008), o projeto ético-político conquistou hegemonia no interior da profissão, na década de 1990, e “vinculou-se a um projeto societário que, antagônico ao das classes proprietárias e exploradoras, tem raízes efetivas na vida social” (NETTO, 2008, p. 157) e aponta para o “combate – ético, teórico, ideológico, político e prático social – ao neoliberalismo, de modo a preservar e atualizar os valores que, enquanto projeto profissional, o informam e o tornam solidário ao projeto da sociedade que interessa à massa da população” (NETTO, 2008, p. 158).

De acordo com as considerações de Yamamoto (2009a) sobre o projeto ético-político da profissão,

o Serviço Social brasileiro construiu um projeto profissional radicalmente inovador e crítico, com fundamentos históricos e teórico-metodológicos hauridos na tradição marxista, apoiado em valores e princípios éticos radicalmente humanistas e nas particularidades da formação histórica do país. Ele adquire materialidade no conjunto das regulamentações profissionais: o Código de Ética do Assistente Social (1993), a Lei da Regulamentação da Profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares norteadoras da formação acadêmica (IAMAMOTO, 2009a, p. 18).

O Código de Ética também foi reformulado em março de 1993 através da Resolução CFESS nº 273 e contém os princípios fundamentais da profissão, dispõe sobre direitos e deveres dos profissionais, bem como as relações profissionais com a Justiça, com os usuários, as instituições empregadoras, outros profissionais, entidades da categoria e demais organizações da sociedade civil.

As Diretrizes Curriculares (ABEPSS, 1996) foram construídas ao longo da década de 1980 e 1990 e apontam princípios e diretrizes para os cursos de graduação em Serviço Social

em todo o território nacional. Trata-se de uma base comum e, a partir dela, cada instituição de Ensino Superior elabora o seu currículo pleno. Está estruturada em três núcleos de fundamentação: o Núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social; o Núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira; e o Núcleo de fundamentos do trabalho profissional.

O primeiro núcleo é permeado por elementos que possibilitam ao/a assistente social conhecer, compreender e analisar a dinâmica da vida em sociedade no sistema capitalista em seus vários aspectos, tais como o Estado, as políticas sociais, as classes sociais, o trabalho, entre outros. O segundo núcleo compreende elementos constitutivos da sociedade brasileira, inclusive os aspectos históricos e particulares de sua formação, que permitem o conhecimento acerca das expressões da questão social que são produzidas e reproduzidas no país. Já o terceiro núcleo aborda os elementos do Serviço Social enquanto especialização do trabalho que se materializa em um processo de trabalho próprio.

O processo de trabalho do Serviço Social é aqui compreendido como “um conjunto de atividades prático-reflexivas voltadas para o alcance de finalidades, as quais dependem da existência, da adequação e da criação dos meios e das condições objetivas e subjetivas” (GUERRA, 2000, p. 3). Nesse sentido, depreende-se que o Serviço Social, em seu processo de trabalho, atua sobre um objeto com a finalidade de alcançar um determinado objetivo, que é o produto da sua ação. Para isso, faz uso de meios ou instrumentos de trabalho.

Antes de adentrar na explicitação dos elementos que compõem o processo de trabalho do Serviço Social, é interessante retomar alguns apontamentos da discussão de Marx acerca do processo de trabalho do homem.

O trabalho é uma categoria fundamental para compreender a relação entre os homens, a organização da sociedade, bem como os modos de produção e reprodução da vida a ela atrelados. De acordo com Netto e Braz (2006), o trabalho está na base da atividade econômica, o que possibilita a produção de bens materiais que satisfaçam as necessidades humanas, e cria, conseqüentemente, os valores que compõem a riqueza social. A partir disso, o trabalho é considerado como categoria importante pelos economistas políticos, para compreender a economia e os seus movimentos.

Porém, de acordo com os referidos autores, não se pode reduzir e compreender o trabalho apenas como um elemento da economia política, pois é uma categoria muito mais ampla que está intrinsecamente relacionada ao homem e à sociedade, bem como à relação que se estabelece entre eles (NETTO; BRAZ, 2006).

De acordo com Marx (2006), a diferença entre os homens e os animais se estabelece no momento em que os primeiros começam a produzir os seus meios de vida a fim de satisfazer as suas necessidades. A produção dos meios de vida se dá através do trabalho. O referido autor, em sua obra “O Capital” (2006), afirma que o trabalho está diretamente ligado à relação que se estabelece entre o homem e a natureza. Nessa relação, o homem age controlando o seu metabolismo, bem como as forças inerentes a ele (cabeça, braços, pernas etc), em prol de transformar as matérias naturais em potências que supram suas necessidades de vida.

Com base na interpretação de Marx acerca do trabalho, Netto e Braz (2006) pontuam que

as condições materiais de existência e reprodução da sociedade – vale dizer, a satisfação material das necessidades dos homens e mulheres que constituem a sociedade – obtêm-se numa interação com a natureza: a sociedade, através dos seus membros (homens e mulheres), transforma matérias naturais em produtos que atendem às suas necessidades. Essa transformação é realizada através da atividade a que denominamos trabalho (NETTO; BRAZ, 2006, p. 30).

É interessante apontar que as diferentes espécies de animais presentes na natureza realizam atividades para sobreviver, a exemplo da aranha, que constrói sua teia, da abelha, que constrói a colmeia etc. Porém tais atividades são realizadas de forma instintiva e para atender necessidades biológicas previamente estabelecidas que, via de regra, não têm variações. A atividade humana, no entanto, se diferencia da dos demais animais por conta da intencionalidade empregada pelo homem para responder às suas necessidades. Isso significa que o trabalho realizado pelo homem não acontece baseado em um instinto primitivo, mas é um processo racional e consciente, onde, a partir de determinada necessidade, se estabelecem vontades, finalidades e meios. Portanto, antes de ser materializado através do trabalho, já existe a projeção no campo do ideal do resultado almejado. Essa é a dimensão teleológica do trabalho do homem (MARX, 2006).

Conforme Lukács (2012), o trabalho é, para Marx, uma dimensão que não pode ser eliminada da vida humana, sendo, portanto, um elemento fundante do ser social que se dá através da relação do homem com a natureza, modificando-a para atender suas necessidades. Esse processo permite a sociabilidade humana. Nesse sentido, “o trabalho dá lugar a uma dupla transformação. [...] o próprio ser humano que trabalha é transformado por seu trabalho; ele atua sobre a natureza exterior e modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza, desenvolve as potências que nela se encontram latentes” (LUKÁCS, 2012, p. 286).

Abordando a questão da dimensão teleológica do trabalho humano, bem como o entendimento de que ele é um elemento fundante do ser social, França Júnior e Lara (2015) afirmam que

o trabalho, além de ser uma atividade fundante para o ser social, pois lhe confere determinado estatuto, diferenciando-o dos demais animais existentes na natureza, possibilita a transformação da natureza e, por consequência, a sua transformação enquanto ser humano. [...] Marx anuncia que, além dessa função social, o homem possui a capacidade de projetar finalidades (teleologia), ou seja, a capacidade de construir, no âmbito da consciência, determinada forma que será objetivada no concreto (objetivo), como um resultado da sua prévia ideação (abstrata), construção mental antecipada na mesma consciência que a materializa por meio do intercâmbio homem-natureza. [...] Destaca-se que essa função é determinada a partir da busca das satisfações das necessidades distintas da humanidade, já que é constituída a partir do momento em que o homem busca-a enquanto uma protoforma facilitadora das necessidades sociais coletivas dadas na cotidianidade, isso porque é a partir da teleologia que o homem projeta na sua consciência as formas daquilo que, em breve, será seu trabalho objetivado (FRANÇA JÚNIOR; LARA, 2015, p. 22).

Lessa (2012a) chama a atenção para o fato de que, para Marx e Engels, existe dentro da categoria trabalho uma diferenciação clara de dois aspectos: o trabalho abstrato e o trabalho concreto. O primeiro refere-se a uma atividade social em que o homem se submete aos ditames do mercado capitalista em troca de um salário, e a capacidade produtiva humana é reduzida a uma mera mercadoria. O trabalho abstrato cumpre, portanto, a função de produzir a mais-valia para o capital. Para isso, aliena e coisifica o homem, bem como rege a sociedade pelo fetiche da mercadoria.

Já o trabalho concreto faz referência à atividade social em que o homem atua sobre a natureza, modificando-a com intencionalidade e, segundo as suas necessidades, é qualitativo e criador de valor de uso. Nessa atividade, ao mesmo tempo em que transforma a natureza, o homem é também transformado. Nas palavras de Lessa (2012a, p. 26),

é a atividade de transformação da natureza pela qual o homem constrói, concomitantemente, a si próprio como indivíduo e a totalidade social da qual é partícipe. É a categoria decisiva da autoconstrução humana, da elevação dos homens a níveis cada vez mais desenvolvidos de socialidade.

França Júnior e Lara (2015) afirmam que

entendido no profundo processo de apropriação da força de trabalho, o capitalismo desfigurou a relação entre homem e trabalho, causando-lhe um característico processo de estranhamento entre o produto do seu trabalho e aquilo que foi previamente constituído em sua consciência. Na sociedade capitalista, em que há captura da força de trabalho, situado em suas dimensões subjetivas (teleológica, por exemplo) e concretas (trabalho objetivado), o trabalho e seu produto segue determinado por um valor mercantilizado, com a atribuição de um valor de troca (FRANÇA JÚNIOR; LARA, 2015, p. 23).

A partir das considerações feitas até aqui, tem-se, no pensamento de Marx, a análise acerca do processo de trabalho, isto é, elementos que constituem o trabalho enquanto um processo social: o trabalho propriamente dito, que é a atividade orientada a um fim; o objeto de trabalho; os meios ou instrumentos utilizados; o produto; e a finalidade (MARX, 2006).

Para Marx (2006), a terra é o objeto universal do trabalho humano, pois é dela que o homem retira matéria-prima para a sua subsistência, para atender as suas necessidades. Assim, o homem emprega a sua força de trabalho em algo retirado da natureza, a fim de transformá-lo em um produto, em um valor de uso. Para tanto, o homem faz uso de meios ou instrumentos de trabalho.

Os instrumentos de trabalho são aquilo que o homem coloca entre ele e o objeto do seu trabalho, e que vão conduzir a sua ação de acordo com propósitos previamente estabelecidos (MARX, 2006). Em outras palavras, os instrumentos “são todas as condições materiais necessárias para realização do processo de trabalho” (PEREIRA, 2015, p. 75).

O trabalho propriamente dito refere-se ao dispêndio de energia utilizado durante o processo de transformar o objeto de trabalho em um produto final que atenda às necessidades do homem (MARX, 2006; CARDOSO, 2017).

O produto é o resultado da intervenção do homem na natureza, isto é, da intervenção do homem em um objeto específico. Esse resultado se dá a partir da utilização de instrumentos de trabalho e do dispêndio de energia empregado durante todo o processo.

Por fim, guiando todo esse processo de trabalho, tem-se a teleologia, a finalidade. Isso significa que o homem, enquanto ser pensante e social, tem a capacidade de projetar com antecedência, no campo das ideias, qual será o produto final de um determinado processo de trabalho. Todas as ações do homem são permeadas por intencionalidade, isso o diferencia dos outros animais que são guiados pelo instinto (MARX, 2006).

Percebe-se, de acordo com as contribuições de Marx (2006), que o trabalho realizado pelo homem não se dá ao acaso, de forma instintiva, não é um mero fazer por fazer; pelo contrário, possui elementos que lhe conferem o caráter de processo, pois é permeado por intenções que objetivam atender a uma determinada necessidade, individual ou coletiva, e para tanto faz uso de instrumentos que lhe permitem sair do campo do ideal, do projetado, para o campo do concreto. Portanto, pode-se afirmar que o trabalho do/a assistente social também não se dá ao acaso, desprovido de finalidade, de instrumentos, de objeto, por isso fala-se em

processo de trabalho do Serviço Social, pois é composto de elementos que lhe conferem essa característica<sup>5</sup>.

De acordo com Iamamoto (2009b), o Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, tem como objeto do seu processo de trabalho a questão social entendida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura” (IAMAMOTO, 2009b, p. 27). Assim, o Serviço Social é requisitado para atuar sobre as contradições entre o capital e o trabalho, onde a produção é cada vez mais coletiva e a apropriação dos resultados é cada vez mais privada, concentrada nas mãos de poucos. Essas contradições se traduzem em expressões da questão social.

Para a referida autora, é de suma importância que os/as profissionais tenham clareza do objeto da sua ação e consigam desvendá-lo em uma perspectiva crítica, pois o “desconhecimento da matéria-prima de seu trabalho contribui para que o profissional deixe de ser sujeito de suas ações e consciente dos efeitos que elas possam provocar nos processos sociais e das múltiplas determinações da questão social” (IAMAMOTO, 2009b, p. 101).

Ressalta-se, aqui, que, no cotidiano do processo de trabalho do Serviço Social, a investigação da realidade pelos/as profissionais faz-se necessária. Conhecer a realidade sobre a qual se atuará significa conhecer o objeto de trabalho, seus meandros, suas configurações, tendo em vista que, para que ocorra uma ação transformadora, que produza resultados positivos na vida dos cidadãos, é indispensável romper com a aparência dos fatos, das situações, e se aproximar da essência dos mesmos (PEREIRA, 2015; CARDOSO, 2017).

Falar em finalidade do processo de trabalho do Serviço Social implica que o mesmo deve ter uma direção social. Atualmente, a direção social da profissão, embasada pelo Projeto Ético Político, que se materializa especialmente no Código de Ética profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão e nas Diretrizes Curriculares, é orientada tendo em vista a garantia e a efetivação das políticas públicas na vida dos cidadãos, bem como o acesso universal da população aos bens, serviços, programas, projetos, benefícios sociais, entre outros, em uma perspectiva de ampliação da cidadania e de diminuição da exclusão social empreendida na sociedade capitalista, visando contribuir, com mudanças efetivas, para a superação da própria sociedade. Assim, embora seja um profissional assalariado, que tem vínculo empregatício, o/a

---

<sup>5</sup> A vertente que entende o Serviço Social como trabalho, conforme apontado pelas Diretrizes Curriculares da ABEPSS em 1996, não é unânime dentro da profissão. Para Sérgio Lessa (2012b), o Serviço Social não pode ser considerado trabalho porque durante a sua ação profissional atua somente nas relações sociais, isto é, não atua sobre um objeto da natureza a fim de transformá-lo em um bem material para satisfazer uma necessidade, tal como postulado por Marx. Dessa maneira, o autor afirma que o Serviço Social não cumpre a mediação entre o homem e a natureza. Para efeitos dessa dissertação, adota-se a vertente que considera o Serviço Social trabalho.

assistente social pode e deve aliar as suas ações profissionais ao projeto dos trabalhadores, seu público-alvo (IAMAMOTO, 2009b; NETTO, 2008).

Diante do objeto, tendo em vista alcançar uma finalidade, o Serviço Social faz uso de instrumentos ou meios de trabalho. A autora Guerra (2000) afirma que não se devem reduzir os instrumentos considerando-os apenas como um conjunto de técnicas (relatório, visita domiciliar, entrevista etc), mas deve-se levar em consideração a perspectiva da instrumentalidade que se refere a “uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico” (GUERRA, 2000, p. 01). Essa instrumentalidade permite que os/as profissionais alcancem resultados efetivos. Para a referida autora,

é por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações (GUERRA, 2000, p. 02).

A intervenção do/a assistente social sobre as expressões da questão social deve ser composta por três dimensões, de acordo com as Diretrizes Curriculares (ABEPSS, 1996), as quais irão compor a instrumentalidade do fazer profissional, a saber: teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. Cada uma dessas dimensões possui especificidade, porém não podem ser desarticuladas durante o processo de trabalho profissional.

A dimensão teórico-metodológica refere-se ao arcabouço de conhecimentos apreendidos pelos/as assistentes sociais durante o processo de formação profissional. Tal dimensão é essencial para que, diante da complexidade das expressões da questão social, o/a profissional consiga ultrapassar o senso comum e o aparente de uma dada realidade, compreendendo os movimentos e as contradições presentes em cada situação (PEREIRA, 2015; GUERRA, 2012).

De acordo com Guerra (2012), a dimensão teórico-metodológica torna o/a assistente social capaz de perceber a realidade social de forma mais crítica, bem como o/a orienta em relação à direção social da sua intervenção profissional e às estratégias de ação que podem ser utilizadas para alcançá-la.

A dimensão técnico-operativa refere-se às ações desenvolvidas pelo/a assistente social tendo em vista alcançar uma finalidade determinada antecipadamente. Para executar tais ações,

os/as profissionais utilizam instrumentos e técnicas, tais como entrevista, visita domiciliar, observação, abordagem individual e coletiva, entre outras (PEREIRA, 2015).

Reforça-se aqui que os instrumentos e as técnicas mencionados acima são uma parte da dimensão técnico-operativa. A escolha do uso de cada um deles pelos/as profissionais deve envolver planejamento e análise acerca do que se pretende alcançar, do objetivo, a partir de uma determinada ação. Dessa forma, a dimensão técnico-operativa não é limitada, pois envolve “estratégias, táticas, instrumentos, técnicas, conhecimentos específicos, procedimentos, ética, cultura profissional e institucional, particularidades dos contextos organizacionais” (SANTOS *et al.*, 2012 *apud* PEREIRA, 2015).

Já a dimensão ético-política envolve os valores, os princípios e os fundamentos políticos que guiam o exercício profissional do/a assistente social no cotidiano. De acordo com o Código de Ética, a profissão se orienta por um projeto democrático que tem na liberdade o seu valor central, mas que também defende a equidade, a justiça social e a democracia.

No aspecto político, a profissão se vincula aos interesses da classe que vive do trabalho, almejando a superação da hegemonia burguesa vigente e a construção de uma sociedade livre e democrática que permita o pleno desenvolvimento dos trabalhadores. Nesse sentido, “a dimensão ética do exercício profissional [...], junto à base política da profissão, visa atingir e contribuir para a viabilização dos direitos em seu cotidiano profissional e construção hegemônica dos interesses dos sujeitos, sobretudo, das classes subalternas” (CARDOSO, 2017, p. 86).

Outro elemento do processo de trabalho é o trabalho propriamente dito que se refere ao empenho realizado pelo/a profissional para provocar mudanças em uma dada realidade, ou seja, para responder à expressão da questão social que requer sua intervenção no cotidiano da instituição empregadora. Esse elemento envolve vários aspectos, entre eles o conhecimento acerca do objeto de intervenção, bem como das dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, e a definição de finalidades (CARDOSO, 2017).

Por fim, o processo de trabalho do Serviço Social resulta em um produto. De acordo com Iamamoto (2009b), o/a profissional de Serviço Social não produz diretamente riqueza, mas tem efeito material e social, pois “interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ídeo-política dos indivíduos sociais” (IAMAMOTO, 2009b, p. 69). Ao atuar sobre as expressões da questão social, o Serviço Social dá respostas às demandas advindas da classe trabalhadora, contribuindo para a sobrevivência material e social da mesma. Ademais, o processo de trabalho do Serviço Social interfere também na vida

subjetiva dos sujeitos, pois “incide no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura” (IAMAMOTO, 2009b, p. 68).

A partir da caracterização dos elementos do processo de trabalho do Serviço Social, é importante apontar também que não existe um único processo de trabalho, como se fosse padronizado, pois “a análise das características assumidas pelo trabalho do assistente social e de seu produto depende das características particulares dos processos de trabalho que se inscreve” (IAMAMOTO, 2009b, p. 70). Isso significa que os/as profissionais têm relativa autonomia, uma vez que dependem das instituições empregadoras, e espaços sócio-ocupacionais diferentes podem exigir processos de trabalho diferentes. Exemplo disso são as diferenças existentes entre o processo de trabalho do Serviço Social nas instituições do Estado, onde não se produz diretamente riqueza, e nas empresas capitalistas, que visam prioritariamente à lucratividade.

#### **4.2 O Serviço Social na Política de Saúde**

Historicamente, a política de saúde tem sido um dos campos de trabalho que mais absorvem assistentes sociais. De acordo com Bravo (2013), a entrada do Serviço Social no campo da saúde se deu ainda no final do século XIX, na Inglaterra, quando começaram as primeiras iniciativas de políticas sociais, que tinham o objetivo principal de manter a coesão social e garantir a reprodução, sem impedimentos advindos da classe trabalhadora, do capital. Como já explicitado no item anterior, a profissão surgiu fortemente vinculada à Igreja Católica e tinha um caráter bastante conservador.

Os/As profissionais de Serviço Social que atuavam na área da saúde, na Inglaterra do século XIX, tinham uma visão bastante reduzida da realidade, sem qualquer teoria que embasasse as suas ações e eram vistos/as como vocacionados/as por Deus para a missão de ajudar o homem a se reajustar à ordem social vigente. A ação do Serviço Social na saúde centrava-se, portanto, apenas nos aspectos sociais e emocionais relacionados à doença, com atividades focalizadas que tinham o objetivo de auxiliar as equipes médicas.

Nesse sentido, as principais ações desenvolvidas pelo Serviço Social eram: visitas às casas dos doentes para aconselhá-los, bem como a sua família, acerca dos cuidados necessários para o bom êxito do tratamento médico; e investigação social do paciente, para averiguar as suas condições de vida a fim de beneficiá-lo ou não com a isenção da taxa hospitalar. É interessante apontar que os aconselhamentos feitos pelos/as profissionais incidiam no âmbito privado da vida da pessoa doente e tinham, inclusive, um caráter moralizante. Quanto à

investigação social, os/as profissionais exerciam o papel de fiscalizar a pobreza. Nas palavras de Bravo (2013),

o assistente social [...] não questionava a ordem vigente, procurando apenas introduzir algumas reformas para a sua manutenção. Nesta perspectiva, o significado social da profissão e, por conseguinte, sua repercussão na área da saúde, foi essencialmente político-conservadora, com o exercício de atividades dispersas, descontínuas, predominando a seleção socioeconômica, o aconselhamento e a visita domiciliar com ênfase na doença (BRAVO, 2013, p. 48).

No início do século XX, o Serviço Social na saúde surgiu nos Estados Unidos, com a inserção, em 1905, de assistentes sociais em quatro hospitais (BRAVO, 2013). As ações realizadas pelos/as profissionais eram, basicamente, as mesmas da Inglaterra: visitas aos doentes para aconselhamentos; investigação social das condições de vida dos doentes e de suas famílias; e seleção para concessão de ajuda financeira dada por organizações sociais, entre outras. O papel dos/as profissionais também era de auxiliar os médicos, bem como ajustar os indivíduos à sociedade vigente. Em 1917, Mary Richmond publica o livro “Diagnóstico Social”, que é considerado um marco para a profissão ao orientar as práticas profissionais (PEREIRA, 2015).

Na realidade brasileira, o Serviço Social se expandiu entre 1930 e 1945, devido às novas exigências do capitalismo atendendo às demandas da questão social, voltando sua prática inclusive para o campo da saúde. Nesse período, o Serviço Social desenvolveu “uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde” (BRAVO; MATOS, 2008, p. 03).

Segundo Sodré (2010), a entrada do Serviço Social no campo da saúde se deu através do desenvolvimento de ações educativas voltadas para a comunidade. Essas ações eram, principalmente, de informações sobre hábitos saudáveis de higiene, a fim de controlar e diminuir as incidências de doenças no período. Ademais, a atuação do Serviço Social era vista como necessária por conta do baixo grau de instrução da população, bem como por conta das situações precárias de vida da mesma. Atendia, ainda, os interesses do emergente processo de industrialização e urbanização do Brasil. Bravo (2013) chama a atenção para o caráter de ajustamento da população à ordem societária vigente presente nas ações dos/as assistentes sociais.

Nesses primeiros anos de profissão no Brasil, a prática dos/as assistentes sociais na saúde fazia parte do que se chamava de “Serviço Social Médico”, e era considerada como um

auxílio para a prática profissional dos médicos. Nesse sentido, algumas das ações profissionais desenvolvidas eram

triagem socioeconômica, elaboração de fichas informativas sobre o cliente para ajudar o médico no tratamento, distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente mediante entendimentos com o empregador, cuidado com relação aos fatores emocionais e psicológicos do tratamento, adequação do cliente à instituição com a obtenção de sua confiança (BRAVO, 2013, p. 156).

Conforme já relatado no item anterior, o Serviço Social surgiu no Brasil a partir do reconhecimento, por parte da classe política dominante, de que somente a coerção não era suficiente para manter a coesão social, era necessário atuar sobre a questão social através de políticas sociais. Na sua emergência, a profissão era orientada pela ideologia da Igreja Católica, tinha um caráter bastante conservador e os/as profissionais eram vistos/as como dotados/as de vocação para recuperar o homem e ajustá-lo à sociedade. Assim, a atuação do Serviço Social via os problemas de forma personalizada, individualizada, aparente e sem relação com um contexto político, social e econômico mais amplo.

De acordo com Bravo e Matos (2008), a partir da década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma concepção ampliada de saúde que não se limitava aos aspectos físicos e biológicos da doença, mas considerava também as necessidades humanas básicas como fatores que determinam e condicionam a saúde, exigindo a atuação de outros profissionais, entre eles os/as assistentes sociais, que passaram a ter uma atuação mais expressiva nessa área.

Retomando o que foi colocado no capítulo que aborda a política de saúde, o Brasil não ficou à margem dessa discussão sobre a ampliação do conceito de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária reuniu reivindicações em prol do reconhecimento da saúde enquanto direito de todos e do fortalecimento da saúde pública no país. O Serviço Social participou ativamente desse momento político, contribuindo para que o campo da saúde fosse fortalecido e mais politizado. O resultado desse movimento se materializou na Constituição Federal de 1988 e na criação do SUS. Nesse sentido, Sodré (2010, p. 454) afirma que

o nascimento do SUS é verdadeiramente um produto das lutas sociais, nas quais os assistentes sociais tiveram importante contribuição e trouxeram para si a afirmação de um referencial teórico até então hegemônico pautado nas reflexões de uma teoria social crítica e comprometida com um projeto de sociedade que determinou toda a história subsequente desta profissão.

O Serviço Social passou a ser reconhecido como profissão da saúde através da Resolução nº 218, de março/1997, do Conselho Nacional de Saúde, bem como teve sua caracterização como profissão da saúde pela Resolução nº 383 de março/1999 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

No que se refere à saúde, o processo de trabalho profissional se orienta tendo em vista os princípios e diretrizes contidos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal nº 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde. Ressalta-se que os profissionais se orientam também pelas demais legislações sociais que corroboram para o entendimento da saúde em uma concepção ampliada, principalmente as Leis Federais nº 8.213/1990, que dispõe sobre a Previdência Social, e a nº 8.742/1993, que dispõe sobre a Assistência Social, no que se refere à perspectiva da proteção social instaurada pela Seguridade Social.

Ademais, os/as assistentes sociais devem pautar o seu processo de trabalho no fortalecimento da saúde enquanto direito social universal e na concretização do conceito ampliado, que envolve os vários determinantes e condicionantes, em uma perspectiva crítica da realidade. Para tanto, a Lei de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética profissional são ferramentas essenciais.

Além das leis referidas acima, nos espaços sócio-ocupacionais da Política de Saúde, os/as profissionais são orientados pelos “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, documento referência para a intervenção na área, elaborado pelo conjunto CFESS/CRESS no ano de 2010. Os Parâmetros contêm “orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde” (CFESS, 2010, p. 9-10). Esse documento considera que a atuação dos/as assistentes sociais na saúde se dá em quatro grandes eixos: atendimento direto ao usuário; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), as demandas para os/as profissionais nessa área podem ser divididas em pelo menos dois tipos: as explícitas e aquelas que se referem às condições reais de vida dos usuários. As principais demandas explícitas apresentadas pelos Parâmetros são: solução quanto ao atendimento, reclamação com relação à qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento, não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizá-lo, desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, entre outras. Já as demandas referentes às condições reais de vida dos usuários são: desemprego e

subemprego, ausência de local de moradia, violência (doméstica, sexual, psicológica, financeira), acidentes de trabalho, abandono e negligência, entre outras.

É interessante ressaltar que, muitas vezes, no cotidiano profissional, os usuários chegam com demandas explícitas que estão, naquele momento, muito mais no plano do aparente, aparecem fragmentadas, fora de um contexto mais amplo e de uma relação com a realidade social. Faz-se necessário que o/a assistente social ultrapasse as barreiras do aparente, buscando desvendá-lo e compreendê-lo em sua totalidade, com o objetivo de atender e dar resolutividade, de fato, às necessidades sociais dos usuários.

O eixo do atendimento direto aos usuários refere-se às ações desenvolvidas pelos/as assistentes sociais nos diversos espaços institucionais da política de saúde, nos quais estejam inseridos/as compondo a equipe multiprofissional, sejam essas instituições da atenção básica ou da média e alta complexidade, incluindo também a rede da saúde mental, nos níveis federal, estadual e municipal. O referido eixo é subdividido em ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas (CFESS, 2010).

As ações socioassistenciais são aquelas em que, diante das demandas apresentadas pelos usuários, sejam elas aparentes ou implícitas, os/as profissionais informam, orientam acerca dos direitos sociais; encaminham para outras instituições que compõem a rede de políticas sociais, para que o usuário tenha a sua demanda atendida; constroem o perfil socioeconômico dos usuários, a fim de conhecer as suas reais condições de vida, enfatizando os determinantes sociais do processo saúde x doença; realizam visitas domiciliares e institucionais; emitem pareceres técnicos em matéria de Serviço Social, entre outras (CFESS, 2010).

As ações de articulação com a equipe de saúde da instituição referem-se àquelas em que o/a assistente social participa da elaboração de propostas de trabalho em conjunto com os demais profissionais; atua na construção e implementação de treinamento e capacitação dos diversos profissionais que atendem diariamente à população tendo em vista alcançar o atendimento humanizado nas instituições da política de saúde; realiza atendimento à família em caso de óbito, cabendo ao/à profissional de Serviço Social esclarecer acerca dos benefícios e direitos referentes à situação, tais como os benefícios previdenciários; notifica às autoridades e instituições competentes, bem como acompanha, as situações de violência à criança, adolescente, mulher, idoso e outros segmentos da população, emitindo, inclusive, parecer social (CFESS, 2010).

Ainda quanto às ações de articulação com a equipe multiprofissional, é importante ressaltar que o/a assistente social deve deixar claro, para os demais profissionais, quais são suas reais competências e atribuições privativas. Tal ação é necessária para que os demais

profissionais reconheçam o Serviço Social enquanto partícipe da equipe da instituição e não requisitem aos/às assistentes sociais ações que não são de sua competência, tais como: solicitação de ambulância, comunicação de óbito e identificação de vagas em outras unidades de saúde para transferência hospitalar (CFESS, 2010).

Por fim, as ações socioeducativas são aquelas que visam socializar informações e orientar os usuários e a família. Essas ações se dão através de abordagens individuais e coletivas e têm como objetivo informar sobre direitos sociais, saúde enquanto direito, rotinas e normas da instituição, bem como orientar acerca das diversas instituições que operacionalizam as políticas sociais, entre outras. Destaca-se que essas ações não devem se restringir apenas ao ato de prestar informações, como mera rotina, mas devem estimular a reflexão crítica dos usuários. Ademais, os/as profissionais devem sensibilizar os usuários para o fato de que a saúde é um direito de todos, reconhecido e garantido constitucionalmente, portanto, o acesso aos serviços e às instituições da política de saúde não se trata de um favor (CFESS, 2010).

O segundo eixo, mobilização, participação e controle social, refere-se às ações que têm o objetivo de incentivar a participação ativa dos usuários e das famílias nos espaços democráticos de planejamento e controle social da política de saúde e das demais políticas, tais como as Conferências e os Conselhos de saúde, bem como nos espaços dentro de cada instituição, como a ouvidoria, por exemplo, que deve ser o elo de comunicação entre os usuários e a instituição (CFESS, 2010).

O terceiro eixo, investigação, planejamento e gestão, engloba as ações que visam fortalecer a gestão democrática e com participação popular na política de saúde, sempre em favor da garantia dos direitos sociais dos usuários. O/A assistente social vem sendo requisitado para atuar nas esferas de planejamento, gestão e coordenação das políticas sociais, incluindo a saúde. Tal atuação deve-se pautar na busca da intersectorialidade, tendo em vista fortalecer a Seguridade Social, bem como a articulação desta com as outras políticas sociais. Para contribuir no processo de planejamento, o/a assistente social deve realizar investigação social para conhecer o perfil e as demandas da população usuária da política de saúde, propondo para ela estratégias e reformulações, nos três níveis de governo (CFESS, 2010).

O quarto e último eixo, assessoria, qualificação e formação profissional, refere-se às atividades de aprimoramento dos/as profissionais, bem como à qualidade da formação dos/as estudantes de Serviço Social. Fazem parte desse eixo: a supervisão de estagiários de Serviço Social; a participação em eventos científicos da área, tendo em vista trocar informações, socializar experiências; a assessoria, em matéria de Serviço Social, às esferas de gestão da política de saúde e aos movimentos sociais, entre outras (CFESS, 2010).

É importante apontar que um dos grandes desafios que se apresentam para a profissão na contemporaneidade é atuar sobre as expressões da questão social em um cenário de constantes disputas entre o desenvolvimento acirrado do capital e o âmbito social. O capitalismo, em sua versão neoliberal, minimiza a responsabilidade do Estado no que se refere às demandas da sociedade civil. Nesse contexto, entra em campo, através do neoliberalismo, um projeto de privatizações, focalizações, seletividade e fragmentação das políticas sociais. Tais aspectos têm influência direta sobre o modo de vida da população, sobre os problemas sociais, bem como no processo de adoecimento da mesma.

A constante disputa entre o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária também impacta diretamente o processo de trabalho do Serviço Social na Política de Saúde, pois cada um dos projetos tem requisições diferentes para os/as profissionais. O primeiro considera a saúde como mercadoria e defende que o Estado deve focalizar as ações da referida política apenas para os mais pobres, que não possuem condições de pagar por serviços de qualidade (BRAVO, 2008) e exige que os/as assistentes sociais atuem de forma focalizada, atendendo às demandas aparentes, sem refletir sobre os diversos aspectos que estão envolvidos no processo saúde-doença (BRAVO; MATOS, 2008; CFESS, 2010).

Já o projeto da Reforma Sanitária exige que o/a profissional de Serviço Social, inserido no âmbito da Política de Saúde, atue considerando os determinantes sociais do processo saúde-doença, em um processo de trabalho que vá além das demandas aparentes e se articule com as demais políticas públicas. Exige também um olhar crítico sobre a realidade, em uma perspectiva de totalidade, tendo em vista o reconhecimento da saúde enquanto concepção ampliada, direito universal e dever do Estado. Tal projeto tem relação direta com o projeto ético-político da profissão (CFESS, 2010).

Diante do exposto, percebe-se que, embora seja constantemente desafiado pelo capital, que exige respostas imediatas e desvinculadas da compreensão da totalidade social, o/a assistente social, munido/a das dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa que orientam o seu processo de trabalho, constitui-se como um/uma profissional estratégico/a para os serviços da Política de Saúde, pois reúne condições para se colocar com um olhar ampliado e crítico diante das demandas sociais, pautando-se nos ideais da Reforma Sanitária e no seu Projeto Ético-Político.

### **4.3 O Serviço Social no Hospital de Urgência de Teresina e a perspectiva da intersetorialidade entre políticas sociais**

Atualmente, a rede de saúde de Teresina, atendendo ao modelo de organização do SUS que prevê a descentralização das ações e serviços para a esfera municipal, é composta por noventa e duas (92) Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas por zonas: Zona Leste/Sudeste (36), Zona Sul (29), Zona Norte (27); duas (02) Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), localizadas nos bairros Renascença e Promorar; quatro (04) hospitais de pequeno porte, com capacidade operacional de até 49 leitos, localizados nos bairros Matadouro, Parque Piauí, Primavera e Santa Rosa; seis (06) hospitais de médio porte, sendo três (03) hospitais e maternidades (localizados nos bairros Promorar, Satélite e Buenos Aires), dois (02) hospitais gerais (localizados nos bairros Dirceu Arcoverde II e Monte Castelo) e uma (01) maternidade (localizada no bairro Dirceu II) (PREFEITURA DE TERESINA, 2016).

A cidade conta também com um (01) Centro Integrado de Saúde (Lineu Araújo), que oferta consultas e exames em várias especialidades; três (03) Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); sete (07) Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), que atendem pessoas com transtornos mentais; e uma (01) Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil, que oferece acompanhamento para crianças e adolescentes que usam substâncias psicoativas (PREFEITURA DE TERESINA, 2016).

Por fim, a rede municipal de saúde é composta também pelo Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha (HUT), cenário desta pesquisa. Inaugurado em 05 de maio de 2008, é uma instituição pública de saúde referência em urgência e emergência para o Piauí, assim como para outros estados do Norte e Nordeste brasileiros, tendo 431 leitos disponíveis e atendendo os níveis de média e alta complexidade. É importante apontar que, antes da fundação do HUT, a média e a alta complexidade da política de saúde no Piauí eram executadas apenas pelo Hospital Getúlio Vargas, instituição estadual.

De acordo com o Relatório Anual de Atividades de Teresina de 2016, o HUT atendeu 48.519 pessoas nesse ano, sendo que 72% dos pacientes atendidos eram domiciliados em Teresina, 23% eram de outras cidades do Piauí, e 4% eram provenientes de outros estados, principalmente do vizinho Maranhão.

O HUT conta com uma equipe multiprofissional, que abrange os diferentes profissionais da saúde e os diversos prestadores de serviços de nível médio (profissionais da limpeza, administrativo, refeitório, entre outros). É composta por 1.388 profissionais, e desse total, 15 são profissionais de Serviço Social, que se dividem para atender duas áreas de atuação no

hospital: Serviço Social do Pronto Atendimento e Serviço Social das Clínicas, atuando sobre as expressões da questão social que se manifestam no âmbito hospitalar.

De início, pretendia-se realizar esta investigação com a totalidade dos/as assistentes sociais do HUT. Porém, após uma análise mais aprofundada na literatura que aborda o processo de trabalho do Serviço Social na saúde, percebeu-se que o trabalho dos/as profissionais no Pronto Atendimento tem algumas especificidades, por exemplo: atuam em ritmo de plantão, com demandas que exigem resolução mais imediata, o que muitas vezes não permite um acompanhamento sistemático das ações. Por conta disso, os sujeitos desta pesquisa foram os/as assistentes sociais que atuam nas clínicas médica, neurológica, cirúrgica, ortopédica, pediátrica e Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) do HUT, totalizando seis (06) profissionais.

O presente estudo utilizou como principal instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro previamente estabelecido (APÊNDICE A), organizada em três eixos fundamentais, a saber: identificação e caracterização dos/as assistentes sociais sujeitos da pesquisa; mapeamento do processo de trabalho dos sujeitos; e identificação dos limites e possibilidades do processo de trabalho na perspectiva da intersectorialidade.

O primeiro eixo visou a uma aproximação inicial com os sujeitos, buscando identificar dados básicos, tais como idade, sexo, tempo e instituição de formação e tipo de vínculo com o HUT (efetivo ou terceirizado). Já o segundo eixo teve como objetivo mapear a materialização da intersectorialidade entre a política de saúde e as demais políticas da Seguridade Social através do processo de trabalho dos/as assistentes sociais no HUT, identificando e analisando os elementos que o compõem, e a relação entre esses elementos e a perspectiva da intersectorialidade entre políticas sociais no cotidiano profissional. Por fim, o terceiro eixo visou identificar os principais limites para que o processo de trabalho do Serviço Social atue na perspectiva da intersectorialidade, bem como destacar as possibilidades percebidas pelos/as profissionais.

É importante apontar que o presente estudo também pretendia realizar uma pesquisa documental nos planos de trabalho do Serviço Social das Clínicas do HUT, bem como nos relatórios de atividades e nos relatórios de encaminhamentos, a fim de agregar mais elementos para o entendimento do objeto de estudo em questão. Porém, no momento da inserção no campo de pesquisa, os/as assistentes sociais relataram que o Serviço Social não possui os pretendidos documentos de forma sistematizada e atualizada.

A partir das perguntas relacionadas ao primeiro eixo da entrevista semiestruturada, foi possível identificar e caracterizar os/as profissionais sujeitos da pesquisa. Averiguou-se que todos/as os/as profissionais são do sexo feminino, com idades que variam entre 34 anos e 65

anos. Ademais, todas são formadas pela Universidade Federal do Piauí, com o tempo de formação variando entre 07 e 35 anos, e têm o grau de especialista como titulação máxima, sendo que uma (01) assistente social está inserida em um programa de pós-graduação em nível de mestrado.

Com relação ao trabalho no HUT, todas possuem vínculo institucional efetivo, pois ingressaram na instituição através de concurso público, bem como carga horária semanal de 30 horas, de acordo com o postulado na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/1993). Já com relação ao tempo de trabalho no local, duas assistentes sociais estão desde a fundação do hospital (09 anos), uma trabalha há oito (08) anos, uma outra, há cinco (05) anos, e duas profissionais trabalham há quatro (04) anos.

Para manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa, optou-se por identificá-los por meio das primeiras seis letras do alfabeto, na forma maiúscula. No quadro abaixo, seguem as informações sobre cada uma das assistentes sociais entrevistadas:

Quadro 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Sujeitos da pesquisa	Idade	Sexo	Local de formação	Ano de formação	Tempo de trabalho no HUT	Vínculo institucional	Carga horária semanal	Titulação máxima
A	50	F	UFPI	1989	09 anos	Efetivo	30 h	Especialista
B	60	F	UFPI	1982	09 anos	Efetivo	30 h	Especialista
C	65	F	UFPI	1983	04 anos	Efetivo	30 h	Especialista
D	41	F	UFPI	2001	08 anos	Efetivo	30 h	Especialista
E	53	F	UFPI	1989	04 anos	Efetivo	30 h	Especialista
F	34	F	UFPI	2010	05 anos	Efetivo	30 h	Especialista

Fonte: Elaboração própria (2017).

Ainda no primeiro eixo, as assistentes sociais foram questionadas se trabalhavam em outra instituição além do HUT e, em caso afirmativo, qual era a carga horária semanal. Apenas uma (01) profissional não possui vínculo empregatício com outra instituição. Quatro (04) assistentes sociais possuem vínculo com o Estado e uma (01) possui outro vínculo com a Prefeitura de Teresina, trabalhando em outro hospital. Todas cumprem a carga horária de 30 horas semanais.

O segundo eixo da entrevista buscou identificar a perspectiva da intersectorialidade entre a política de saúde e as demais políticas da Seguridade Social no processo de trabalho dos sujeitos da pesquisa no HUT. Para tanto, inicialmente, as profissionais foram indagadas sobre os elementos constitutivos do processo de trabalho.

De acordo com Iamamoto (2009b), colocar a prática do Serviço Social como trabalho e integrá-la como partícipe de um processo de trabalho significa reconhecer a centralidade que o

trabalho tem na sociedade e na organização das relações sociais, uma vez que é uma atividade fundamental do ser humano, que o diferencia da natureza, permite a satisfação de necessidades e o torna um ser social. Desse modo, o processo de trabalho do Serviço Social não está desconectado da sociedade.

As profissionais foram instigadas a descrever o processo de trabalho do Serviço Social no HUT, como se pode ver nas falas a seguir:

Processo de trabalho tá diretamente relacionado à nossa prática, não tem como trabalhar se você não tiver um processo de trabalho, não saber o que você vai trabalhar. Entendo o processo de trabalho isso: são as minhas ações, as minhas atividades e o porque [...] pra dar resposta (ASSISTENTE SOCIAL A).

Aqui no HUT [...] a nossa demanda, o nosso objeto aqui são os usuários do SUS. Objeto, assim, entre aspas: os recortes da questão social aqui na Política de Saúde. Além da questão de saúde em si, o que vem pra nós são as outras questões [...] as demandas são muito diversificadas, as necessidades são as mais diversas (ASSISTENTE SOCIAL D).

Nos depoimentos acima é possível perceber alguns elementos constitutivos do processo de trabalho: finalidade, trabalho propriamente dito e objeto. Para a Assistente Social A, o processo de trabalho não pode ser desvinculado da prática profissional no cotidiano porque, durante a mesma, há a necessidade de se estabelecer a finalidade da ação. Pode-se relacionar o pensamento da referida profissional com a concepção de Marx (2006), que considera que o trabalho do homem não se dá de forma aleatória, instintiva, mas é permeado por intenções, isto é, visa atender a uma finalidade previamente estabelecida. Assim, a profissional aponta que o trabalho do Serviço Social não é um mero fazer por fazer, pelo contrário, há a necessidade de estabelecer finalidade, de saber o porquê de uma determinada ação e planejar as ações tendo em vista atender a essa finalidade.

A Assistente Social D, na sua fala, pontua outro elemento essencial ao processo de trabalho de qualquer profissão, inclusive do Serviço Social: o objeto. A profissional aponta que o objeto sobre o qual incide a ação da profissão no HUT, instituição pública da política de saúde, é a questão social em suas múltiplas expressões. Guerra (2000) afirma que o espaço de atuação do Serviço Social, na divisão social e técnica do trabalho, se deu a partir do aprofundamento das expressões da questão social na sociedade capitalista e do reconhecimento de que a mesma deveria ser tratada como questão política, com intervenção do Estado, através de políticas sociais. Assim, um desses espaços de atuação é a política de saúde.

Ainda na fala da Assistente Social D, é possível apreender que, embora o espaço institucional seja um hospital, as demandas postas ao Serviço Social não se restringem apenas

àquelas relacionadas ao processo saúde x doença, mas são diversificadas, isto é, existem outras expressões da questão social que se manifestam nesse contexto. Isso corrobora o que é pontuado por diversos autores que abordam o processo de trabalho do Serviço Social na saúde e também pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, documento elaborado pelo CFESS. Parte-se do entendimento de que a realidade é permeada por contradições e que por trás de uma situação aparente podem ser desveladas outras situações, outras demandas sociais que requerem a atuação do/a assistente social.

Para reconhecer outras demandas além das aparentes, é imprescindível que o/a profissional tenha consciência crítica e clareza de que é necessário ir além do atendimento superficial e empreender investigação para conhecer a realidade concreta na qual o cidadão está inserido e suas reais necessidades sociais, uma vez que as múltiplas expressões da questão social resultam dos processos sociais produzidos e reproduzidos na sociedade capitalista por meio do conflito entre capital e trabalho (CARDOSO, 2017).

Ainda com relação aos depoimentos transcritos, é possível perceber que, embora citem alguns elementos que são constitutivos do processo de trabalho, não há compreensão clara do conjunto dos elementos do processo de trabalho do/a assistente social. Apoiado na concepção de Marx (2006), o trabalho do/a assistente social é pensado como processo, porque é constituído por objeto, instrumento, finalidade, produto e trabalho propriamente dito. Cada um desses elementos não pode ser visto de forma isolada dos demais, pois estão continuamente interligados. Quando são vistos e executados de forma isolada, o trabalho se torna limitado.

Durante as entrevistas, as assistentes sociais pontuaram que cada clínica do HUT tem uma assistente social como referência:

Aqui nós somos divididas em clínicas. Cada assistente social tem uma clínica de referência. Nessa clínica a gente dá conta de tudo, dá conta das visitas, dá conta das orientações [...] (ASSISTENTE SOCIAL B).

Eu tô aqui como referência para a pediatria, clínica pediátrica (ASSISTENTE SOCIAL A).

Eu fico mais na [clínica] cirúrgica. Na cirúrgica eu vivencio mais as consequências da violência urbana, falando em recorte da questão social, lá é comum violência urbana porque tem muita gente vítima de arma branca, de arma de fogo, tem também mulheres vítimas de violência. Mas a gente vê também violência no trânsito, pessoas em situação de rua [...] são os casos que mais vêm pra nós (ASSISTENTE SOCIAL D).

Eu sou a técnica de referência da unidade de queimados. Na unidade de queimados, a internação é considerada de longa permanência (ASSISTENTE SOCIAL E).

A partir das falas anteriores, percebe-se uma característica do processo de trabalho das profissionais do HUT: a organização por clínicas. A referida instituição é um hospital referência para urgência e emergência e as clínicas estão destinadas à internação por um período mais prolongado, sendo elas: pediátrica, médica, neurológica, cirúrgica, ortopédica e unidade de queimados. Ao referenciar uma clínica, cada profissional pode se deparar com especificidades que requerem atuações diversificadas. Um exemplo disso é apontado no depoimento da Assistente Social D ao afirmar que as expressões da questão social na sua clínica de referência estão principalmente relacionadas à violência urbana em suas várias vertentes.

Porém ressalta-se aqui que, mesmo existindo especificidades em um mesmo contexto sócio-ocupacional, o/a profissional não pode perder de vista que as expressões da questão social fazem parte de um contexto mais amplo de conflito entre capital e trabalho, e que as mesmas se manifestam de várias maneiras, desde a ausência ou insuficiência de renda à violação de direitos e não acesso aos bens e serviços. É nessa perspectiva que Iamamoto (2009b) aponta que o conhecimento da realidade é uma condição necessária para o exercício profissional do/a assistente social. É imprescindível compreender que a questão social assume, na sociedade capitalista, particularidades que se manifestam na vida dos sujeitos sociais, tanto individuais, como da criança, do idoso, da mulher ou, ainda, da coletividade, no caso das pessoas que não têm acesso à terra, por exemplo.

Além do conhecimento da realidade, também é imprescindível que o/a profissional estabeleça e tenha clareza de qual é a finalidade do seu processo de trabalho para, de fato, causar transformações efetivas na vida dos sujeitos que demandam a sua intervenção.

Quanto à finalidade do processo de trabalho do Serviço Social na instituição, as profissionais apontaram o seguinte:

A finalidade desse processo de trabalho é trabalhar junto a essa população a questão dos direitos, né? A gente trabalha sempre no resgate desses direitos, que a população usuária do Sistema Único de Saúde tem. Até porque, quando eles são bem informados, bem orientados, eles sabem exatamente o caminho que têm que seguir, pra onde vai, como vai, o que vai fazer. E também por considerar que o acesso à informação, pra mim, é o primeiro direito que eles têm, pra poder acessar os outros direitos (ASSISTENTE SOCIAL C).

Efetivar a política pública de saúde de forma a garantir o cumprimento do direito do usuário, através de informações, através de acesso aos benefícios e serviços, e o acompanhamento do tratamento. Porque a atuação do Assistente Social não se dá diretamente na saúde, mas no conjunto das variáveis que determina essa problemática, a doença, no caso. Então, assim, vai depender dos fatores sociocultural e econômico, a gente não atua diretamente na doença-saúde (ASSISTENTE SOCIAL E).

O Serviço Social trabalha com esse intuito de viabilizar o acesso aos direitos, seja na política de saúde ou em qualquer outra política social (ASSISTENTE SOCIAL F).

Percebe-se que, nos depoimentos citados, existe um elemento comum na definição de finalidade: a efetivação dos direitos sociais da população. Tal finalidade está em consonância com o que estabelece o projeto ético-político da profissão, bem como o seu Código de Ética. Os dois apontam que garantir a materialização dos direitos dos cidadãos é uma forma de ampliar a cidadania, tendo em vista garantir a equidade e a justiça social, bem como enfrentar as desigualdades socialmente produzidas e reproduzidas.

Ressalta-se que a intervenção do Serviço Social, na maioria dos casos, se destina à classe subalterna, isto é, à classe que vive do trabalho. Muitas vezes o cidadão desconhece quais são os seus direitos mais fundamentais e como acessar os bens e serviços referentes a tais direitos. Cabe, portanto, ao Serviço Social o reconhecimento da realidade em sua totalidade, para além do que está posto na aparência das demandas, bem como o reconhecimento de que o acesso à informação é um direito fundamental, como coloca a Assistente Social C.

Destaca-se também, a partir da fala da Assistente Social C, que uma das atividades exercidas pelo Serviço Social na política de saúde é democratizar as informações para os usuários. Tal ato é colocado pelo Código de Ética do/a Assistente Social como um dever do/a profissional em sua relação com os usuários. Ressalta-se que não se trata de um mero repasse de comunicados acerca das normas e rotinas da instituição, mas de um entendimento de que o cidadão é detentor de direitos sociais e deve conhecê-los para acessá-los. A socialização de informações deve incentivar o cidadão a desenvolver uma reflexão crítica acerca da realidade e de suas necessidades sociais (IAMAMOTO, 2009c).

A socialização de informações também é colocada pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) como uma das ações de caráter socioassistencial desenvolvidas pelos/as profissionais no atendimento direto aos usuários nas instituições da referida política.

A Assistente Social E considera que, no campo da política de saúde, o processo de trabalho do Serviço Social não se dá nos aspectos biológicos da doença. Tal depoimento vai em direção ao entendimento de que a profissão, orientada pelo seu projeto ético-político, se coaduna com as propostas defendidas pela Reforma Sanitária e pela definição de saúde estabelecida na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde no Brasil. Para tais documentos, não se pode considerar a saúde de forma reducionista, enquanto ausência de doença, pois existem diversos fatores que determinam e condicionam a saúde da população, sendo de ordem política, econômica, social e cultural. Daí a necessidade da atuação de equipes multiprofissionais nos grupos que respondem pela instituição de tal política.

Porém, conforme pontua Bravo (2008), o capitalismo, em sua versão neoliberal, defende a visão reducionista da saúde e o atendimento pontual, focalizado e fragmentado nas necessidades de saúde da população. Defende, ainda, o fortalecimento das instituições e dos planos privados de saúde, destinados aos que podem acessá-los pela via do mercado, e a redução das instituições públicas, com serviços que atendam os mais pobres dentre os pobres.

Depreende-se, assim, que o processo de trabalho do Serviço Social é permeado de tensões entre as requisições da concepção ampliada de saúde e da concepção neoliberal reducionista. Isso impacta diretamente nas ações desenvolvidas pelos/as profissionais, pois, como afirma Trindade (2012), ao mesmo tempo em que a profissão é direcionada aos interesses da coletividade dos trabalhadores e tem por finalidade a ampliação dos direitos sociais e o fortalecimento da cidadania, no cotidiano o/a profissional se depara com critérios de seletividade impostos pela instituição e pela própria política, o que gera a contradição universalidade x seletividade.

A Assistente Social F coloca que a finalidade do Serviço Social vai além de viabilizar os direitos na esfera da política de saúde, pois existem outras políticas sociais. Tal entendimento também se aproxima da concepção ampliada de saúde, pois, se existem diversos condicionantes e determinantes, uma única política social é insuficiente para atender as demandas dos cidadãos de forma mais integral, tendo em vista o alcance efetivo da proteção social. Isso coloca em cena a perspectiva da intersectorialidade entre políticas sociais, uma vez que a realidade social é complexa e multifacetada (JUNQUEIRA, 2004).

Como já apontado no item anterior, para que um objetivo previamente estabelecido saia do campo das ideias e se concretize na realidade, o profissional faz uso de instrumentos. As profissionais também foram questionadas sobre tal elemento do processo de trabalho e listaram:

Entrevista, acolhimento, escuta, preenchimento na hora da entrevista da história de vida da pessoa, dos dados pessoais da criança (ASSISTENTE SOCIAL A).

Visitas às enfermarias, escuta qualificada, atividade socioeducativa (ASSISTENTE SOCIAL C).

Os instrumentos que a gente trabalha: nós temos a entrevista, a ficha, que a gente preenche com os dados pra traçar perfil, e os encaminhamentos que a gente sempre dá dependendo de cada caso (ASSISTENTE SOCIAL D).

Os instrumentos de trabalho: a gente trabalha com relatórios, encaminhamentos, tem os nossos registros diários no nosso livro (ASSISTENTE SOCIAL E).

Percebe-se, a partir das falas acima, que as profissionais apontam apenas os instrumentos técnico-operativos como elementos constitutivos do processo de trabalho.

Reconhece-se aqui que a dimensão técnico-operativa é essencial para dar resolutividade às expressões da questão social que demandam a intervenção profissional. Porém faz-se necessário apontar que o/a profissional não pode perder de vista que os instrumentos que dão materialidade ao seu processo de trabalho se organizam em três dimensões, comportando também a dimensão teórico-metodológica e a ético-política, e que tais dimensões devem estar sempre articuladas.

A ênfase apenas no conjunto de técnicas pode levar o/a profissional a um processo de trabalho sem criticidade e limitado ao imediatismo, à resolução rápida de demandas sem problematizar sobre as suas reais causas e efeitos, bem como sem planejar quais as intervenções possíveis e seus efeitos na vida do cidadão. Isso acaba fragilizando a ação profissional.

Durante um processo de trabalho, faz-se uso de instrumentos tendo em vista alcançar uma finalidade que pode ou não ser materializada em um produto final. O processo de trabalho do/a assistente social, ao responder às demandas advindas das expressões da questão social, deve ter um produto como resultado de sua ação.

O produto da ação profissional do/a assistente social se dá nas condições materiais e sociais da população atendida em cada espaço sócio-ocupacional. O/A profissional atua diretamente com a classe que vive do trabalho, viabilizando o acesso aos recursos materiais, bem como impactando nas condições que possibilitam a sobrevivência da mesma. Ademais, a ação do/a assistente social também tem impacto nos aspectos que vão além do campo material, incidindo no campo social, nas áreas do conhecimento, da cultura, dos comportamentos, que afetam a vida dos sujeitos e servem para a criação de consensos na sociedade (IAMAMOTO, 2009b).

Quando questionadas acerca do produto do seu processo de trabalho no HUT, as profissionais apontaram o seguinte:

A gente tenta, no máximo possível, concretizar o acesso aos direitos. Aqui a gente dá a informação. Algumas coisas a gente consegue ver mais concretizadas na linha de proteção, quando é criança e adolescente, a gente consegue acompanhar o resultado daquela intervenção porque já sai de forma mais concreta daqui. Outros casos são os encaminhamentos, a gente espera que tenha dado resultado depois, mas a gente não consegue acompanhar. Então a gente fica no termo mesmo da mediação, da articulação, pra que esse produto final se concretize depois, né? Acesso aos benefícios, aos direitos [...] alguns, como o BPC, a gente já consegue ver o resultado final e a mudança que isso trouxe pra pessoa. Dependendo do tipo de benefício que a gente esteja mediando, a gente consegue ver o resultado (ASSISTENTE SOCIAL D).

É difícil de avaliar essa materialidade do produto final, porque a nossa questão não esgota aqui, a gente dá algumas orientações, mas são problemas que vão demandar uma intervenção de outras instituições e que a gente não tem essa resposta, nem pela instituição, nem pelo usuário, que não retorna (ASSISTENTE SOCIAL F).

Por seus depoimentos, percebe-se que as profissionais têm dificuldade de apontar o produto do seu processo de trabalho. No depoimento da Assistente Social D, é colocado que se busca a concretização do acesso aos direitos como produto. Porém a referida profissional afirma que, via de regra, não consegue acompanhar o resultado final da sua ação. Ela ressalta que, em alguns casos, é possível perceber o produto da intervenção profissional, principalmente quando se trata do deferimento de concessão de benefício assistencial, tal como o BPC.

A Assistente Social F coloca que o processo de trabalho das profissionais não se limita ao HUT, não sendo, portanto, possível mensurar o resultado das intervenções, uma vez que ele depende do processo de trabalho realizado em outras instituições. Ambas as profissionais apontam que cabe ao processo de trabalho do Serviço Social no HUT as orientações e informações prestadas aos usuários para que tenham acesso aos benefícios e direitos.

Apreende-se também, pelos depoimentos, que as profissionais têm uma visão limitada acerca do produto do seu processo de trabalho. Percebe-se que é mais fácil identificar os resultados no campo do material, que se refere diretamente às condições de sobrevivência da população, principalmente quando se trata do acesso a um benefício financeiro que impacta diretamente a sobrevivência do usuário e de sua família. Não há referências aos impactos produzidos no campo imaterial, que se referem ao âmbito ideológico da vida dos cidadãos.

Ressalta-se que, quando o/a profissional orienta, informa e presta esclarecimentos sobre direitos sociais e a forma de acessá-los, está interferindo no campo dos comportamentos, das atitudes, do nível de consciência crítica e provocando mudanças na vida imaterial dos sujeitos, que podem ou não provocar mudanças também no campo material em longo prazo. Assim, conforme aponta Iamamoto (2009b), nem sempre o produto do processo de trabalho do/a assistente social pode ser corporificado em coisas materiais e é imprescindível que o profissional tenha consciência disso para não limitar o seu processo de trabalho à resolução de demandas imediatas no campo do material.

Quanto às demandas, que são expressões da questão social, que requerem articulação intersetorial, de acordo com a percepção das assistentes sociais do HUT, são as seguintes:

As vítimas de violência urbana, a mulher vítima de violência doméstica, a criança e adolescente vítima de violência, o idoso em situação de abandono, de violência também, o usuário dependente químico, o usuário em situação de rua, o usuário com transtorno mental em situação de abandono (ASSISTENTE SOCIAL E).

As situações de violência, seja contra criança, contra mulher, contra o idoso [...] as questões relacionadas às deficiências, que a gente atende também muitos usuários amputados, que se tornaram deficientes, às vezes por perder algum membro ou até uma deficiência neurológica que ele adquiriu por algum trauma, porque como é um hospital de trauma, a gente atende muitos usuários que ficam com sequelas permanentes e isso vai demandar articulação tanto da rede socioassistencial como da

própria rede de saúde, onde a gente tem que articular com a equipe de saúde da família, com o NASF, com a EMAD (que é a equipe que faz esse acompanhamento domiciliar, a equipe multiprofissional que atende no domicílio) (ASSISTENTE SOCIAL F).

De acordo com os depoimentos citados, percebe-se que a violência é uma das expressões da questão social que mais se manifestam no cotidiano profissional do HUT e que requerem articulação com outras instituições das políticas sociais. Essa expressão da questão social perpassa por diversos segmentos populacionais, tais como criança, adolescente, mulher e idoso. Ademais, as demandas citadas acima possibilitam vislumbrar outras expressões da questão social, como, por exemplo, população em situação de rua, população que faz uso de substâncias psicoativas e população com transtorno mental que é negligenciada/abandonada. Para além dessas, as outras demandas referem-se às situações de pessoas que adquirem algum tipo de deficiência por conta de um problema de saúde.

As demandas citadas pelas profissionais corroboram o entendimento de que, embora inseridas em um espaço ocupacional que operacionaliza a política de saúde, as expressões da questão social que se manifestam nesse espaço são amplas e variadas, o que requer que as profissionais tenham uma visão mais ampliada durante o seu processo de trabalho, tendo em vista ir além do aparente e do imediato.

A partir das falas das assistentes sociais acima, também é possível visualizar que, na política de saúde, as demandas apresentadas pelos usuários requerem que os/as profissionais tenham o conhecimento das instituições e dos serviços ofertados no âmbito de várias políticas sociais, bem como conhecimento das instituições e dos serviços da própria política de saúde, indo além dos muros do HUT.

Nas falas, as profissionais apontam demandas relacionadas às políticas voltadas para as mulheres, para as crianças e adolescentes, para o idoso, para a pessoa com transtorno mental e dependência química, bem como para as pessoas com deficiência. Ademais, a Assistente Social F também aponta as demandas que envolvem a esfera da atenção básica da política de saúde, como o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), que atende as pessoas que, por conta de problemas de saúde, possuem dificuldades para ir até uma Unidade Básica de Saúde.

A partir da identificação de algumas demandas que requerem articulação intersetorial, as profissionais foram questionadas sobre a forma como essas demandas chegam até o Serviço Social:

Algumas chegam através de demanda espontânea, outras a gente identifica no decorrer do atendimento nas clínicas, e algumas são encaminhadas pela enfermagem

ou pelo profissional médico, principalmente quando envolve criança após avaliação médica, o próprio médico solicita a intervenção do Serviço Social (ASSISTENTE SOCIAL E).

Tanto pela busca ativa, que a gente faz a visita às enfermarias todos os dias, dentro do que for possível a gente tenta acompanhar o máximo possível. Mas vem em sala [do Serviço Social] também, tem a procura espontânea, tem o encaminhamento de outros profissionais. Como aqui a gente tá no primeiro andar, então esse paciente já passou lá pela admissão, algumas coisas são identificadas ainda quando chega na urgência, aí passa pelo Serviço Social de baixo [do Pronto Atendimento] e a gente dá continuidade. E outras coisas se observam depois que [o usuário] tá aqui, depois que a gente passa a acompanhar, que a gente vai descobrindo algumas necessidades, aí a gente passa a intervir. Mas a gente identifica pela nossa própria busca ativa, a passagem nas enfermarias, no acolhimento, na conversa com os usuários, mas pode ser encaminhado também. Acontece das duas formas (ASSISTENTE SOCIAL D).

Percebe-se, nas falas acima, que as demandas chegam ao Serviço Social de três formas: espontânea, busca ativa e encaminhamento por outros profissionais do HUT. Nas demandas espontâneas, os usuários procuram as profissionais em busca de informações e serviços e, a partir desse contato, as assistentes sociais identificam as demandas, aparentes ou ocultas, encaminhando para outras instituições. Já no processo de busca ativa, as profissionais procuram identificar as demandas diretamente nas enfermarias, por meio das visitas realizadas diariamente com objetivo de divulgar informações acerca das normas e rotinas da instituição.

A terceira forma refere-se ao encaminhamento por outros profissionais. Sabe-se que a concepção ampliada de saúde instaurada pela Constituição Federal de 1988 e pela regulamentação do SUS possibilita que outros profissionais atuem nas instituições de saúde, além daqueles diretamente relacionados aos aspectos biológicos da doença, tais como médicos e enfermeiros. Assim, o/a assistente social compõe uma equipe multiprofissional que abrange os diversos profissionais da saúde, tais como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem, psicólogos, nutricionistas, dentre outros.

Nesse sentido, compreende-se que o processo de trabalho do/a assistente social não deve ocorrer de forma isolada dos processos de trabalho dos demais profissionais, ou seja, para além de uma equipe multiprofissional, há a necessidade do processo de trabalho ser interdisciplinar, levando em consideração os saberes dos diversos profissionais tendo em vista alcançar o completo bem-estar dos usuários.

Percebe-se que existe uma diferença entre equipe multiprofissional e equipe interdisciplinar. Enquanto a primeira refere-se apenas à justaposição de profissionais em uma mesma instituição, com nenhuma ou pouca interação entre si, a segunda identifica uma equipe que realiza um trabalho conjunto, onde os saberes de todos os profissionais são valorizados. A existência de uma equipe multiprofissional não significa, necessariamente, a existência de um

trabalho na perspectiva da interdisciplinaridade. De acordo com Mioto e Nogueira (2009, p. 229),

a interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

Conforme já pontuado no item anterior, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde também consideram a interdisciplinaridade como perspectiva a ser defendida no âmbito da saúde. Considera-se que cada profissional, de cada área, possui ângulos próprios de observação sobre os diversos determinantes e condicionantes da saúde dos usuários. Assim, a interdisciplinaridade deve colocar os diferentes profissionais e os diversos saberes específicos em uma relação horizontal, todavia, isso não significa que o saber de um anulará o saber do outro.

Os Parâmetros também defendem que os/as assistentes sociais devem ter certeza, convicção de suas atribuições e competências no âmbito hospitalar, bem como precisam tornar isso claro para os demais profissionais da equipe. Tal ato tem como objetivo evitar que os/as profissionais da instituição sejam requisitados para atender demandas que não estão nas suas competências ou atribuições privativas.

Assim, o encaminhamento ao Serviço Social de demandas que requerem articulação intersetorial por parte de outros profissionais deixa claro que os mesmos possuem um mínimo de clareza acerca dos determinantes sociais envolvidos no processo saúde x doença, bem como da atuação do assistente social sobre essas demandas. Porém ressalta-se que somente o encaminhamento de demandas entre profissionais não se caracteriza como interdisciplinaridade. Pelos depoimentos coletados durante as entrevistas, os profissionais do HUT atuam mais na perspectiva da multidisciplinaridade:

Tudo depende do teu olhar. Tu olha de um jeito, o enfermeiro já olha de outro jeito. O médico continua, infelizmente, focando só na doença, no biológico, o enfermeiro no cuidado [...] Aí quem vê o usuário em todas as suas dimensões, no biopsicossocial? Somos nós. Quem é que vê o direito? É o assistente social (ASSISTENTE SOCIAL C).

Depende muito do profissional. Quando é um profissional que tem esse conceito de saúde mais ampliado, o diálogo transcorre melhor, porque a linguagem se assemelha mais, mas aquele que tem aquela visão mais fechada de saúde, mais curativa, mais biológica, a gente tem um pouco mais de trabalho (ASSISTENTE SOCIAL D).

Pelos depoimentos anteriores, percebe-se que concretizar a concepção ampliada de saúde ainda se coloca como um desafio, mesmo após mais de trinta anos do início do movimento da Reforma Sanitária. Ainda se fazem presentes, no cotidiano institucional, resquícios da concepção reducionista de saúde como ausência de doença e a valorização dos profissionais de acordo com a especialização do saber. Isso se coloca como um entrave no trabalho interdisciplinar, na medida em que os especialistas não conseguem dialogar e focam somente na sua visão de saúde.

Embora não tenha sido apontado por nenhuma profissional entrevistada, o/a assistente social é dotado de um conjunto de capacidades teóricas, metodológicas e éticas que o possibilitam se posicionar de maneira mais crítica dentro do contexto hospitalar, a fim de reforçar que as necessidades sociais são parte constitutiva do processo saúde x doença, bem como romper com os resquícios da tradição curativa que coloca o médico, principalmente, em uma posição hierárquica superior em relação aos demais profissionais.

Diante da afirmação de que, durante o processo de trabalho das assistentes sociais no HUT, há demandas que requerem articulação intersetorial, as profissionais foram instigadas a citar algumas situações concretas do cotidiano profissional em que a mesma ocorre, para melhor exemplificar:

Uma adolescente que reside na zona rural de Picos deu entrada aqui no HUT vítima de acidente de trânsito, acidente de moto, onde o companheiro foi a óbito. A família vive numa situação de extrema pobreza e ela passou aproximadamente 30 dias em UTI e depois subiu pra clínica médica. No período que ela permaneceu aqui, que foi cerca de quatro meses, foi providenciada a documentação dela, porque ela só tinha a certidão de nascimento, foi agendada perícia médica e social na previdência social pra inclusão no BPC [...] Quando ela foi transferida para o hospital de Picos, a gente fez esse contato com as assistentes sociais do hospital, fizemos contatos com as assistentes sociais da secretaria de saúde e da secretaria de assistência social pra dar um suporte a essa família, porque como era zona rural a gente sabia que na situação que ela tava indo ia ser muito complicado (ASSISTENTE SOCIAL E).

Uma mãe que chega aqui que a criança tem um diagnóstico: parte do médico ele tá atestando que aquela criança é incapaz, ela tem uma doença que é degenerativa. Então na avaliação se entende que aquela criança tem direito a um benefício. O que é que a gente faz: orienta essa mãe do que é necessário [...] A gente liga para a Assistente Social [do INSS], agenda a perícia. A Assistente Social vem ao hospital e faz a perícia in loco, aqui no hospital, e depois vem o médico perito do INSS. A gente encaminha declaração, assina declaração que a criança está internada aqui, a mãe pega um relatório médico. Então, tem todo um processo até a concretização dela [criança] tá sendo contemplada com o BPC ou não, na maioria das vezes é contemplada. A gente participa de todo esse processo de tá nessa articulação, de tá querendo ver qual a possibilidade de vir [os profissionais do INSS]. A família fica nos perguntando e a gente fica nesse contato (ASSISTENTE SOCIAL A).

A partir dos depoimentos acima, é possível vislumbrar duas situações distintas que acabaram requerendo atuações distintas. O exemplo apontado na fala da Assistente Social A,

trata-se de uma demanda proveniente da Clínica Pediátrica, na qual uma criança, por conta de uma doença degenerativa, se tornou incapaz. A profissional relata todas as ações desenvolvidas pelo Serviço Social para que aquela criança seja beneficiada com o BPC. O primeiro ponto apontado é a identificação da demanda, seguido da divulgação de informações acerca do direito social para a responsável pela criança, no caso a mãe, e todos os requisitos e documentos necessários para dar início ao processo de requerimento. A Assistente Social A também indica que a articulação nesse caso ocorreu com o INSS e, diante da situação de saúde da criança, foi verificada a possibilidade das perícias social e médica serem realizadas no próprio hospital.

Já o caso exemplificado pela Assistente Social E se configura como mais complexo devido ao fato de a usuária ser proveniente de outro município e, por conta do acidente de trânsito, ter adquirido uma deficiência de caráter permanente. A profissional relata que foram feitas articulações intersetoriais por conta de três demandas: falta de documentação, acesso ao BPC, e a garantia de acompanhamento socioassistencial no retorno da jovem ao seu município de origem, pelas políticas de assistência social e saúde. Nesse caso, percebe-se que houve articulação entre a saúde, através do HUT, com as outras duas políticas que compõem a Seguridade Social.

A partir da identificação das demandas que requerem que o Serviço Social se articule com instituições de outras políticas e da exemplificação de duas situações concretas, as profissionais foram questionadas sobre a forma como ocorrem as articulações intersetoriais com as políticas da Seguridade Social:

Ela se dá das duas formas: formal, que é quando a gente faz o relatório, aciona a rede, geralmente primeiro faz-se o contato telefônico dizendo da necessidade, mas vai o relatório junto, e usamos também da estratégia de conhecer alguém e tá fazendo essa articulação também [...] mas a maioria das vezes tá sendo formal, porque, independente disso, tem que ser atendido (ASSISTENTE SOCIAL A).

Muitas vezes por contatos telefônicos, outras vezes a gente realiza a visita institucional mesmo, elabora documentos com parecer e encaminhamentos das demandas. E a gente tem realizado atividades aqui no hospital, onde a gente convida profissionais dessas instituições pra rodas de conversas, palestras, pra que haja essa interação maior entre os serviços (ASSISTENTE SOCIAL E).

Tem de tudo um pouco, a gente faz o contato, mas a gente formaliza, a gente oficializa, a gente manda o ofício, o e-mail, conforme seja a forma que eles [profissionais de outras instituições] exijam, mas antes a gente conversa, a gente articula e formaliza. Agora, é claro que o 'coleguismo' facilita, pelo menos pra nos ouvir, embora nem sempre a pessoa possa resolver, possa atender. Mas essa rede, que a gente diz que tem, tá muito ligada a essa questão mesmo de um bom relacionamento entre as equipes. Não é uma rede que exista mesmo, você faz e vai criando vínculos. Você criou um bom vínculo, é a equipe que você recorre mais. Pra assuntos mais gerais, tem aqueles profissionais que são mais acessíveis (ASSISTENTE SOCIAL D).

A partir dos depoimentos citados, percebe-se que, para as três assistentes sociais, existe a articulação intersetorial com outras instituições de maneira formal, sendo que o primeiro contato se dá, geralmente, por telefone, para depois seguir as exigências da instituição quanto à necessidade de relatório, parecer, ofício. A Assistente Social E destaca também a visita institucional, para encaminhar pessoalmente as demandas, bem como a realização de atividades socioeducativas dentro do hospital, convidando os profissionais de outras instituições para divulgar os seus serviços e conhecer os serviços do HUT.

Já as Assistentes Sociais A e D afirmam que as articulações intersetoriais também ocorrem de maneira informal, quando as profissionais usam a estratégia de conhecer algum profissional que trabalhe na instituição com a qual há a necessidade de articulação. Para elas, isso acaba sendo uma facilidade para acessar os serviços, ou pelo menos obter informações, de forma mais ágil.

A Assistente Social D afirma, ainda, que os serviços e as instituições não constituem, de fato, uma rede concreta e formalizada. Na visão da profissional, são as relações interpessoais entre os profissionais que guiam a forma como se dá a articulação, pois existem aqueles que são mais acessíveis, mais disponíveis, para atender a uma demanda encaminhada por outra instituição. Assim, quando existe um bom relacionamento entre os profissionais, a articulação ocorre de forma mais rápida e efetiva.

Quanto a essa questão dos encaminhamentos de maneira informal, Miotto e Schutz (2011) afirmam que os/as assistentes sociais tendem a se movimentar no campo da cultura do favor para atender às demandas oriundas da população. Nesse campo, há o estabelecimento de vínculos pessoais entre os profissionais e as instituições, bem como a “personalização” do atendimento e do encaminhamento. Tais práticas podem levar a situações em que o interesse privado se sobrepõe ao interesse da coletividade, estimulando também práticas clientelistas e assistencialistas no âmbito das políticas sociais, no atendimento às expressões da questão social.

Embora os/as profissionais tenham que ter clareza sobre o prejuízo de pautar suas ações no campo do favor, Miotto e Schutz (2011) também apontam que essa característica é proveniente da maneira como se deu historicamente a organização da administração pública e das políticas públicas, inclusive de corte social, no Brasil, onde há uma forte cultura patrimonialista do favor e da burocratização dos serviços.

Aliada a essa cultura está a forma de organização dos serviços públicos, com a forte divisão por especialidades, que acaba fragmentando a proteção social ao cidadão e guiando os processos de trabalho dos profissionais para o atendimento compartimentalizado das expressões da questão social. Ademais, o neoliberalismo exige dos profissionais o atendimento cada vez

mais focalizado, automático e terminal, e o Estado, cada vez mais, diminui os investimentos e os recursos para as políticas sociais (PEREIRA, K., 2014). É nesse sentido que a Assistente Social E afirma que:

Todo mundo trabalha no seu limite, sem recursos. Então, às vezes precisa que [outra instituição] acompanhe determinada situação, a família vai pra casa, às vezes a gente liga ou dá o encaminhamento pra o usuário, mas a gente sabe que vai ser difícil, que eles [profissionais de outras instituições] não têm 'perna' pra tá acompanhando aquela família, pra depois ver como é aquela condição [...] é difícil. E vai ficar mais difícil, com as mudanças que estão aí. Porque as demandas que vêm pra gente, pra o Serviço Social, são imensas, mas não vêm com recursos, com condições pra você resolver! Nem tudo dá pra se resolver com criatividade, nem tudo dá pra fazer no 'se vire'. Até que pela articulação a gente ainda consegue muita coisa, mas as condições não estão dadas nem os recursos estão aí, e parece que tá ficando mais escasso ainda (ASSISTENTE SOCIAL E).

As profissionais também foram questionadas se, diante de uma demanda que exige articulação intersetorial, há o processo de planejamento em conjunto com as instituições da previdência social e da assistência social para o estabelecimento de estratégias de ação:

O que existe de trabalho formal com essas outras instituições é junto ao INSS, junto à previdência, onde a gente tem essa articulação e um trabalho já planejado com a Assistente Social que vem aqui mensalmente pra tá dando essas palestras. Planejamento conjunto do HUT com a assistência social, assim bem concreto, que dê visibilidade, eu não vejo que tenha. Mas a gente informa pra o CRAS e CREAS da região através de documentos pra ficar registrado (ASSISTENTE SOCIAL C).

Não. A gente recorre por uma necessidade específica. Pode até trocar ideias, sugerir alguma coisa, mas intersetorialmente, sentar e tentar propor algo ainda não aconteceu. Não tem nada que eu me recorde, fora o INSS que a Assistente Social vem e tá sempre capacitando. Com outra instituição, não (ASSISTENTE SOCIAL D).

Na maioria das vezes é só encaminhando. A contrarreferência é um pouco complicada, quase não existe, às vezes a gente tem até que ficar cobrando, mas a gente tem procurado trocar informações e realizações conjuntas. Mas, na maioria das vezes, é só encaminhamento (ASSISTENTE SOCIAL E).

No sentido do planejamento de ações coletivas com as outras instituições, não. A gente faz até algumas ações em parceria, tipo: a gente promove atividades socioeducativas pra abordagem de um público maior, aí a gente convida essa colega Assistente Social dessa agência do INSS. Às vezes a proposta é pensada aqui e a gente faz o convite, mas no sentido de convidar eles [profissionais de outras instituições] pra pensarem junto, realmente essa é uma parte que deixa a desejar, ainda não tem esse planejamento conjunto. Tem assim: a gente planeja e convida a instituição (ASSISTENTE SOCIAL F).

Percebe-se, através das falas das profissionais, que o planejamento em conjunto com outras instituições não existe. As Assistentes Sociais C, D e F apontam que a ação que mais se aproxima de um planejamento em conjunto se dá com o INSS a partir de realização de atividades socioeducativas conduzidas pela assistente social da referida instituição. Porém tais

ações visam alcançar a coletividade e não estão diretamente ligadas a uma demanda específica. Não foi mencionada, no caso do INSS, nenhuma demanda singular sobre a qual ocorra um processo de planejamento concreto entre instituições para vislumbrar formas e caminhos de alcançar o atendimento integral e resolutivo da demanda. No caso do BPC, há somente o encaminhamento das demandas para o INSS.

Já com a política de assistência social não existe, a partir das falas das entrevistadas, um mínimo planejamento em casos concretos. O que ocorre é apenas o encaminhamento que, em caráter simplista, pode ser entendido como mero repasse de demandas para outra instituição.

Diante disso, é importante destacar que a intersectorialidade não pode ser entendida apenas como justaposição de instituições, muito menos como encaminhamentos realizados para repassar demandas. A intersectorialidade pressupõe que as instituições, os diversos setores, as diversas políticas, atuem de forma realmente integrada, com articulação de saberes e experiências, tendo em vista alcançar resultados sinérgicos diante de uma situação complexa. Tal perspectiva vai muito além da prática simplista de encaminhamentos (INOJOSA, 2001).

Assim, para realizar, de fato, ações com caráter intersectorial, é imprescindível o planejamento. Monnerat e Souza (2009) pontuam que o planejamento aparece em lugar central em todos os trabalhos que abordam a temática:

O planejamento não é entendido na perspectiva normativa e prescritiva, mas, ao contrário, considera a negociação de interesses a chave para a construção de sinergias entre diferentes atores e áreas de política. Neste caso, o planejamento deve ser a tradução da articulação entre saberes e práticas setoriais, considerando-se que no âmbito do planejamento conjunto a intersectorialidade deve se concretizar como síntese de conhecimentos diversos (interdisciplinaridade) para atuar sobre problemas concretos (MONNERAT; SOUZA, 2009, p. 204).

Destaca-se ainda que, no planejamento para o desenvolvimento de ações intersectoriais, o saber de cada setor, cada política, bem como dos profissionais que as representam, é respeitado e se coloca de maneira horizontal. Não deve haver a sobreposição de uma instituição sobre outra.

No depoimento da Assistente Social F também é pontuado que, algumas vezes, as profissionais do HUT planejam e executam uma determinada ação e convidam os profissionais de outras instituições para participarem. Embora isso seja importante, reflete uma característica própria da política de saúde: a concepção endógena que a mesma desenvolveu sobre a perspectiva da intersectorialidade. De acordo com Monnerat e Souza (2009), há uma forte tendência dos profissionais da saúde pensarem que os outros setores, as outras políticas, é que devem atender as suas convocações para o desenvolvimento de articulação intersectorial diante

de uma situação complexa. Porém as autoras apontam a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que afirma que há a necessidade de os profissionais que atuam na política de saúde serem receptivos às convocatórias de outras políticas. Isso significa romper com a visão endógena presente na referida política, bem como com a forte especialização do atendimento, que dificultam as práticas intersetoriais.

Quanto aos profissionais, inseridos nas instituições das políticas de Seguridade Social, que mais participam de ações de articulação com as Assistentes Sociais do HUT, relatou-se o seguinte:

Geralmente é de assistente social pra assistente social. Até mesmo os municípios, quando a gente vai explicar que aquela pessoa tá de alta e não tem como retornar, é com a assistente social. Porque quando a gente fala com outro profissional, ele fica jogando de um pra outro, e na hora que fala com assistente social [...] a gente fala a mesma linguagem (ASSISTENTE SOCIAL B).

Depende muito do tipo de demanda que chega pra nós, pode ser assistente social, mas pode ser outros profissionais. Mas, via de regra, é assistente social. Se a gente pensar nos outros órgãos da assistência, da seguridade, vai ser assistente social (ASSISTENTE SOCIAL D).

É com o assistente social. Tem facilidade, acho que a maneira de olhar. O olhar do assistente social é que faz a diferença nessa questão. Como a gente trabalha com defesa de direito, a gente não tem muita barreira pra trabalhar com a colega assistente social (ASSISTENTE SOCIAL C).

Assistentes sociais, médicos, conselheiros tutelares, advogados, promotores, assim, é tanta gente [...] enfermeiros. Internamente, a gente trabalha com todos eles: fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, técnicos [...] e fora daqui com outros operadores: assistentes sociais, psicólogos, educadores sociais. Acho que todos os profissionais de saúde, e não só de saúde, mas com outros operadores que estão nas outras políticas (ASSISTENTE SOCIAL F).

A partir dos depoimentos acima, é possível depreender algumas considerações importantes. Na fala da Assistente Social F aparece a indicação de que as articulações intersetoriais ocorrem a partir de articulação com múltiplos profissionais, a depender da natureza das demandas, bem como da natureza das instituições. Assim, mesmo que nem sempre seja possível ocorrer a interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade tende a ser respeitada.

Porém, nas falas das Assistentes Sociais B, C e D, se observa que existe também no processo de trabalho do Serviço Social, dentro da política de saúde, a tendência de valorizar a especificidade do trabalho do/a assistente social. No primeiro depoimento, a profissional considera que os/as assistentes sociais são mais acessíveis no momento de articular com outra instituição porque há convergências na linguagem e, portanto, no modo de pensar e atuar diante de uma determinada situação.

Embora seja mais cômodo articular somente com os/as profissionais do Serviço Social, não se pode perder de vista que, em todas as instituições em que trabalham, os/as profissionais estão inseridos/as em equipes multiprofissionais. Nesse sentido, conforme apontam os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais (CFESS, 2010), é imprescindível que o/a profissional assuma o seu lugar de partícipe da equipe institucional e interaja com os outros profissionais nas ações de planejamento, execução e avaliação dentro da instituição.

De acordo com o referido documento do CFESS (2010), a falta de clareza de outros profissionais acerca do objeto de trabalho do Serviço Social, da sua finalidade e das suas competências e atribuições, os tem levado a requisitar aos/às assistentes sociais tarefas que não são de sua competência, tais como marcação de consultas, solicitação de ambulâncias e comunicação de óbitos. Sobre esse aspecto, a Assistente Social B afirma que

o assistente social, na cabeça de muitos profissionais da instituição, é aquela pessoa que apaga incêndio. Dificilmente ele é chamado para planejar. Houve qualquer dificuldade com aquele paciente, com aquele usuário, é o Serviço Social que tem que dar jeito. Em parte, nós somos responsáveis por isso, às vezes a gente não diz a que veio. A gente também se impõe com muito pouco. Às vezes a gente não dá aquele caráter mais científico à nossa ação, a gente dá mesmo só como uma resposta, e nós somos as pessoas ‘boazinhas’ (ASSISTENTE SOCIAL B).

No depoimento acima, é possível perceber a característica de “faz tudo, resolve tudo” atribuída aos/às profissionais de Serviço Social dentro do espaço sócio-ocupacional do HUT, por parte dos profissionais de outras áreas do saber. Diante dessa problemática, cabe ao/à assistente social ter clareza das suas competências profissionais e atribuições privativas, bem como divulgá-las para os demais profissionais da equipe multiprofissional e se posicionar criticamente no sentido de não responder às demandas que não são da sua competência.

Quando não se posiciona acerca do seu papel profissional, o/a assistente social corre o risco de não conseguir executar o seu processo de trabalho de maneira crítica e planejada, isto é, tendo em vista o alcance de uma finalidade, atendo-se somente ao imediato e desenvolvendo ações burocráticas e repetitivas, adentrando, inclusive, nas competências de outros profissionais dentro da instituição (PEREIRA, 2015).

A partir da identificação de articulação intersetorial, as profissionais também foram questionadas sobre a possibilidade de acompanhar a resolutividade das demandas encaminhadas para outras instituições e deram as seguintes respostas:

Algumas a gente vê que sim. Esses benefícios que são mais concretos, que já estão regulamentados, a pessoa tem perfil, você sabe que vai dar certo. Nem sempre os outros a gente tem como acompanhar, a gente não tem como ver depois que sai daqui [do HUT], a gente não tem esse retorno, esse feedback depois. Só aqueles [casos] que

a gente consegue já ver concretizado quando sai daqui. Os outros a gente dá o caminho, orienta, informa e espera que essa informação tenha produzido algum fruto, mas a gente não consegue saber. A não ser que se concretize ainda aqui [no HUT]. A gente não tem tempo pra depois tá ligando, vão surgindo outras coisas e vai se renovando o ciclo das demandas. A não ser as vezes que a gente ou outra instituição solicite um relatório, mas, via de regra, não dá pra acompanhar depois que sai daqui (ASSISTENTE SOCIAL D).

É muita falha ainda essa questão da contrarreferência. Algumas instituições dão. Às vezes o CREAS dá uma contrarreferência, o INSS, dessa agência [zona sul] especificamente, a assistente social dá pra gente essa contrarreferência: 'olha, aquele caso que você encaminhou teve um problema assim [...]' ou 'consegui resolver' ou 'não deu para resolver agora, mas tá sendo encaminhado'. Mas a maioria dos outros serviços não tem (ASSISTENTE SOCIAL F).

Por suas respostas, depreende-se que as profissionais consideram difícil identificar se a intersetorialidade entre o HUT e as demais políticas sociais da Seguridade Social produzem respostas concretas às demandas dos usuários, devido à falta de contrarreferência das outras instituições e a própria dinamicidade do cotidiano que coloca sempre novas demandas e impede que o/a profissional do HUT busque o que foi produzido ao final da intervenção.

Porém, de acordo com Pereira, K. (2014), a dificuldade de saber se uma determinada articulação intersetorial provocou ou não mudanças positivas e concretas na vida do usuário se dá pelo fato de que o que ocorre na prática é apenas o repasse de demandas de uma instituição para outra. A intersetorialidade exige muito mais que isso, exige troca de saberes e experiências entre os profissionais das diversas instituições, bem como o planejamento em conjunto para decidir como agir diante de situações complexas. Ressalta-se que o trabalho em conjunto não deve restringir-se apenas ao momento do planejamento, sendo imprescindível também no momento da execução das ações e da avaliação. Somente a partir de um trabalho conjunto será possível acompanhar a resolução das demandas.

É importante apontar que a dificuldade de desenvolver ações em conjunto não é só culpa do/a profissional. O neoliberalismo exige que o Estado seja mínimo para atender as necessidades sociais da população. Isso se reflete em diminuição de recursos financeiros, materiais e humanos nas instituições, que impactam diretamente no processo de trabalho do/a assistente social. Enquanto as expressões da questão social se agudizam, com aumento de demandas para o Serviço Social, os recursos são cada vez mais escassos. O/A profissional acaba, no seu cotidiano, sendo engolido/a pela rotina burocratizante e o excesso de demandas. Tal fato dificulta o desenvolvimento de ações de caráter intersetorial (PEREIRA, K., 2014). Ademais, não existe, no âmbito das políticas sociais, a cultura do trabalho intersetorial em seu sentido mais amplo.

Por fim, o terceiro eixo do roteiro da entrevista semiestruturada buscou identificar quais são os principais limites para que o processo de trabalho do Serviço Social no HUT materialize a intersectorialidade entre a política de saúde e as políticas de Seguridade Social. Sobre isso, as profissionais apontaram o seguinte:

Desconhecimento destas políticas, destes dispositivos, e que isso tá ao alcance de todos. Ninguém pode fazer trabalho isolado. Falta de recursos, sim, limitação de recursos, mas nem sempre é a falta de recursos que impede o trabalho realmente nessa perspectiva (ASSISTENTE SOCIAL B).

Eu acho que o problema está em ter uma rede de fato, uma rede realmente construída, essa noção de que a gente tá aqui pra trabalhar mesmo intersectorialmente, e existir os serviços. Acho que a maior dificuldade é não ter serviços (ASSISTENTE SOCIAL D).

Pelos depoimentos acima, é possível afirmar que os limites para materialização da intersectorialidade ocorrem por falta de conhecimento dos/as profissionais acerca das políticas sociais e das instituições que as materializam; também por conta da insuficiência, e até mesmo inexistência, de alguns serviços.

Conforme já apontado anteriormente, além de ter clareza sobre o que lhe compete dentro da instituição, o/a Assistente Social também deve empreender esforços para realizar um processo investigativo sobre a instituição e a realidade social em que a mesma está inserida. Isso significa conhecer o território no qual determinada instituição se encontra, bem como os dispositivos institucionais das políticas sociais, a fim de que, diante de uma demanda complexa que exija respostas imediatas, o profissional saiba informar, orientar e encaminhar o usuário.

Quanto à insuficiência dos serviços, Behring (2016) aponta que, em um contexto denominado ‘crise do capital’, que, na verdade, se trata de um dos períodos cíclicos do próprio desenvolvimento capitalista, as políticas sociais são as mais penalizadas. Enquanto o capital busca o superlucro, os limites que cercam as políticas sociais são, ainda mais, limitados. Isso incide nas instituições e serviços, que são reordenados e se tornam cada vez mais residuais e focalizados nos mais pobres, de acordo com critérios de seletividade. Nesse sentido, Pereira, K. (2014, p. 171) afirma que

a prática intersectorial é prejudicada por problemas de natureza estrutural, no campo das políticas sociais, dentre os quais se podem destacar a complexificação das necessidades sociais, o excessivo volume de demanda por serviços sociais e a baixa destinação de recursos para o financiamento das políticas sociais, decorrente da redução do gasto público na área social, os quais comprometeram a quantidade e a qualidade dos serviços sociais oferecidos à população. Não obstante, tais debilidades, ao tempo em que afetam a setorialidade, afetam também a intersectorialidade, pois à medida que a prestação e o volume de serviços no âmbito das políticas setoriais são insuficientes para atender as demandas da população, consequentemente, a ação intersectorial é prejudicada.

As profissionais também foram questionadas sobre as potencialidades que o Serviço Social possui para materializar a intersetorialidade e responderam:

Eu penso que tá em nós profissionais, que daremos respostas a essas necessidades, a essas demandas que nos chegam e no profissional que tá do outro lado, em ser parceiro. A gente tem tido respostas positivas, tem muita gente que trabalha bem (ASSISTENTE SOCIAL A).

Eu acho que é na nossa prática diária mesmo, a gente tá insistindo, tá tentando mostrar na equipe. É um trabalho muito difícil. Eu acho que é um trabalho constante, diário, a gente tentando fazer um trabalho junto aos colegas do setor, da equipe, do grupo, da instituição sobre a necessidade e a importância de se trabalhar a intersetorialidade (ASSISTENTE SOCIAL C).

Eu acredito que no sentido de enfrentar os problemas sociais complexos, uma vez que o atendimento vai se dar de forma integral e na sua totalidade (ASSISTENTE SOCIAL E).

Enquanto profissão que atua diretamente sobre as expressões da questão social, o Serviço Social também é chamado para discutir, problematizar e propor estratégias de ação que materializem a intersetorialidade entre as políticas públicas no seu processo de trabalho, tendo em vista superar ações profissionais imediatistas e ir além das demandas aparentes dos usuários para atender suas reais necessidades, numa perspectiva de integralidade

entendida como princípio dotado de vários sentidos que consistem tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 6).

Os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde abordam a questão da intersetorialidade, afirmando que deve ser estimulada “tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais” (CFESS, 2010, p. 30). Tendo em vista tal prerrogativa, destaca-se que o assistente social é

portador de um inquestionável potencial que pode ser lapidado para uma contribuição mais ampla, à medida que, coletivamente, reúna forças, condições políticas e técnicas para construir informações sistematizadas, identificar e articular interlocutores, apresentar propostas para debate e no mínimo, colocá-las a serviço do controle social do Sistema de Seguridade, sobretudo articulando os movimentos ainda engajados na luta em prol do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira e em defesa do sistema de seguridade universal, público e de qualidade (COSTA, 2010, p. 232).

Nos depoimentos anteriores, as assistentes sociais ressaltam que cabe ao/a profissional o compromisso de pautar o seu processo de trabalho levando em conta a concepção da intersetorialidade entre políticas sociais. A Assistente Social E, em seu depoimento, coloca que

quando o/a profissional atua na perspectiva da intersectorialidade, o atendimento se dá de maneira mais integral, o que possibilita o enfrentamento de problemas sociais complexos.

Já a Assistente Social C, no depoimento anterior, aponta que também é necessário sensibilizar os demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional da instituição acerca da perspectiva da intersectorialidade no contexto da saúde. Acredita-se que, mesmo sendo difícil, é um apontamento importante, uma vez que ainda se faz necessário romper com a visão endógena que existe nesse âmbito, com a forte valorização de especialidades, bem como com a visão reducionista defendida pelo projeto privatista, que desconsidera os condicionantes e determinantes do processo saúde x doença.

Quando questionadas se a articulação intersectorial entre o HUT (política de saúde) e as demais políticas da Seguridade Social contribui para o fortalecimento da proteção social, as profissionais disseram o seguinte:

Contribui muito, no sentido que essas políticas têm que andar mesmo articuladas, tanto que formam o tripé da seguridade: saúde, previdência, assistência social. Então elas têm que andar assim. Quanto mais frágil essa articulação acontecer, quem é que vai sofrer o impacto? É o nosso usuário. O que tem de ganho para a proteção dos usuários? Os direitos garantidos, os direitos respeitados (ASSISTENTE SOCIAL C).

Contribui sim, sem dúvidas. No sentido de que essas políticas sociais não funcionam sozinhas, tem que haver uma interação entre elas pra que se garantam os direitos desses usuários. Porque esses direitos, na verdade, já são previstos na seguridade social, já estão legalmente assegurados, agora é pôr em prática (ASSISTENTE SOCIAL E).

Com certeza contribui, porque a gente trabalha com o recorte social que tem por trás dessas doenças, com as múltiplas expressões da questão social que chegam aqui. Por ser uma política de saúde, a gente tem uma limitação na resposta imediata, então, aquilo que precisa ser resolvido a médio e longo prazo vai ser articulado os outros serviços da rede de saúde, da rede socioassistencial. É algo que é fundamental pra você conseguir responder, não só de forma imediata, aquele problema. Porque as questões são muito complexas e demandam muito tempo, intervenções de várias áreas pra que você consiga garantir acesso aos direitos, à saúde, à alimentação, à habitação (ASSISTENTE SOCIAL F).

Pelos depoimentos acima, é possível perceber que as assistentes sociais entendem que a intersectorialidade é capaz de contribuir para o alcance de uma proteção social mais integral. A Assistente Social C ressalta que o próprio conceito de Seguridade Social inscrito na Constituição Federal de 1988 corrobora o entendimento de que as ações devem ocorrer de forma articulada, desde o planejamento até a execução e avaliação. Já a Assistente Social E afirma que os direitos sociais já estão garantidos nas legislações vigentes, porém o desenvolvimento de ações de articulação intersectorial podem contribuir para o fortalecimento e garantia dos mesmos.

A Assistente Social F pontua que, por trás das situações de saúde, das doenças, existem múltiplas expressões da questão social que não serão atendidas apenas no âmbito da política de saúde. Daí a necessidade de ações intersetoriais com outras instituições que compõem o tripé da Seguridade Social, a fim de ir além do atendimento das necessidades imediatas dos cidadãos e alcançar o atendimento integral, com resolutividade e mudanças concretas em suas vidas.

Ressalta-se aqui que, embora não apontado pelas profissionais durante a entrevista, materializar a intersetorialidade no processo de trabalho do/a assistente social na política de saúde requer que o/a profissional, munido dos arcabouços teórico-metodológicos, ético-políticos e legais, rompa com a aparência das demandas, decifrando criticamente a realidade para perceber as relações que fazem parte do processo de adoecimento da população e propor alternativas de trabalho condizentes com o projeto ético-político profissional. Para tal, é imprescindível romper também com práticas profissionais rotineiras e burocratizadas, tendo em vista que os sujeitos usuários do sistema de saúde alcancem o atendimento integral de suas demandas.

#### 4.3.1 A intersetorialidade entre o HUT e as políticas de Assistência Social e Previdência Social

Um dos objetivos desta dissertação é identificar se, durante o processo de trabalho das assistentes sociais do HUT (instituição que operacionaliza a política de saúde), as profissionais se articulam intersetorialmente com as instituições que operacionalizam as políticas de assistência social e previdência social, tendo em vista que, conforme apontado no capítulo anterior, a Constituição Federal de 1988 inaugura o conceito de Seguridade Social, composta por essas três políticas sociais, visando garantir a proteção social para os cidadãos brasileiros.

Nesse sentido, a partir da identificação das demandas que requerem articulação intersetorial, as assistentes sociais também foram questionadas se durante o processo de trabalho do Serviço Social no HUT há articulação com as políticas da Seguridade Social, objeto de estudo desta dissertação. Abaixo, vão suas respostas:

A gente tem uma articulação muito boa com o INSS, tanto na hora de tá informando os casos, principalmente de BPC para crianças, para pessoas 'sequeladas', vítimas de acidente. A gente já faz uma articulação, a Assistente Social [do INSS] tá vindo aqui mensalmente pra dar palestra, tanto pra nossa equipe, como pra acompanhantes, sobre os benefícios, as mudanças que aconteceram com a questão do BPC. E com a assistência social também tem uma parceria muito boa com os CRAS, com os CREAS, tanto nos encaminhamentos como às vezes em contato com [...] tem um paciente sem acompanhante, a gente liga pra região onde ele mora, aciona o CRAS e ele localiza a família, a gente sabe que eles têm todo esse cadastro, né? (ASSISTENTE SOCIAL C).

A gente trabalha muito em parceria com o INSS, porque muitos dos nossos usuários têm perfil para vários benefícios da previdência, principalmente auxílio-doença, que é um dos mais requisitados, tanto para o trabalhador da iniciativa privada, como aqueles que são microempreendedores, como aqueles também que são trabalhadores rurais [...] Então a gente tem todo esse perfil em que a gente encaminha muito, assim, os mais frequentes são a questão do auxílio (ASSISTENTE SOCIAL F).

Os CRAS, os CREAS a gente também tem uma articulação muito grande por conta das situações que precisam. Os CRAS quando a gente identifica que é uma família que tem perfil para algum dos programas, dos benefícios, seja Bolsa Família, Passe Livre [...] e os CREAS, as situações de violência, de violação de direitos, que a gente necessita que seja feito esse acompanhamento posterior à alta. Então a gente também tem essa ação frequente com os CRAS e os CREAS (ASSISTENTE SOCIAL F).

Por esses depoimentos, é possível vislumbrar que o Serviço Social do HUT, em seu processo de trabalho cotidiano, realiza articulação intersetorial com as políticas da Seguridade Social. No que se refere à Previdência Social, ao contrário do que a literatura coloca acerca de seu forte caráter centralizador e tradição burocrática, que dificultam e até mesmo impedem o desenvolvimento de ações concertadas com outras políticas setoriais (MONNERAT; SOUZA, 2011), as profissionais afirmam que se articulam bastante com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), autarquia federal que operacionaliza a previdência social.

Por ser um hospital de urgência, emergência e referência em trauma, o HUT recebe muitos usuários acidentados que ficam incapacitados, temporária ou permanentemente, para retornar ao mercado de trabalho. Com isso, surgem demandas acerca dos procedimentos necessários para requerer auxílio-doença e aposentadoria por invalidez. Além disso, quando a pessoa não tem a qualidade de segurado no INSS, ou seja, não contribuiu para a previdência, e adquire uma deficiência, a partir de um problema de saúde, há a possibilidade de requerer o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é um benefício da Política de Assistência Social, operacionalizado pelo INSS, instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que garante a transferência mensal de um salário mínimo para idosos com mais de 65 anos e pessoas com deficiência, de qualquer idade, que não têm meios de garantir sua própria sobrevivência.

De acordo com a fala da Assistente Social C, a articulação com o INSS não se resume ao mero encaminhamento de casos que vão requerer algum tipo de auxílio ou benefício. Há também o desenvolvimento de ações socioeducativas, com palestras da assistente social do INSS no próprio HUT, para os usuários, seus familiares e para a equipe multiprofissional do hospital, acerca dos requisitos necessários para requerer os serviços previdenciários, bem como acerca das mudanças e atualizações legislativas dos mesmos. Isso também contraria a literatura

sobre a temática e mostra que os profissionais da política de previdência social estão procurando romper com a burocratização e o isolamento dos seus serviços.

Quanto à política de assistência social, os depoimentos também indicam que há articulação intersetorial. As instituições mais apontadas pelas profissionais foram os Centros de Referência da Assistência Social (CRASs) e os Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREASs).

Durante a revisão bibliográfica empreendida para embasar esta dissertação, constatou-se que alguns autores, dentre eles Monnerat e Souza (2011) e Pereira, K. (2014), consideram que a política de assistência social é a que mais tem possibilidade de desenvolver ações de caráter intersetorial, uma vez que visa garantir os mínimos sociais e tem o seu objeto de intervenção multifacetado e permeado de complexidade. Ademais, tanto a Constituição Federal de 1988, como a Lei Orgânica da Assistência Social de 1993 e a Política Nacional de Assistência Social de 2004, entre outros documentos legais, trazem em seus textos a importância do trabalho integrado com outras políticas para enfrentar os problemas sociais e atendê-los de forma integral.

Conforme já pontuado no capítulo anterior, a assistência social é organizada em dois níveis de proteção social: a básica e a especial. A partir dos depoimentos acima, depreende-se que, no contexto do HUT, as assistentes sociais se deparam com demandas que vão requerer articulação com as instituições que operacionalizam os dois níveis de proteção.

As Assistentes Sociais C e F apontam que ocorrem articulações com os CRASs, no âmbito da proteção social básica, e com os CREASs, no da proteção social especial. No depoimento da primeira profissional, é possível perceber uma característica essencial para a execução da política de assistência social no Brasil, principalmente no que se refere à proteção básica: a organização dos serviços por territórios. Tal característica é postulada nos documentos oficiais que tratam da referida política e atende ao princípio da descentralização político-administrativa. A ênfase no território se dá por conta do objetivo do CRAS de fortalecer os vínculos familiares e comunitários da população em situação de vulnerabilidade social, evitando que os seus direitos sejam violados.

De acordo com o Caderno de Orientações do PAIF (BRASIL, 2016), o CRAS deve ter o conhecimento do território onde está inserido, bem como das famílias que estão em situação de vulnerabilidade social e demandam acompanhamento mais sistemático e contínuo. Ademais, o CRAS também deve ter conhecimento das instituições que operacionalizam outras políticas sociais para promover articulações e encaminhamentos tendo em vista a efetivação dos direitos dos indivíduos e de suas famílias.

Pereira, K. (2014) aponta que o CRAS é considerado uma “porta de entrada” da política de assistência social, isto é, a unidade mais básica da referida política. É através dele que as famílias que estão em situação de vulnerabilidade são identificadas e encaminhadas, quando necessário, para os serviços das demais políticas sociais. Tal atuação possibilita que sejam desenvolvidas ações integradas entre políticas setoriais, na perspectiva da intersectorialidade.

Desse modo, a Assistente Social C aponta que, nos casos de pessoas inseridas no serviço de saúde do HUT que estão sem acompanhamento de um familiar, o CRAS é acionado para identificar e localizar a família. Tal exemplo demonstra que o CRAS é a unidade mais próxima ao território e às famílias que o compõem. Assim, tal instituição também se torna referência para os serviços das demais políticas setoriais.

No depoimento da Assistente Social F, a profissional aponta que a articulação ocorre quando é identificado que o usuário tem perfil para ser inserido em algum dos programas e benefícios sociais ofertados nesse nível de proteção social. Tal depoimento corrobora o entendimento de que é necessário que o assistente social tenha um olhar ampliado diante das demandas que requerem a sua intervenção durante o cotidiano profissional na instituição empregadora. No caso do HUT, por trás de uma problemática de saúde que levou uma pessoa à internação, podem ser identificadas outras situações que demandam articulação intersectorial com outras políticas sociais. Isso se dá porque a questão social é complexa e multifacetada.

A LOAS (1993) estabelece que a referida política tem, em seu escopo, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), já abordado anteriormente, e os benefícios eventuais. A concessão do primeiro é sujeita à avaliação médica e social empreendida pelo INSS. Porém um dos critérios para ter acesso ao BPC é o requerente e o seu grupo familiar estarem inseridos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. A inserção no referido cadastro é feita no CRAS.

Quanto aos benefícios eventuais, a LOAS (1993) estabelece que se tratam de provisões provisórias prestadas aos cidadãos por conta de alguns eventos, como nascimento, morte, vulnerabilidade temporária e calamidade pública. Tais benefícios são ofertados em todos os municípios, que devem definir os critérios de concessão e seus valores.

A Assistente Social F também aponta que existe articulação entre o HUT e o CREAS quando são identificadas situações em que o usuário já está em risco social, decorrente de alguma violação de direito. Conforme já pontuado no capítulo anterior, o CREAS é a unidade que operacionaliza a proteção social de média complexidade dentro da política de assistência social.

O documento denominado “Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS” (BRASIL, 2011) aponta que o princípio da intersetorialidade deve guiar as ações do CREAS, uma vez que há o entendimento de que as instituições são incompletas e não conseguem trabalhar a perspectiva da integralidade de forma isolada de outras instituições. Tal apontamento se dá considerando que as famílias e os indivíduos atendidos pelo CREAS estão vivenciando situações bastante complexas que necessitam de articulação com os serviços das demais políticas setoriais para que as ações desenvolvidas tenham qualidade e efeito positivo. O referido documento também aponta que a intersetorialidade visa superar a histórica fragmentação dos serviços a fim de enfrentar as problemáticas sociais de forma integrada.

Percebe-se que a proteção social especial também preconiza a necessidade de articulação intersetorial diante de problemas sociais complexos. Desse modo, ao afirmar que existe articulação com os CREASs em situações de violações de direitos, o depoimento da Assistente Social F corrobora a perspectiva de que a intersetorialidade deve ser reforçada durante o processo de trabalho profissional, a fim de garantir que o usuário tenha as suas demandas percebidas e atendidas de forma mais próxima da integralidade. Ademais, reforça-se aqui a necessidade que os profissionais de uma determinada instituição, executores de uma política específica, têm de conhecer as instituições e os serviços ofertados por outras políticas setoriais para terem clareza dos encaminhamentos e articulações necessários para dar respostas efetivas às expressões da questão social.

A partir das articulações intersetoriais identificadas no processo de trabalho do Serviço Social no HUT, pretendeu-se também identificar as principais instituições das políticas de Assistência Social e Previdência que participam dessas articulações, tendo em vista realizar contatos e entrevistas com os profissionais dessas instituições, a fim de analisar como se concretizam as articulações intersetoriais, isto é, analisar se há acompanhamento na resolutividade das demandas postas pelos usuários do HUT que requerem a intersetorialidade. Para tanto, pensou-se em escolher, dentre as instituições citadas durante a entrevista semiestruturada, uma instituição da política de Assistência Social e uma instituição da política de Previdência Social.

Durante a realização das entrevistas semiestruturadas com as Assistentes Sociais do HUT, as profissionais foram questionadas sobre com quais instituições o Serviço Social mais interagia intersetorialmente. No caso da política de assistência social, embora tenham sido citadas as instituições CRAS e CREAS, as profissionais afirmaram que não era possível apontar

uma instituição específica por conta da natureza da própria política que se estrutura com base no território.

Assim, quando é identificada a demanda de um usuário que necessita de articulação intersetorial com algum dos dispositivos da política de assistência social, essa articulação ou encaminhamento da demanda não se dá de forma aleatória para qualquer um dos 19 CRASs e 04 CREASs do município de Teresina, pois há a necessidade de se observar de qual território o usuário é proveniente, isto é, em qual bairro ou até mesmo em qual cidade e Estado reside para encaminhar para a instituição que atende aquele território específico.

Tal fato se dá porque o Sistema Único de Assistência Social considera que as ações da referida política devem ser organizadas de forma a ter mais proximidade com os cidadãos que dela necessitam, especialmente onde há maior vulnerabilidade e risco social.

Ademais, também foi relatado pelas Assistentes Sociais, durante a realização das entrevistas, que há muita articulação com os dispositivos da política de assistência social de outros municípios, uma vez que muitos usuários não são de Teresina.

Já no que se refere à política de previdência social, ao contrário do que foi encontrado na literatura, conforme apontado anteriormente, as assistentes sociais entrevistadas deram bastante ênfase ao trabalho desenvolvido com a assistente social do INSS da zona sul de Teresina, localizada na Rua Sete de Setembro, no bairro Vermelha. As profissionais apontaram que, diferente da política de assistência social, as agências do INSS não são organizadas com base no território e atendem aos usuários de qualquer localidade da cidade, do estado ou do país. Nesse sentido, há maior articulação com a agência da zona sul porque é a que fica mais próxima do HUT, facilitando o deslocamento dos usuários em busca dos serviços.

A partir de tal apontamento, procurou-se entrar em contato com a referida profissional a fim de convidá-la para participar do estudo através da realização de uma entrevista semiestruturada. A profissional, após ser informada sobre os objetivos da pesquisa, concordou em participar e também assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante a realização da entrevista, a assistente social do INSS, questionada sobre as principais demandas encaminhadas para a sua instituição pelo Serviço Social do HUT, disse:

Com o HUT, que é um hospital de urgência, elas [assistentes sociais] nos procuram pra saber se o segurado ainda está na qualidade de segurado, como agendar um benefício previdenciário ou assistencial. O Serviço Social do HUT, nas visitas que ele realiza, começa a fazer uma busca ativa e constata que a pessoa internada já trabalhou algum tempo de carteira assinada, então ele entra em contato com o Serviço Social do INSS para verificar se essa pessoa ainda tem a qualidade de segurado, porque o segurado que deixou de contribuir para o INSS mantém a qualidade de segurado por até três anos. Elas fazem agendamento de benefício previdenciário, auxílio-doença, elas entram em contato pra saber qual a documentação necessária, porque bem

sabemos que a legislação previdenciária muda muito. Elas sempre nos convidam pra rodas de conversas, pra dar palestras, não só com os profissionais do HUT, bem como para os usuários (ASSISTENTE SOCIAL DO INSS).

Percebe-se que a articulação entre as profissionais de ambas as políticas da Seguridade Social visa garantir que os usuários tenham acesso aos direitos previdenciários instituídos legalmente. A partir de uma situação identificada no contexto hospitalar – internação por determinado problema de saúde -, as profissionais do HUT buscam vislumbrar quais ações podem ser concretizadas para que o trabalhador tenha acesso ao benefício previdenciário diante de um problema de saúde que lhe tira, temporária ou permanentemente, do mercado de trabalho. Ao/À assistente social do INSS cabe o papel de orientar, informar e viabilizar que o trabalhador tenha acesso ao benefício, quando for até uma agência da previdência social ou quando o/a referido profissional for solicitado pelos profissionais de outras instituições.

É interessante apontar que a política de previdência social, assim como as demais políticas sociais, tem um forte caráter contraditório, uma vez que visa manter um controle da classe trabalhadora, exigência do capital, mas atende também às reivindicações dos trabalhadores, que sempre lutaram para ter, pelo menos, um mínimo de cobertura social em casos de situações adversas e impeditivas do trabalho. É nesse contexto contraditório que o/a assistente social está inserido/a devendo, apesar das demandas requisitadas pelo capital, pautar o seu processo de trabalho em conformidade com a ampliação dos direitos sociais dos trabalhadores, como defende o projeto ético-político profissional. Nesse sentido, Dantas (2015, p. 10) afirma que

comprometidos com os interesses da classe trabalhadora, tal posicionamento ético-político exige do profissional, para a materialização desses interesses, um profundo conhecimento e domínio da burocracia institucional no intuito de ultrapassar a concepção da racionalidade burocrática da previdência como obstáculo que se afirma no cotidiano de práticas rotineiras e reiterativas. Assim, cabe ao Serviço Social desenvolver mecanismos e respostas para o desenvolvimento de ações que propiciem uma prática propositiva e reflexiva, com vistas em estabelecer, na mediação entre capital e trabalho, ganhos para a classe trabalhadora. Essa articulação exige do profissional o domínio da legislação previdenciária e do arcabouço legal que respalda e regulamenta a atuação profissional na direção de garantia dos direitos sociais.

Diante da identificação de articulação intersetorial, procurou-se saber sobre a maneira como ocorrem os encaminhamentos das demandas advindas do HUT para o INSS, principalmente no que se refere à existência ou não de encaminhamentos formais:

Tá saindo do coleguismo pra que seja uma coisa profissional. Tudo tem que ser formalizado pra não ficar aquela coisa de “coleguismo”, porque você não sabe até quando aquele profissional vai estar naquele local. Seja por falecimento, seja por transferência, seja por exoneração, tem “n” fatores. Então o próximo profissional que

vai estar lotado naquele lugar tem que dar andamento no serviço, e só pode dar continuidade se for uma coisa formalizada, através de um documento. E isso é importante porque evita-se que o usuário fique como uma bola de pingue e pongue: indo e vindo, e além disso evita muito deslocamento necessário (ASSISTENTE SOCIAL DO INSS).

A partir do depoimento da profissional, pode-se depreender que há a necessidade de que as ações profissionais, mais especificamente as de articulação com outras instituições, ocorram de maneira formalizada. Além do prejuízo para o desenvolvimento das políticas sociais, por conta de tratar a necessidade do cidadão na perspectiva do favor e não do direito, a instituição não pode ter a cara de um determinado profissional, como se apenas ele atuasse na resolutividade das demandas. Conforme apontam Mioto e Shutz (2011), é imprescindível romper com a cultura do favor para fortalecer os direitos e as políticas sociais.

Quanto à realização de um trabalho conjunto com as assistentes sociais do HUT durante o processo de resolução das demandas, a profissional aponta que:

Em determinados casos sim, nós conversamos. Quando é um caso mais complexo, porque tem uns casos que são mais resolutivos e nisso não há tanto engajamento. Tem essa comunicação, mas não em todos os casos. Em algumas situações mais complexas, a gente vai se aprofundar para que o direito seja de fato efetivado, porque o direito está ali e as leis têm muitas lacunas onde você pode se utilizar, sem tá infringindo, para que o direito seja efetivado (ASSISTENTE SOCIAL DO INSS).

Percebe-se, a partir da fala da profissional acima, que o trabalho conjunto não é realizado em todas as situações, pois existem demandas que são mais pragmáticas e já têm normas e critérios de resolutividade pré-estabelecidos, não necessitando, portanto, de maior atenção. Depreende-se também que, diante de demandas mais complexas, que não se “enquadram” nos critérios pré-estabelecidos pela instituição para o acesso aos benefícios previdenciários e assistenciais, existe um trabalho que se aproxima mais do trabalho conjunto tendo em vista alcançar resolutividade.

Como já abordado no tópico anterior, a intersetorialidade não pode ser reduzida ao mero repasse de demandas de uma instituição para outra. Faz-se necessário integrar, efetivamente, diferentes saberes e práticas para alcançar resultados que atendam à complexidade das demandas da população. Assim, como afirma Pereira, K. (2014), a intersetorialidade vai muito além da articulação entre instituições no momento do repasse de demandas, envolvendo, também, os processos de planejamento conjunto entre os profissionais inseridos em cada uma das instituições que operacionalizam as políticas sociais.

No que se refere aos principais limites encontrados no cotidiano profissional, para que a intersectorialidade entre as políticas da Seguridade Social seja, de fato, materializada, a profissional do INSS apontou o seguinte:

É um trabalho que é muito difícil. A gente fala muito em articulação da rede, mas, na pouca experiência que eu tenho, é um trabalho que efetivamente ainda não existe. Eu vejo ainda muita coisa de 'coleguismo'. Tá sendo um trabalho de formiguinha, um trabalho lento, a gente precisa melhorar muitas coisas, principalmente na parte documental, não é questão de burocratizar o serviço, se for pela questão do jeitinho eu resolvo, mas se amanhã eu não estiver aqui? O serviço vai parar? Então se isso não for formalizado, ele não vai ter continuidade (ASSISTENTE SOCIAL DO INSS).

De acordo com o depoimento acima, a profissional compreende que o principal limite para que a intersectorialidade seja materializada no plano concreto se encontra na cultura do favor que ainda permeia as instituições das políticas sociais. Os profissionais têm a tendência de encaminhar as demandas da população para as outras instituições pautando-se nos vínculos pessoais estabelecidos, o que acaba enfraquecendo a perspectiva do direito.

Porém, faz-se necessário apontar que a materialização da intersectorialidade entre as políticas sociais não depende somente da mudança na cultura do favor que ainda está presente na atualidade. É importante empreender esforços para uma leitura mais completa e mais crítica da realidade a fim de compreender que, além da postura profissional, a intersectorialidade também encontra limites na própria organização das instituições, concebida de forma fragmentada e desarticulada, bem como na redução de recursos humanos, materiais e financeiros que é característica inerente às políticas sociais no contexto neoliberal.

Diante do que é apontado pela literatura sobre intersectorialidade no âmbito da Seguridade Social que coloca a previdência social como a instituição mais difícil de materializar tal perspectiva, por conta da sua histórica organização burocratizada, centralizada, sem ações de articulação intersectorial, a assistente social do INSS foi questionada e respondeu que

Não é mentira o que a literatura coloca. Nós estamos procurando romper com isso. É fácil? Não. Porque aqui querem números. Nós trabalhamos aqui com o agendamento da semana, a pessoa vem com data e hora marcada, fora as demandas espontâneas. São poucas as instituições em que o Serviço Social trabalha com senhas, nós trabalhamos. Esse processo de trabalho foi feito por mim? Não. Mas dentro desse processo de trabalho eu posso encontrar espaços para que eu faça um trabalho diferente, não apenas aquele trabalho repetitivo, de fazer só avaliação [...] avaliação. Mas pra isso eu tenho que conhecer a instituição, o Serviço Social da instituição e as minhas atribuições (ASSISTENTE SOCIAL DO INSS).

A partir do depoimento acima, depreende-se que o/a assistente social está inserido/a em instituições empregadoras e depende relativamente delas para exercer o seu processo de

trabalho, principalmente no que se refere aos recursos financeiros, técnicos e humanos. Como aponta Iamamoto (2009b), o/a profissional dispõe de relativa autonomia no seu cotidiano de trabalho, pois a instituição empregadora interfere diretamente na definição das funções profissionais, bem como na organização do processo de trabalho do qual é partícipe. Tal fato fica claro no depoimento da assistente social do INSS quando afirma que seu processo de trabalho na instituição se dá através de agendamento prévio e é orientado para priorizar a quantidade de atendimentos realizados.

Porém, diante dessa realidade, Iamamoto (2009b) também aponta que o/a profissional não deve considerar a instituição empregadora como um obstáculo para um processo de trabalho que esteja em sintonia com os interesses da classe trabalhadora, conforme defendido pelo projeto ético-político profissional e pelos documentos que orientam o exercício profissional do/a assistente social. A referida autora aponta que há a necessidade de o/a profissional romper com as atividades burocráticas e rotineiras, e assumir uma postura com “competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais” (IAMAMOTO, 2009b, p. 21). Para tanto, faz-se necessário “ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional” (IAMAMOTO, 2009b, p. 21).

A assistente social do INSS corrobora esse pensamento ao afirmar que, dentro da realidade de um processo de trabalho pensado pela instituição empregadora, existe a possibilidade de encontrar estratégias para um exercício profissional mais crítico, reflexivo e em consonância com os interesses dos trabalhadores. Para tanto, a profissional aponta que é necessário que o/a assistente social tenha clareza das suas competências e atribuições privativas, bem como dos objetivos da instituição empregadora e do lugar que o Serviço Social ocupa diante de tais objetivos.

Por fim, a profissional foi questionada se, na sua visão, a intersetorialidade entre o INSS e o HUT contribui para fortalecer a Seguridade Social e a proteção social; ao que respondeu:

Se o Serviço Social do HUT, no atendimento, verifica que aquele cidadão, aquele usuário está sem proteção social, dali ele pode fazer “n” encaminhamentos. Tudo isso faz com que o direito seja até ampliado, não só efetivado. Você tem que extrapolar os muros da tua política, não tem que fazer um atendimento só dentro do que a tua política oferece. Se eu for atender somente o que essa política [da previdência] oferece, eu não vou fazer uma orientação para o cidadão ir ao CRAS, ao CEIR [...] às vezes a pessoa tá sem escola, tá sem saúde, tá sem uma prótese, sem uma cadeira de rodas [...] (ASSISTENTE SOCIAL DO INSS).

A partir do depoimento citado, percebe-se que a profissional considera que é importante que o/a assistente social rompa os limites que circundam a política social na qual a sua instituição empregadora está inserida, tendo em vista alcançar um atendimento o mais integral possível das demandas apresentadas pelos cidadãos. A profissional considera a intersetorialidade como uma perspectiva importante porque possibilita que os direitos sociais sejam, além de efetivados, ampliados. Isso fortalece a proteção social.

Considera-se aqui que a questão social, como se tem destacado, se manifesta na realidade cotidiana através de múltiplas expressões e não segue um padrão previamente determinado. Assim, as demandas apresentadas pelos cidadãos, em muitos casos, estão no âmbito do aparente. A partir do processo de trabalho do Serviço Social, há a possibilidade de que o profissional desvele outras demandas, que representam outras expressões da questão social e requeiram uma atuação mais pautada no reconhecimento da integralidade do ser humano, isto é, no reconhecimento de que o mesmo é formado por várias dimensões (BRONZO, 2010).

Para tanto, é imprescindível o conhecimento das várias políticas sociais, bem como das instituições que as operacionalizam. Daí tem-se, mais uma vez, a importância do conhecimento da realidade como condição necessária para o exercício profissional do/a assistente social e da necessidade do processo investigativo no seu cotidiano profissional.

Com base no exposto até aqui, percebe-se que as assistentes sociais do HUT e do INSS convergem no entendimento de que a intersetorialidade entre as políticas que compõem a Seguridade Social é essencial para ampliar a proteção social destinada aos cidadãos. Concordam também que, por trás de uma demanda inicial, podem ser identificadas outras demandas que requerem a extrapolação dos limites de uma política setorial para efetivar o acesso aos direitos sociais.

Foi possível perceber também que a intersetorialidade tem ocorrido, predominantemente, em um sentido único, isto é, com repasse de demandas de uma instituição para outra, neste caso, do HUT para o INSS. De acordo com os depoimentos das profissionais das duas instituições, na maioria dos casos, não há a realização de trabalhos em conjunto na resolução das demandas. O trabalho conjunto entre as duas instituições só ocorre quando existe uma situação considerada mais complexa. Tal fato, além de fragilizar a intersetorialidade, dificulta que as profissionais tenham conhecimento do produto da intervenção realizada.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo principal analisar o processo de trabalho dos/as assistentes sociais que atuavam nas Clínicas do Hospital de Urgência de Teresina (HUT), em 2017, no que se refere à materialização da intersetorialidade entre a política de saúde e as demais políticas da Seguridade Social, na perspectiva da proteção social defendida na Constituição Federal de 1988.

No segundo capítulo, fez-se um breve resgate histórico sobre o desenvolvimento das políticas sociais, apresentando alguns aspectos que as caracterizam no contexto atual. Foi possível perceber que a organização das políticas sociais, historicamente, se deu de forma fragmentada, setORIZADA e focalizada em alguns segmentos da população. No Brasil, as primeiras iniciativas de políticas sociais eram fortemente atreladas ao mercado de trabalho, isto é, somente aqueles que estavam formalmente inseridos no mercado de trabalho tinham acesso. Aos demais, cabiam as iniciativas da beneficência.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, colocou-se em cena uma nova perspectiva para as políticas sociais no Brasil. Instaurou-se o conceito de Seguridade Social, considerada como um conjunto de políticas sociais, composto pela previdência social, assistência social e saúde, responsável por garantir a proteção social aos cidadãos brasileiros. No documento constitucional, consta que essas três políticas devem atuar de forma articulada para, de fato, atender integralmente à população.

Na década de 1990, a perspectiva da intersetorialidade entre políticas públicas começou a ganhar força e se expandir como uma nova estratégia para atender de forma integral às demandas sociais advindas da população. Considera-se que a realidade social é bastante complexa e as expressões da questão social, atendidas pelas políticas sociais, manifestam essa complexidade. Diante disso, defende-se que a atuação isolada de políticas setoriais é ineficiente para dar respostas eficazes, efetivas e eficientes às demandas da população.

Porém foi também a partir da década de 1990 que o projeto neoliberal ganhou força no mundo e no Brasil, redefinindo a relação entre o Estado e a sociedade. Os defensores desse projeto acreditam que a intervenção do Estado por meio de políticas sociais deve ser reduzida, o mercado deve ser fortalecido e a sociedade deve ser convocada a participar de forma mais atuante no enfrentamento da questão social, principalmente a partir das organizações não governamentais e outras formas de filantropia.

Nesse contexto neoliberal, o orçamento destinado para o campo social é fortemente reduzido e as políticas sociais assumem cada vez mais certas características, como a focalização

e a seletividade, destinadas a segmentos específicos da população, que precisam comprovar se realmente se “enquadram” nos critérios estabelecidos para acesso aos programas e projetos. A intersectorialidade também passou a ser defendida pelo projeto neoliberal, enquanto estratégia para otimizar recursos e atender às demandas da população, a partir da interseção entre os distintos setores que operacionalizam as políticas sociais.

A política de saúde também foi abordada nesta dissertação, no terceiro capítulo. As primeiras iniciativas de política de saúde desenvolvidas no Brasil também eram destinadas aos que estavam inseridos no mercado formal de trabalho, porém não eram capazes de prover cobertura a todos os trabalhadores. Havia o privilegiamento do modelo de saúde previdenciário, destinado apenas aos trabalhadores do setor privado de saúde, gerido por grandes grupos empresariais e destinado aos que podiam pagar. Assim, uma parcela significativa ficava sem cobertura de saúde, contando apenas com a medicina curativa desenvolvida por poucas instituições públicas.

Foi somente a partir da década de 1990 que a saúde no Brasil assumiu uma dimensão mais política, no contexto de redemocratização do país. Nesse período, a proposta da Reforma Sanitária ganhou força, defendendo a universalização da política de saúde e uma concepção mais ampliada da mesma que levasse em consideração, além dos aspectos biológicos da doença, os diversos aspectos condicionantes e determinantes, tais como os de ordem política, econômica, social e cultural, envolvidos no processo saúde x doença. Esses aspectos foram incluídos na Constituição Federal de 1988, que aponta a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado.

A partir dessa ampliação do entendimento do conceito de saúde, a perspectiva da intersectorialidade também entra em cena, pois há o reconhecimento de que diversos aspectos, tais como os políticos e os culturais, podem condicionar e determinar a ausência ou a presença de doença em uma população. Nesse sentido, reconhece-se que somente o setor da política de saúde é insuficiente para dar respostas à população, havendo a necessidade de articulação intersectorial entre esse setor e os demais, que representam as outras políticas sociais.

Cabe pontuar também que o projeto neoliberal em curso no país a partir da década de 1990 teve impactos diretos na política de saúde. Conforme abordado no terceiro capítulo, o neoliberalismo trouxe consigo o incentivo ao crescimento do setor privado de saúde, destinado aos que podem pagar para ter acesso, e à diminuição dos investimentos do Estado no setor público, que deve ser destinado aos mais pobres.

No quarto capítulo, apresentou-se o Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, que tem o seu processo de trabalho composto por elementos

essenciais: objeto, instrumentos, finalidade e produto. O entendimento do trabalho do Serviço Social enquanto processo de trabalho se deu no Brasil a partir da década de 1980, com os estudos e as pesquisas de Marilda Yamamoto, que buscou romper com o conservadorismo presente na profissão, até então, bem como romper com a tradição positivista que a orientava. Para tanto, o Movimento de Reconceituação se orientou a partir das influências do pensamento de Marx e da tradição marxista. No contexto capitalista, o Serviço Social atua sobre as expressões da questão social que se manifestam no cotidiano do seu processo de trabalho nas instituições que operacionalizam as políticas sociais.

Uma das políticas sociais que mais contam com a presença de assistentes sociais em sua equipe multidisciplinar é a política de saúde. Nas instituições da referida política, os/as profissionais atuam sobre os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde x doença, em uma concepção ampliada de saúde.

Levando em consideração a potencialidade que o Serviço Social tem para reconhecer a insuficiência de apenas uma política social setorial para atuar sobre as expressões da questão social, bem como a potencialidade para atuar na perspectiva da intersectorialidade, buscou-se desvendar essa relação no cenário do Hospital de Urgência de Teresina (HUT), através de pesquisa de campo.

Na realidade pesquisada, foi possível deduzir que as profissionais têm uma visão limitada do seu processo de trabalho, pois, no que se refere aos elementos constitutivos do mesmo, há clareza de alguns e dificuldade em captar outros, bem como dificuldade em percebê-los em uma perspectiva articulada. Observou-se que as assistentes sociais do HUT têm clareza acerca do seu objeto de intervenção: as expressões da questão social que se manifestam no contexto hospitalar. Ademais, as profissionais também têm a compreensão de que a intervenção profissional se dá nos aspectos sociais envolvidos no processo saúde x doença.

Quanto à finalidade do processo de trabalho do/a assistente social na referida instituição, constatou-se que as profissionais consideram a efetivação do acesso da população aos direitos sociais como partícipe desse elemento. Não houve menção ao projeto ético-político da profissão como guia do processo de trabalho, nem o entendimento de que a finalidade vai além da concretização de direitos no campo do imediato, mas perpassa pela transformação societária.

Já no que se refere aos instrumentos, percebeu-se que as profissionais têm uma visão limitada dos mesmos, considerando-os apenas como um conjunto de técnicas. Não foram identificadas, durante os depoimentos, as demais dimensões (técnico-metodológica e ético-política) que compõem os instrumentos. Ressalta-se que a visão limitada dos instrumentos pode fragilizar o processo de trabalho, uma vez que, utilizando apenas um conjunto de técnicas, o/a

profissional não tem uma visão de totalidade da questão social e não reflete criticamente acerca dos aspectos imbricados nas várias dimensões da questão social, presentes no cotidiano profissional, bem como não planeja a sua intervenção, nem reflete sobre os aspectos éticos, políticos e teórico-metodológicos que direcionam e orientam a sua ação.

Quanto ao produto, constatou-se que as profissionais têm dificuldade para mensurar os resultados de suas intervenções, pois consideram que, geralmente, só podem ser identificados em longo prazo. No que se refere a esse elemento do processo de trabalho, percebeu-se também uma visão limitada aos resultados de ordem material, que são mais fáceis de identificar e mensurar. As profissionais não demonstraram o entendimento de que o produto do seu processo de trabalho também incide no campo das ideias e provoca mudanças substanciais na vida dos cidadãos, bem como da sociedade.

Já no que se refere à intersetorialidade, através dos depoimentos, foi possível entender que a materialização da mesma durante o processo de trabalho das assistentes sociais do HUT ocorre de forma pontual e limitada, colocando-se ainda como um grande desafio. Observou-se que as profissionais têm a tendência de considerar qualquer ação de articulação com outra política social, principalmente o mero repasse de demandas, como intersetorialidade.

É importante destacar que a intersetorialidade não desconsidera a importância de cada política setorial nem dos saberes específicos a elas atrelados, mas defende a articulação entre cada uma, desde o momento do planejamento de ações, passando pela execução e indo até a avaliação. Nesse arranjo, não existe um saber que seja superior ao outro; os saberes devem interagir, de forma horizontal, tendo em vista a troca de experiências e a construção de novos conhecimentos e formas de atuação integradas.

Na realidade pesquisada, percebeu-se que as profissionais entrevistadas têm a compreensão da importância de cada saber específico e de cada política setorial, bem como da importância da articulação entre os mesmos para um atendimento mais integral das expressões da questão social. Porém foi possível perceber também que ainda existem poucas ações de articulação entre políticas setoriais que envolvam o planejamento, a execução e a avaliação em conjunto diante de uma determinada demanda.

Identificou-se que ainda há o predomínio de encaminhamentos para outras políticas sociais de maneira informal, onde os/as assistentes sociais se apoiam, boa parte das vezes, nas relações pessoais desenvolvidas com os demais profissionais para facilitar o processo de resolução de uma determinada demanda. Isso acaba por enfraquecer a noção de direito contida nos ordenamentos legais, incentivando a cultura do favor, além de enfraquecer o papel do/a profissional no que se refere às suas competências teóricas, éticas, políticas e metodológicas.

Verificou-se que as profissionais têm clareza dos limites e dificuldades que se apresentam no cotidiano profissional que moldam as suas intervenções e dificultam uma atuação na perspectiva da intersectorialidade entre políticas sociais. A insuficiência dos serviços que operacionalizam as políticas sociais foi apontada como um elemento limitador, deixando clara a responsabilidade do Estado, enquanto gestor das políticas sociais, no incentivo ao desenvolvimento de ações de caráter intersectorial entre diferentes políticas.

De acordo com as entrevistadas, o desenvolvimento de processos de trabalho na perspectiva da intersectorialidade também depende da disponibilidade dos/as profissionais e do empenho para conhecer e investigar a realidade social na qual estão inseridos, tendo em vista construir ações integradas com outras políticas sociais. A falta de disponibilidade e de conhecimento dos/as profissionais acerca dos serviços que operacionalizam as políticas sociais também foi apontada como elemento limitador para uma atuação na perspectiva da intersectorialidade.

As profissionais também visualizam potencialidades no processo de trabalho do Serviço Social que o torna capaz de agir na perspectiva da intersectorialidade no cotidiano diário de intervenções junto às expressões da questão social. Ademais, reconhecem a necessidade de sensibilizar a equipe multiprofissional da instituição acerca da importância dessa perspectiva para atender de forma integral aos problemas complexos da população.

Foi possível perceber que as profissionais concordam que a perspectiva da intersectorialidade entre as políticas sociais que compõem o tripé da Seguridade Social contribui para o processo de fortalecimento da proteção social, uma vez que a atuação isolada de cada política social é incapaz de atuar de forma eficaz diante da complexidade das expressões da questão social que se manifestam na realidade concreta. Concordam, ainda, que a intersectorialidade garante o acesso da população aos direitos sociais previstos no âmbito legal.

No que se refere às instituições com as quais o Serviço Social do HUT mais articula, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), órgão que operacionaliza a previdência social no Brasil, aparece em posição de destaque, apesar de ainda ser considerado como a instituição, entre as três que compõem a Seguridade Social, que tem a gestão mais fechada e o processo de trabalho mais burocratizado.

Durante entrevista realizada com a assistente social de uma das agências da referida instituição, foi possível perceber que a profissional tem-se posicionado de forma a promover mudanças que objetivam aproximar a política de previdência social das demais políticas que compõem a Seguridade Social, bem como das políticas de caráter social, a fim de fortalecer a proteção social integral destinada à população.

Já no que se refere à política de assistência social, percebeu-se que, durante o processo de trabalho do Serviço Social no HUT, são identificadas expressões da questão social que requerem articulação com a referida política. As instituições mais apontadas pelas profissionais durante as entrevistas foram o CRAS e o CREAS, proteção social básica e especial, respectivamente. Embora não tenham apontado uma instituição específica com a qual mais articulam, as profissionais deixaram claro que, diante das situações de vulnerabilidade social e de violação de direitos, há articulação do HUT, que operacionaliza a política de saúde, com as instituições que operacionalizam a política de assistência social tanto no município de Teresina, como nos demais municípios de origem dos usuários.

Entretanto, foi possível identificar, a partir dos depoimentos, que as articulações identificadas pelas profissionais como intersetoriais ocorrem, predominantemente, em via única. A contrarreferência é apontada como frágil e um dos aspectos que limitam o conhecimento do produto final da intervenção profissional. Durante as entrevistas, as profissionais não apontaram iniciativas para dirimir tal situação, colocando-a como fruto da dinamicidade do cotidiano.

Com base no exposto ao longo desta dissertação, conclui-se que materializar a intersetorialidade não é tarefa simples, uma vez que requer mudanças na forma de pensar, planejar, executar e avaliar as ações das diferentes políticas sociais de forma que atuem de maneira integrada, com troca de saberes e experiências. Considera-se que, enquanto profissão que atua diretamente sobre as expressões da questão social, o Serviço Social, munido de competências teóricas, metodológicas e técnico-operativas, tem capacidade para vislumbrar a necessidade de maior integração entre as políticas sociais e pautar o seu processo de trabalho de forma a fortalecer a perspectiva da intersetorialidade, diante de um contexto neoliberal cada vez mais excludente e com diminuição dos recursos destinados para o campo social. No entanto, no campo do concreto, a intersetorialidade aparece como algo frágil e limitado, o que demonstra que ainda há um longo caminho a ser percorrido para fortalecer tal perspectiva.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de serviço social**. Rio de Janeiro, 1996.

ABRAMIDES, M. B. C. Memória: 80 anos do Serviço Social no Brasil: O III CBAS “O Congresso da Virada” 1979. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 181-186, jan./abr. 2017.

ABREU, C. C. **A intersectorialidade no processo de construção da Política de Saúde Brasileira**. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, 2009.

AKERMAN, Marco et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ARRETCHE, M. T. S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias e explicativas. In: **BIB**, Rio de Janeiro, n. 39, 1995.

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

ARRETCHE, M. T. S. Relações federativas nas políticas sociais. In: **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002.

BATISTA, K. G. S. **A estratégia da intersectorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPA). João Pessoa, 2015.

BEHRING, E. R. A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. In: **Revista Ser Social**, Brasília, v. 18, n. 38, p. 13-29, jan./jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Acumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (orgs.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 44-63.

\_\_\_\_\_; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Serviço Social e política social: 80 anos de uma relação visceral. In: SILVA, M. L. de O. (Org.). **Serviço social no Brasil: história de resistências e de ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2016, p. 119-140.

BOSCHETTI, I. A política da seguridade social no Brasil. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 323-340.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de rede intersectorial**. Setembro, 2001. Disponível em: < <http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 1990b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 1991.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social** (PNAS). Brasília: MDS\SNAS, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília: MDS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Orientações**: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Brasília: MDS, 2016.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde. **Política Social – Módulo 03**. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD-UNB, 2000.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 88-110.

\_\_\_\_\_. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

\_\_\_\_\_; MATOS, M. C. de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 167-217.

BRONZO, C. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. In: **Planejamento e políticas públicas**, IPEA, n. 35, p. 119 – 159, jul./dez., 2010.

\_\_\_\_\_; VEIGA, L. da. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 92, p. 5-21, 2007.

CAMPOS, N. R. O surgimento do NASF e a atuação do Serviço Social. In: **Anais III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**. Brasil: Belo Horizonte, 07-09 de junho 2013. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/O%20SURGIMENTO%20DO%20NASF%20E%20A%20ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20SERVI%C3%87O%20SOCIAL.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

CARAMURU, T. S. **Contrarreforma da previdência social sob a égide do capital portador de juros: uma ofensiva a serviço da “previdência privada”**. Dissertação (Mestrado em Política Social). – Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB). Brasília, 2017.

CARDOSO, A. V. M. **O processo de trabalho do serviço social nas instituições de acolhimento para crianças e adolescentes em situação de risco social em Teresina (PI)**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, 2017.

CASTELLS, Manuel. Hacia el Estado red? – globalizacion economica e instituciones políticas en la era de la informacion. In: **Anais Seminário Internacional Sociedade e a Reforma do Estado**, Brasil: São Paulo, 26-28 de março, 1998. Disponível em: <[https://uvirtual.udem.edu.co/file.php/2131/Documentos/Bibliografia/Basica/Tema3/Castell\\_Estado%20Red.pdf](https://uvirtual.udem.edu.co/file.php/2131/Documentos/Bibliografia/Basica/Tema3/Castell_Estado%20Red.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2017.

CERQUEIRA FILHO, Gisálio. **A questão social no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CKAGNAZAROFF, I. B.; MOTA, N. R. Considerações sobre a relação entre descentralização e intersetorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. In: **Economia e Gestão**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 23-41, dez. 2003.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

COSTA, Marco A. F. **Projeto de Pesquisa: entenda e faça**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

COSTA, Maria. D. H. **Serviço Social e intersetorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do sistema único de saúde**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, 2010.

DANTAS, M. F. P. Serviço Social e a política da previdência: desafios da prática profissional na ampliação do acesso aos direitos. In: **Anais VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. 25, 26, 27 e 28 de agosto de 2015. Maranhão: São Luís. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/servico-social-e-a-politica-da-previdencia-desafios-da-pratica-profissional-na-ampliacao-do-acesso-aos-direitos.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

DI GIOVANNI, G. **Sistema de Proteção Social**. In: Blog Gera Di Giovanni – Sociologia, Crítica social, Comentários e Reflexões sobre sociedade e cultura – Políticas Públicas, 2008. Disponível em: <http://geradigiovanni.blogspot.com.br/>. Acesso em: 15 mar. 2016.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo. In: **Revista USP**, São Paulo, 1993, p. 87-101.

ELY, F. R. Serviço Social e interdisciplinaridade. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 113-117, jan./jun. 2003.

FALEIROS, V. de P. **A política social do estado capitalista**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

FAUSTINO, T. Q. da S. Intersetorialidade: tendência contemporânea na organização de políticas públicas – a experiência do Programa Maior Cuidado. In: **R. Ágora: Pol. públ. Comun. Gov. info.**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 78-103, jan./jun. 2016.

FLEURY, Sônia. **A Seguridade Social inconclusa**. 2006. Disponível em: <[http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/pp/peep/cap\\_liv/seguridade\\_social.pdf](http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/pp/peep/cap_liv/seguridade_social.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FRANÇA JÚNIOR, R. P.; LARA, R. Trabalho e ser social: reflexões sobre a ontologia lukacsiana e sua incidência no projeto ético-político profissional. In: **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 20-31, jan./jun. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos e pesquisas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, A. S.; GUARÁ, I. M. F. R. Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, I. M. F. R. **Redes de proteção social**. 1. ed. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA – Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010, p. 11-29.

GUERRA, Yolanda. **Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais**. “Capacitação em Serviço Social e Política Social”, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. CFESS/ABEPSS- UNB, 2000.

\_\_\_\_\_. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Cláudia M. dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012, p. 39-68.

GUIMARÃES, G. T. D.; ORTH, T. Intersetorialidade e inclusão produtiva: um desafio para as políticas sociais. In: BELLINI, Maria I. B.; FALER, Camila S (orgs.). **Intersetorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos**. Porto Alegre: Edipucrs, 2014.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009a, p. 15-50.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2009b.

\_\_\_\_\_. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009c, p. 341-376.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. In: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, 1998.

\_\_\_\_\_. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. In: **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. In: **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.1, p. 25-36, jan./abr., 2004.

\_\_\_\_\_. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista FEA-PUC-SP**, São Paulo, v. 1, p. 57-72, 1999.

\_\_\_\_\_; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. **XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”**. Caracas, 1997. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/2657/13dde2110231ffa25c0c56684920833bdbde.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

LAVINAS, Lena; ARAÚJO, Eliane de. Reforma da previdência e regime complementar. In: **Revista de Economia Política**, São Paulo, vol. 37, n. 3 (148), p. 615-635, julho-setembro/2017.

LESSA, Sérgio. **Mundo dos homens: trabalho e ser social**. 3. ed. São Paulo: Instituto Lukács, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e trabalho: porque o serviço social não é trabalho**. 2. ed. São Paulo: Instituto Lukács, 2012b.

LIMA, Telma C. S. L; MIOTO, Regina C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

LUKÁCS, György. **Para uma ontologia do ser social**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2012.

MAMEDE, E. L. **A direção ético-política da prática do assistente social: uma análise no âmbito hospitalar público à luz do projeto profissional**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPA). João Pessoa, 2009.

MANGINI, F. N. da R.; MIOTO, R. C. T. A interdisciplinaridade na sua interface com o mundo do trabalho. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 207-215, jul./dez., 2009.

MARQUES, M. G. O fim do ciclo PT: do colaboracionismo de classe à ortodoxia neoliberal. In: **Revista Ser Social**, Brasília, v. 18, n. 38, p. 48-67, jan./jun. 2016.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 24. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MENDES, E. V. Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13**. OPAS, Brasília, D.F. 1994.

MINHOTO, L. D.; MARTINS, C. E. As redes e o desenvolvimento social. In: **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, 2001, p. 81-101.

MIOTO, R. C. T. O Trabalho com Redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 5, n.1, p-51-58, jan./jun., 2002.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. In: **Revista Ser Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MIOTO, R. C. T.; SCHÜTZ, F. Intersetorialidade na Política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. In: **Anais DIPROSUL. O direito à saúde e à proteção social em faixa de fronteiras**: um balanço acadêmico no sul da América do Sul. 08, 09 e 10 de agosto de 2011. Rio Grande do Sul: Pelotas. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. In: **Revista Ser Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun., 2009.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Da seguridade social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, 2011.

MONTAÑO, Carlos. Breves anotações sobre o método e a teoria de Marx. In: MONTAÑO, Carlos; BASTOS, Rogério L. (Orgs.). **Conhecimento e sociedade**: ensaios marxistas. São Paulo: Outras Expressões, 2013, p. 11-28.

\_\_\_\_\_; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca básica de serviço social; v. 5).

MOREIRA, J. I. S.; NOBRE, M. C. Q. Transformismo do PT e contrarreforma da Previdência Social. In: **Revista Ser Social**, Brasília, v. 18, n. 39, p. 520-539, jul./dez., 2016.

MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 51-67.

MOTA, A. E. A centralidade da Assistência Social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 133-146.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar., 2010.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. Cinco notas a propósito da “questão social”. In: **Revista Temporalis**, Brasília, ABEPSS, a. II, n. 3, p. 41-51, jan./jul., 2001.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético-político do serviço social. In: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 161-196.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

\_\_\_\_\_; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica de serviço social; v.1).

NOGUEIRA, Vera M. R.; MIOTO, Regina C. T. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-6.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D de. MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS In: GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

OLIVEIRA, A. P. B. de. **Serviço social do INSS: expressões materiais da implementação de sua competência legal no período de junho de 2009 a junho de 2014**. Dissertação (Mestrado em Política Social). – Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília (UnB). Brasília, 2015.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.15-35, jan./mar., 2014.

PANSINI, A. L. de L. **A intersectorialidade entre saúde e assistência social no município de Vitória/ES**. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, 2011.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate**. São Paulo: Cortez, 2004. – (Coleção Questões da Nossa Época; v. 109).

PEREIRA, Karine. Y. L. **Intersectorialidade na política de assistência social: um estudo sobre os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) em Teresina-PI**. Dissertação

(Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, 2014.

\_\_\_\_\_; TEIXEIRA, S. M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. In: **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114 - 127, jan./jun., 2013.

PEREIRA, Potyara. A. P. A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L. et al. (orgs). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. São Paulo: Papel Social, 2014, p. 21-39.

\_\_\_\_\_. A utilidade da pesquisa para o serviço social. In: **Serviço Social e Saúde**, Campinas, p. 17-28, 2005.

PEREIRA, Sofia. L. B. **O processo de trabalho do assistente social na saúde mental: um estudo nos CAPSs do município de Teresina-Piauí**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Teresina, 2015.

POLANYI, K. **A grande transformação: as origens da nossa época**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2001. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf)>. Acesso em: 18 ago. 2017.

PREFEITURA DE TERESINA. **Relatório Anual de Atividades 2016**. Disponível em: <<http://portalpmt.teresina.pi.gov.br/admin/upload/documentos/e7433d7140.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, F. R. F. **A unidade contraditória da assistência e da previdência social: uma análise política da execução orçamentária no governo Lula**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social, Trabalho e Questão Social). – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Trabalho e Questão Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza, 2015.

RODRIGUES, M. L. Caminhos da transdisciplinaridade: fugindo às injunções lineares. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 64, p.124-134, nov. 2000.

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

SANTANA, L. R. de. **O cotidiano de trabalho de assistentes sociais em institutos previdenciários de regime próprio, sob a ótica do projeto ético-político do serviço social: limites e possibilidades**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, 2015.

SANTOS, A. F. dos. **O diálogo entre o público e o privado: a (in) efetividade dos benefícios previdenciários do regime geral de previdência social destinados à proteção das famílias na**

pós-modernidade. Tese (Doutorado em Direito). – Programa de Estudos Pós-Graduados em Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, 2016.

SILVA, G. N. da. **Intersetorialidade na saúde: estratégia de atuação do Serviço Social**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPA). João Pessoa, 2013.

SIMIONATO, I. Expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-prática. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 87-106.

SOARES, L. T. **Os custos do ajuste neoliberal na América Latina**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set., 2010.

SOUSA, A. M. da C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. In: **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul./dez., 2014.

TEIXEIRA, S. M. F. O desafio da gestão das redes de políticas. In: **Anais VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043204.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TRINDADE, R. L. P. Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. In: SANTOS, Cláudia M. dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de fora: Editora UFJF, 2012, p. 70-102.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface** (Botucatu) [online]. 2015, vol.19, n.55, p.1089-1100. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401089&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401089&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 abr. 2016.

VIEIRA, E. **Os direitos e a política social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. O direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. In: **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 92-119, 2016.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. In: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.

YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 125-142.

\_\_\_\_\_. Sistemas de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais. In: MONNERAT, G. L. et al. (orgs). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. São Paulo: Papel Social, 2014, p. 77-103.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Título do projeto:** SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E AS DEMAIS POLÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL: reflexões a partir do processo de trabalho dos assistentes sociais no Hospital de Urgência de Teresina

**Pesquisadora responsável:** Simone de Jesus Guimarães

**Pesquisadora assistente:** Nayra Sousa Araújo

**Sujeitos de pesquisa:** Assistentes Sociais das Clínicas do HUT

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS ASSISTENTES SOCIAIS DO HUT**

#### **EIXO 1: IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA**

- Idade;
- Sexo;
- Instituição e ano de formação;
- Titulação máxima (graduação, especialização, mestrado, doutorado);
- Tempo de trabalho no HUT;
- Tipo de vínculo empregatício (efetivo, terceirizado);
- Carga horária semanal no HUT;
- Trabalho em outra instituição além do HUT;

#### **EIXO 2: A PERSPECTIVA DA INTERSETORIALIDADE ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E AS DEMAIS POLÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL NO PROCESSO DE TRABALHO DOS SUJEITOS DE PESQUISA NO HUT**

- 2.1 Descreva o seu processo de trabalho no HUT;
- 2.2 Finalidade do processo de trabalho do Serviço Social nesta instituição;
- 2.3 Expressões da questão social (demandas) que requerem articulação intersetorial;

- como essas demandas chegam até o Serviço Social?

2.4 Há articulação intersetorial com as políticas de previdência social e assistência social?

- cite com quais instituições;

- descreva situações concretas;

2.5 Descreva como ocorrem as articulações intersetoriais com as instituições da previdência social e da assistência social;

- há o desenvolvimento de um trabalho em conjunto com os profissionais destas instituições durante a resolução da demanda? Como se dá esse trabalho?

- quais são os principais setores/serviços aos quais são encaminhadas as demandas do HUT?

Quais são os sujeitos profissionais participantes dessa articulação?

- que respostas têm sido dadas, concretamente, às demandas que são encaminhadas aos setores ou serviços das demais políticas de Seguridade Social?

### **EIXO 3: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA QUE O PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NO HUT ATUE NA PERSPECTIVA DA INTERSETORIALIDADE**

3.1 Principais limites/entraves/dificuldades para que o processo de trabalho do Serviço Social no HUT materialize a intersetorialidade entre a política de saúde e as demais políticas da Seguridade Social;

3.2 Possibilidades/potencialidades para um processo de trabalho que materialize a intersetorialidade;

3.3 A articulação intersetorial entre o HUT (política de saúde) e as demais políticas da Seguridade Social contribui para o fortalecimento da proteção social? Em que sentido?

**APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS  
PROFISSIONAIS DAS INSTITUIÇÕES DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA  
SOCIAL**

Observação: A realização da entrevista com estas instituições está condicionada às respostas oferecidas pelas Assistentes Sociais do HUT, pois durante a entrevista elas irão responder se durante o seu processo de trabalho há articulação com as políticas de Previdência e Assistência Social e quais as principais instituições.

1. Principais demandas encaminhadas pelo Serviço Social do HUT para esta instituição;
2. Descreva como ocorrem as articulações intersetoriais entre o Serviço Social do HUT e esta instituição no encaminhamento das demandas;
3. Há um trabalho em conjunto com o Serviço Social do HUT durante o processo de resolução das demandas?
4. Principais limites/desafios para a materialização da intersetorialidade entre as políticas de Seguridade Social;
5. A articulação intersetorial entre o HUT e esta instituição contribui para fortalecer a Seguridade Social e a proteção social? Em que sentido?

## APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do projeto:** SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E AS DEMAIS POLÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL: reflexões a partir do processo de trabalho dos assistentes sociais no Hospital de Urgência de Teresina

**Pesquisadora responsável:** Simone de Jesus Guimarães

**Pesquisadora assistente:** Nayra Sousa Araújo

**Instituição/Departamento:** UFPI/ Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas

**Telefone para contato:** (086) 99428-3503; (086)3215-5808

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte à responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido** (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

A pesquisa é parte da dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. O objetivo geral é analisar o processo de trabalho dos assistentes sociais que atuam nas clínicas do Hospital de Urgência de Teresina, em 2017, no que se refere à materialização da intersetorialidade entre a política de saúde e as demais políticas sociais do tripé da Seguridade Social, na perspectiva da proteção social defendida na Constituição Federal de 1988.

Utilizará uma abordagem qualitativa e se baseará no método crítico dialético. O principal instrumento de coleta de dados será a realização de entrevistas semiestruturadas com os assistentes sociais das clínicas do HUT e pesquisa documental.

Você está sendo convidado (a) para ser sujeito nesta pesquisa e ser entrevistado (a) sobre a temática. Cabe esclarecer:

- As entrevistas serão gravadas e registradas para posterior análise;
- Não há benefícios diretos para os (as) participantes, a não ser o sentimento de contribuição para o esclarecimento da temática;
- A pesquisa oferece riscos mínimos, relacionados, principalmente, ao desconforto proveniente da alteração da rotina profissional no momento da coleta de dados, bem como ao constrangimento ao ser indagado sobre a temática da pesquisa. Tais riscos serão contornados assegurando a você que a coleta de dados seguirá um roteiro de

entrevista previamente elaborado e se aterá à temática da pesquisa; e que a entrevista será realizada em um local reservado, possibilitando maior segurança e liberdade para responder às perguntas, assegurando, ainda, que o anonimato será respeitado e preservado;

- A pesquisa também oferece riscos mínimos relacionados à manipulação das ideias por você manifestadas ao longo da entrevista, principalmente quanto à perda de fidedignidade no processo de análise crítica, que serão contornados a partir da gravação em áudio, que será posteriormente transcrita, e assegurará o controle fidedigno do que foi expresso pelos participantes;
- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas;
- Você tem o direito de retirar o consentimento em qualquer tempo;
- Se você concordar em participar do estudo, sua identidade será mantida em sigilo.

### **Consentimento da participação da pessoa como sujeito**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa intitulada “SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE ENTRE A POLÍTICA DE SAÚDE E AS DEMAIS POLÍTICAS DA SEGURIDADE SOCIAL: reflexões a partir do processo de trabalho dos assistentes sociais no Hospital de Urgência de Teresina”. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora Nayra Sousa Araújo sobre a pesquisa, os objetivos, os procedimentos a serem realizados e as implicações decorrentes da minha participação. Foi-me igualmente garantida a confidencialidade e o direito de, a qualquer momento, retirar o meu consentimento sem qualquer penalidade ou ônus para mim. Assim sendo, de acordo com a finalidade desta pesquisa, autorizo a pesquisadora a utilizar os meus depoimentos na dissertação.

Teresina, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaração do pesquisador:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura da pesquisadora responsável

**Observações complementares:**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa – Bairro Ininga

CEP: 64.049-550 –Teresina - PI

Tel.: (86)3237-2332- Fax: (86) 3237-2332e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br