

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ERICA FERNANDA TORRES MACÊDO

**O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA PRÁTICA DO
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE**

JOÃO PESSOA-PB, 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

ERICA FERNANDA TORRES MACÊDO

**O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA PRÁTICA DO
ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE**

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social da
Universidade Federal da
Paraíba para obtenção do
título de Mestre.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia Barreto Cavalcanti

JOÃO PESSOA-PB, 2013

M141d Macêdo, Erica Fernanda Torres.

*O desafio da intersectorialidade na prática do
assistente social na saúde / Erica Fernanda Torres
Macêdo.-- João Pessoa, 2013.*

98f. : il.

*Orientadora: Patrícia Barreto Cavalcanti
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA*

*1. Serviço social. 2. Assistência social - saúde. 3.
Política de saúde. 4. Intersectorialidade.*

O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE NA PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social da
Universidade Federal da
Paraíba para obtenção do
título de Mestre.**

Aprovado em 21 de Agosto de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti
Universidade Federal da Paraíba
Orientadora

Profª Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Externa

Profª Dra. Maria Aparecida Ramos de Meneses
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Interna

Aos meus pais Fernando e
Fátima Macêdo, por me dedicarem
tanto amor e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFPB;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES;

Aos meus professores Bernadete Macêdo, Jaldes Meneses, Socorro Vieira, Maria de Lourdes, Cláudia Gomes, Cleonice Nogueira, Fátima Melo;

À minha orientadora, mestre e amiga Prof^a. Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti. Não tenho palavras... Você foi um presente de Deus!

Às Professoras Ana Paula Rocha de Sales Miranda e Maria Aparecida Ramos de Meneses por gentilmente aceitarem nosso convite para compor a banca de avaliação desta dissertação;

Aos meus amados colegas de turma Taira, Ademir Júnior, Antonia, Klênia, Rafaella, Francisca, Nataly, Adelina, Fernanda, Gilvaneide, Julymara, Juliana, Glaubia, Renata, Itatyane e Luciana, por cada momento especial;

Às amigas de exercício profissional e Assistentes Sociais mais desbravadoras, Camilla Pereira, Marli Pires, Rosana Queiroz, Fabrícia Amaral, Márcia Regina, Anita Bonfim, Regina Maria, Girlene Santana, Cléa Nobre, Elza Teófilo, Andréa Paula, Evelynne Mastriani, Laudirce Leite, Mirka Lúcio;

Às amigas, Anita, Diana e Ana pelo apoio e companheirismo nos momentos mais difíceis;

Aos amigos do SEPSAS;

À amiga Merilin França, por toda contribuição e amizade;

À amiga Glória de Fátima e toda equipe do EPSI;

A toda equipe pedagógica do Berçário Espaço da Criança pelo cuidado carinhoso para com meus bebês. Foi muito bom poder contar com vocês.

Às minhas irmãs Ana Flávia e Michelle Luiza, por todo apoio e amizade;

Ao meu irmão Fernando Macêdo, pelo simples fato de existir;

Aos meus sobrinhos Anna Theresa, Victor e Arthur, vocês iluminam minha vida;

Aos meus enteados Renato e Rafael, filhos que escolhi e acolhi. Amo vocês;

Ao meu sobrinho Gabriel por todo apoio técnico;

Aos meus tios Ubiratan, Edna e Sueli pelo carinho e torcida apesar da distância.

À vovó Mariú pelas orações, tia Teresa, tia Rosário, tia Rosângela, Fabiana, Danielle Pires pelo apoio;

À tia Betânia, tio Valdir, por estarem mais de perto e compreenderem minha ausência;

À tia Graça e tio Nadilson pelos momentos de apoio;

Aos meus sogros Maria da Betânia e Agêo Pires por me acolherem;

Ao meu esposo Gustavo Pires, por tanta compreensão, amor, carinho... Sem você eu não teria chegado até aqui. Eu te amo.

Aos meus filhos amados Guilherme e Eloísa, a infinitude do nosso amor é prova da existência Divina. Vocês são as crianças MAIS TUDO que conheço: mais lindas, mais amadas, mais inteligentes, mais preciosas, mais traquinas... Mamãe Ama muito.

Aos meus pais Fernando e Fátima, pelo amor incondicional.

A todos familiares e amigos que apoiaram durante esta jornada.

A Deus e todos os espíritos de luz que estiveram em meu auxílio.

OBRIGADA!

RESUMO

Este Trabalho objetiva desenvolver uma análise crítica acerca das formas como a intersectorialidade vem sendo implementada e compreendida por gestores e trabalhadores, a partir da particularidade do cotidiano das práticas profissionais em saúde desenvolvidas pelos assistentes sociais. Partimos do pressuposto de que este dispositivo de gestão vem frequentemente sendo tomado como principal mecanismo de gestão das políticas públicas, nomeadamente as políticas de proteção social no Brasil. Contrariamente, os estudos sobre este entorno ainda se mostram incipientes em relação aos mais variados processos de implementação de planos, programas e projetos vinculados ao sistema protetivo nacional com tímida alteração no que concerne a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Por conseguinte, quando nos reportamos para as reflexões teóricas sobre o uso dos arranjos intersectoriais no interior das ações profissionais dos Assistentes Sociais do campo da assistência pública à saúde, a escassez de referenciais teóricos sugere que a categoria precisa se debruçar sobre os vieses desta questão, sobretudo por se constituir num dos núcleos profissionais que mais possui potência em disparar ações intersectoriais, fundamentalmente pela formação generalista que recebe. Assim, este estudo procurou refletir quais os limites que se interpõe a prática do Assistente Social do campo da saúde na tessitura de arranjos intersectoriais a luz da produção teórica constante nos principais canais de circulação da produção científica do Serviço Social Brasileiro. Trata-se de uma investigação teórica, baseada no método dialético, que privilegiou a noção de totalidade. No decurso do procedimento metodológico ocorrido em Maio, Junho e Julho de 2013, foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental, seguindo os parâmetros que cercam o processo da leitura reflexiva; coleta e posterior tratamento das produções científicas constantes nos anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, no período de 2001 a 2012, bem como dos artigos científicos de revistas qualis A e B da área de Serviço Social, nos últimos três anos. Dentre os achados mais relevantes se destaca a constatação de que o Serviço Social não reconhece em suas ações profissionais os arranjos intersectoriais que constrói ou que auxilia a materialização.

Palavras-chave: Intersectorialidade, Serviço Social, Política de Saúde.

ABSTRACT

This work objective develop a critical analysis of the ways in which intersectoral is being implemented and understood by managers and works, from the particularity of the everyday practices of health professionals developed by social workers. We leave nominated of estimated of that the this device of management comes frequent being taken as main mechanism of management of the public politics, politics of social protection in Brazil. Contrarily, the studies on this surrounding still reveal incipient in relation to the most varied entailed processes of implementation of plans, programs and projects to the national protective system with shy alteration with respect to operationalization of the Only System of Health. Therefore, when in we report them for the theoretical reflections on the use of the intersectoral arrangements share winthin professional actions of the Social Assistants of the field of the public assistance to the health, the scarcity of theoretical referential suggests that the category necessary if to lean over on the biases of this question, over all for if constituting in one of the professional nuclei that more possess power in going off intersectoral actions basically, of the generalist formation that receives. Thus, this study it looked for to reflect which the limits that if the light of the constant theoretical production in the main canals of circulation of the scientific production of the Brazilian Social Service interposes practical of the Social Assistant of the field of the health in the contexture of intersectoral arrangements. One is about a theoretical inquiry, based in the dialectic method, that privileged the totality notion. In the continuation of the methodological procedure occurrence in June and July of 2013, had been used the research bibliographical and documentary, following the parameters that surround the process of the reflective reading, for collection and posterior treatment of the constant scientific productions in annals of the National Meeting of Researchers in Social Service, in the period of 2001 to the 2012, as well as of scientific articles of quality magazines A and B of the area of Social Service, the past three years. Amongst the findings most excellent if it detaches the finding of that the Social Service does not recognize in its professional action the intersectoral arrangements that construct or that it assists the materialization.

Key- Words: Intersectoral; Social Service; Health politic

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Planejamento Estratégico de Gestão (PEG) e Planejamento Estratégico Intersectorial (PEI).

Figura 2 – Modelo setorializado de casinhas paralelas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação dos periódicos pesquisado

Quadro 2 – Articulação intersetorial nos quatro grandes centros urbanos. Brasil, 2005.

Quadro 3 – Comparação de modelos de estrutura organizacional de governo, considerando, o critério departamentalização, a missão e a organização do trabalho.

Quadro 4 – Categorias mais utilizadas pelos autores para trabalhar a intersetorialidade.

Quadro 5 – Edições do ENPESS e frequências dos trabalhos sobre intersetorialidade.

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABEPSS – Associação Brasileira de Pesquisadores em Serviço Social

CBAS – Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CF – Constituição Federal

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEG – Planejamento Estratégico de Gestão

PEI - Planejamento Estratégico Intersectorial

PSF – Programa Saúde da Família

SEPSASS – Setor de Pesquisa em Saúde e Serviço Social

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

Introdução	12
Capítulo I – INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS SOCIAIS: novas possibilidades de gestão.....	22
Capítulo II – TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE: entraves, desafios e possibilidades.....	39
Capítulo III – O CAMPO DA SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E SERVIÇO SOCIAL: A Relação complexa entre o Serviço Social no contexto da saúde e o uso da intersectorialidade a partir da produção do conhecimento.	55
3.1- Módulo I – A Precarização do exercício profissional do Assistente Social na saúde como inibidora da busca da intersectorialidade.	70
3.2- Módulo II - Setorialização interna da política de saúde e dessa em relação às demais políticas de proteção social.	72
3.3 – Módulo III - Os limites que se interpõe a prática do Assistente Social do campo da saúde na tessitura de arranjos intersectoriais.	75
Considerações finais.....	78
Referências	81
Apêndice A - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PESQUISADAS – (ENPESS - ANOS 2000).	92

INTRODUÇÃO

A realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que a gente tem dela. Há sempre algo que escapa às nossas sínteses; isso porém, não nos dispensa do esforço de elaborar sínteses, se quisermos atender melhor a nossa realidade (KONDER, 1984, p. 37).

Entre as características mais importantes em sua gênese, está a de que o Serviço Social se desenvolve no campo da saúde a partir da década de 1940, notadamente nos hospitais e maternidades públicas e filantrópicas, bem como, executando ações de educação em saúde. Ao longo das décadas posteriores foi ocupando cada vez mais espaço de prática, tendo como indutor de sua presença no campo da saúde a ressignificação do conceito do processo saúde/doença feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, quando a saúde passou a ser compreendida como o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos. Tal ampliação do conceito de saúde creditou ao Serviço Social um espaço importante, já que consagrou a relevância da determinação social do processo de adoecimento ou o seu inverso.

Nessa trajetória histórica, e de modo progressivo, a profissão foi ocupando vários espaços sócio-ocupacionais na saúde, na medida em que os subsistemas de saúde (público, previdenciário e privado) se materializavam no país, apresentando variações de ordem teórico-metodológica, de acordo com a evolução da profissão.

Diante dessa configuração histórica, observa-se que nos vários níveis de complexidade em saúde a profissão sinalizou protocolos diferenciados, muitos deles confundidos com rotinas de trabalho. Essas características advindas da prática concretizada ao longo de décadas foram retratadas através da produção científica por meio de livros, teses, dissertações e artigos científicos que serão objeto de nossa análise. Ademais, recentemente os órgãos que dão suporte legal à profissão, por sua vez, também sinalizaram, através de documentação específica, de como deveria se constituir as habilidades e competências do assistente social na saúde¹. Soma-se a esse arsenal, o projeto ético político, que revela as diretrizes que tanto o assistente social

¹ Vide Parâmetros de Atuação.

inserido na saúde quanto os demais profissionais locados em outras políticas setoriais deveriam perseguir.

Em meio a esse escopo teórico-metodológico que o serviço social vem construindo em relação ao campo da saúde, destacamos a estratégia da intersectorialidade, que, embora seja frequentemente utilizada pelos formuladores de políticas públicas como mecanismo de flexibilização dos planos, programas e projetos, notadamente quando colocados em gestão, insurge, por outro lado, como concepção mais ampla da compreensão dos conteúdos e ações de quem concretiza essas mesmas políticas públicas, ou seja, uma concepção ideológica.

Esta pesquisa objetiva desenvolver uma análise crítica acerca das formas como a intersectorialidade vem sendo implementada e compreendida por gestores e trabalhadores, a partir da particularidade do cotidiano das práticas profissionais em saúde desenvolvidas pelos assistentes sociais.

Com esse propósito, pretendemos também identificar qual paradigma teórico tem funcionado como balizador da produção científica na área das Ciências Sociais e particularmente no Serviço Social, e se possui uma base conservadora ou crítico-reflexivo.

Partimos do princípio de que a produção científica acerca dessa temática no ambiente do Serviço Social tem se pautado pelo viés crítico-reflexivo, embora os estudos realizados não apresentem o aprofundamento necessário ao refinamento da temática. Tal fato ocorre em função das análises científicas se centrarem mais em descrições de ensaios práticos das atividades intersectoriais e em, sobretudo, análises que sinalizam as dificuldades que os arranjos intersectoriais impõem tanto às políticas envolvidas quanto aos profissionais de Serviço Social, que os tomam como estratégia de intervenção dentro da micropolítica.

Há certamente um inegável potencial na formação do Assistente Social que o credencia a ser um dos profissionais que possui mais condições de provocação de arranjos intersectoriais. No entanto, não se pode desconsiderar que a estratégia da intersectorialidade demanda outros recursos (além de um amplo preparo profissional) que se articulam diretamente a uma estrutura mais geral sobre a qual se assenta a política social, cenário massivo das atuações profissionais do Assistente Social.

Assim, o problema que se coloca em análise é a inviabilidade de produzir ou disparar arranjos intersetoriais nos espaços de atuação profissional, tendo como lastro a precarização do exercício profissional vivido pelos Assistentes Sociais na saúde; a evidente setorialização interna da política de saúde, e dessa em relação às demais políticas de proteção social.

Particularmente no contexto da política da saúde, a estratégia da intersectorialidade vem sendo debatida e buscada há anos, encerrando um cenário de desafios complexos por soluções compartilhadas. No entanto, essa mesma política setorial pouco tem avançado na materialização dos arranjos, mesmo que na retórica e nos textos dos planos, programas, relatórios de gestão e dos fóruns do controle social da saúde – sobretudo na discussão da resolutividade das demandas em saúde – continue se sobressaindo a intersectorialidade como solução mágica.

A partir dessas prerrogativas, este trabalho objetiva, ainda, refletir quais os limites que se interpõem à prática do Assistente Social no campo da saúde, na tessitura de arranjos intersetoriais à luz da produção teórica constante nos principais canais de circulação da produção científica do Serviço Social brasileiro.

Nessa perspectiva, trata-se de uma investigação teórica, baseada no método dialético, que privilegia a noção de totalidade, na qual consideramos as questões de ordem ideológico-políticas, socioeconômicas e técnico-operativas que configuraram a trajetória do Serviço Social no campo da saúde, bem como a história da assistência pública à saúde no Brasil, notadamente em relação ao uso da estratégia da intersectorialidade.

O método dialético implica sempre em uma revisão e em uma reflexão crítica e totalizante porque submete à análise toda interpretação pré-existente sobre o objeto de estudo. Traz como necessidade a revisão crítica dos conceitos já existentes a fim de que sejam incorporados ou superados criticamente pelo pesquisador. Trata-se de chegar à essência das relações, dos processos e das estruturas, envolvendo na análise também as representações ideológicas, ou teóricas construídas sobre o objeto em questão (LIMA; MIOTO, 2007, p. 4).

Inicialmente, nossa aproximação com o objeto de estudo foi se construindo com base em nossa experiência desenvolvida desde 2003 no

Hospital de Emergência do Agreste Dr. Daniel Houly, Alagoas, no atendimento às situações de acidentes e violências.

Nessa direção, este estudo responderá uma inquietação na busca de ações que mobilizem e impulsionem novas maneiras de realizar a atuação profissional e potencialize algumas das já existentes. É uma necessidade conjunta da equipe de serviço social da Unidade, de repensar, reavaliar e qualificar nossas práticas profissionais, visto que ao longo de 10 anos de inauguração do hospital e do setor de Serviço Social, as atividades profissionais foram tomando uma série de caminhos que degeneraram todo um projeto idealizado pela equipe quanto à qualidade do serviço e a garantia do direito universal e integral à saúde, e uma prática profissional ética, comprometida e responsável.

Por outro lado, o interesse pelo objeto também foi despertado a partir das discussões realizadas no contexto de operacionalização do projeto integrado “*Serviço Social, política de saúde e intersectorialidade: repercussões, desafios e perspectivas para o Assistente Social na atenção básica*”, que vem sendo implementado no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba desde 2011, ao qual esse trabalho se articula.

Desse modo, a partir das sessões de debates, algumas indagações emergiram face à necessidade teórico-metodológica de expandir o tema nuclear do projeto original, dentre as quais elegemos as seguintes: Qual a matriz teórica predominante nas produções científicas do Serviço Social relacionadas à estratégia da intersectorialidade? Como essa mesma produção científica trata, do ponto de vista teórico-metodológico, a inserção da intersectorialidade na ação profissional do Assistente Social no campo da saúde? Como é possível, ao Assistente Social da saúde, conjugar o uso de arranjos intersectoriais na prática profissional, se esse mecanismo de gestão ainda não se efetivou setorialmente na política da saúde?

Os procedimentos metodológicos que apoiaram este trabalho consistiram nas pesquisas bibliográfica e documental, através das quais foi possível construir o estado da arte sobre o tema, bem como estabelecer uma reflexão transversal articulando algumas categorias de análises que

possibilitaram equivalência entre os achados da pesquisa e as questões norteadoras.

Como assinalam Lima e Miotto;

Ao tratar da pesquisa bibliográfica, é importante destacar que ela é sempre realizada para fundamentar teoricamente o objeto de estudo, contribuindo com elementos que subsidiam a análise futura dos dados obtidos. Portanto, difere da revisão bibliográfica uma vez que vai além da simples observação de dados contidos nas fontes pesquisadas, pois imprime sobre eles a teoria, a compreensão crítica do significado neles existentes. (2007, p. 3).

Já em relação à similaridade aparente entre as pesquisas bibliográfica e documental, Oliveira *apud* Sá-Silva *et al.* (2009) inferem que a natureza das fontes se revela como aspecto diferenciador, já que a primeira se relaciona às posturas de um conjunto de autores acerca de determinado objeto, e a segunda se articula ao exame de documentos que ainda não foram analisados cientificamente.

Em relação ao plano metodológico traçado notadamente voltado para a pesquisa bibliográfica, tomamos como parâmetro as propostas de Lima; Miotto (2007) no que concerne ao rigoroso planejamento que se deve construir ao se fazer uso desse tipo de pesquisa. Na proposição das autoras, o plano metodológico mais adequado para investigações dessa natureza deve ser composto pelas seguintes etapas: **a exposição do método; a construção do desenho metodológico** (elaboração do projeto de pesquisa; investigação das soluções; análise explicativa das soluções; síntese integradora) **e a apresentação do percurso da pesquisa**².

A coleta propriamente dita ocorreu no período de maio a julho de 2013, na consulta do acervo documental (documentos, portarias e diretrizes do Ministério da Saúde; Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde/CEFESS, Código de Ética Profissional do Assistente Social) e bibliográfico (artigos científicos de revistas eletrônicas especializadas na área de Serviço Social – Qualis A e B, e trabalhos completos apresentados no

² A operacionalização do plano traçado será apresentada em detalhes no terceiro capítulo desta dissertação.

Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social nas edições de 2001 a 2012).

Preliminarmente foi realizado um levantamento bibliográfico através de uma leitura prévia dos títulos e resumos dos artigos constantes nas revistas com os seguintes termos de busca (descritores): intersectorialidade; arranjos intersectoriais; transectorialidade; setorialidade; redes setoriais; bem como através de descritores combinados para obter um refinamento melhor, como: intersectorialidade e serviço social; intersectorialidade e prática do assistente social na saúde. O espaço temporal foi de consulta às produções referentes aos últimos três anos.

Quadro 1- Relação dos periódicos pesquisados

PERIÓDICO	EXTRATO/QUALIS
Katálisis	A
Textos e Contextos	A
Serviço Social e Sociedade	A
Revista de Políticas Públicas	B
Em Pauta	B
Ser Social	B
Temporalis	B
Libertas	B
O Social em Questão	B
Praia Vermelha	B
Argumethum	B
Serviço Social e Realidade	B
Social em Revista	B

Fonte: primária.

Após a pesquisa bibliográfica concluída, passamos à pesquisa documental na aquisição e consulta de documentos relacionados ao exercício profissional do Assistente Social, bem como à política de saúde de modo geral.

A pesquisa documental é um procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais porque a maior parte das fontes escritas – ou não – é quase sempre a base do trabalho de investigação. Dependendo do objeto de estudo e dos objetivos da pesquisa, pode se caracterizar como principal caminho de concretização da investigação ou se constituir

como instrumento metodológico complementar. Apresenta-se como um método de escolha e de verificação de dados; visa o acesso às fontes pertinentes, e, a esse título, faz parte integrante da heurística de investigação (SÁ-SILVA *et al.*, 2009, p. 13).

Alertamos para o fato de que independente de termos realizado uma farta pesquisa bibliográfica para construirmos a revisão da literatura sobre a temática geral desta dissertação, esta não serviu como material do tratamento metodológico ora descrito, ou seja, o material que será analisado com base no escopo metodológico traçado se atém apenas à coleta realizada junto aos periódicos mencionados, aos trabalhos das edições do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) e dos documentos eleitos: os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde e o Código de Ética Profissional.

Após esse primeiro contato com a produção selecionada, foi-nos possível fazer uso da técnica de leitura (utilizada na terceira etapa do plano metodológico), pois como acrescentam Lima; Mito:

No caso da pesquisa bibliográfica, a leitura apresenta-se como a principal técnica, pois é através dela que se pode identificar as informações e os dados contidos no material selecionado, bem como verificar as relações existentes entre eles de modo a analisar a sua consistência (2007, p. 5).

Para a utilização dessa técnica elaboramos um roteiro de leitura com base nas indicações de Lima; Mito (2007), conforme segue abaixo:

- Tema central – destaca o principal tema abordado.
- Objetivo da obra – permite verificar se o objetivo proposto na obra corresponde ao tema central.
- Conceitos utilizados – permite identificar as referências conceituais presente na obra.
- Paradigma teórico – permite o mapeamento de obras que se autorreferenciam no paradigma crítico-dialético.

- Referencial teórico – permite verificar o referencial utilizado pelo autor para conectar a prática do Assistente Social à materialização dos arranjos intersetoriais.
- Elementos teórico-metodológicos e técnico-operativos – permitem identificar os elementos presentes na obra que informam quais os instrumentos usados na prática do Assistente Social na materialização dos arranjos intersetoriais.
- Termos utilizados para identificar outras denominações ou a presença da intersetorialidade na prática do Assistente Social.

Inicialmente fizemos uma leitura de reconhecimento do material bibliográfico e documental, e rapidamente partimos para o momento da leitura denominada de exploratória, na qual analisamos se as discussões presentes no material de fato se vinculavam ao estudo ou se apenas se articulavam tangencialmente.

A etapa seguinte foi a da leitura seletiva, com o intuito de constatar se o material realmente apresentava conteúdos úteis à discussão, às indagações prementes e aos objetivos (geral e específicos) que tínhamos em mente. O passo seguinte foi uma leitura crítico-reflexiva, com objetivo de identificar relações entre o objeto investigado e os debates promovidos nos materiais selecionados; constatar as proposições hegemônicas; refutar ou mesmo atestar opiniões.

Estudo crítico do material orientado por critérios determinados a partir do ponto de vista do autor da obra, tendo como finalidade ordenar e sumarizar as informações ali contidas. É realizada nos textos escolhidos como definitivos e busca responder aos objetivos da pesquisa. Momento de compreensão das afirmações do autor e do porquê dessas afirmações. (LIMA; MIOTO, 2007, p. 5).

Em continuidade ao processo partimos para a fase da leitura reflexiva apenas daqueles documentos que nomeamos como definitivos, através da qual foi possível compreender as proposições feitas pelos autores ou instituições. Vale salientar que os documentos já sinalizados no início deste trabalho se classificaram como definitivos. Assim, finalizamos o percurso com a última

etapa, denominada pelas autoras em pauta como leitura interpretativa, e que, segundo as mesmas,

é o momento mais complexo e tem por objetivo relacionar as ideias expressas na obra com o problema para o qual se busca resposta. Implica na interpretação das ideias do autor, acompanhada de uma interrelação destas com o propósito do pesquisador. Requer um exercício de associação de ideias, transferência de situações, comparação de propósitos, liberdade de pensar e capacidade de criar. (LIMA; MIOTO, 2007, p. 5).

O próximo passo foi o tratamento dos conteúdos selecionados (síntese integradora) a partir da análise dos resultados obtidos com o instrumento de leitura e que congrega o Capítulo III deste trabalho, no qual foi realizada a apresentação e um exame dos achados da pesquisa, tendo em vista os objetivos estabelecidos.

Consiste na fase de reflexão e de proposição de soluções, baseada no material de estudo que compôs a pesquisa. A partir do objeto de estudo proposto, que definiu a pesquisa como exploratório-descritiva, expõe-se a síntese integradora das soluções que formaram o processo de investigação [...] Para construir essa etapa, parte-se da caracterização do objeto de estudo, usando as publicações que, classificadas como lentes, não foram utilizadas na ilustração dos conceitos apresentados no momento da análise explicativa das soluções, mas que trazem elementos de análises importantes para a compreensão do objeto de estudo proposto. Essas publicações, juntamente com o referencial teórico construído para o estudo, compõem a base de sustentação da reflexão que o pesquisador deve apresentar. (LIMA; MIOTO, 2007, p. 8).

Assim, este trabalho está estruturado em três capítulos orgânicos. No primeiro, *Intersetorialidade nas políticas sociais: novas possibilidades de gestão* realizamos uma discussão sobre o conceito que a intersectorialidade assume como dispositivo de gestão, particularmente no âmbito das políticas públicas, a partir dos olhares de vários autores e de diversos campos de saber.

No segundo capítulo, *Trajetória do Serviço Social no Campo da Saúde: entraves, desafios e possibilidades* apresentamos um debate relacionando as

características fundantes da prática profissional do assistente social na saúde numa perspectiva histórica.

No terceiro e último capítulo, *O campo da saúde, intersectorialidade e Serviço Social: a relação complexa entre o Serviço Social no contexto da saúde e o uso da intersectorialidade a partir da produção do conhecimento*, apresentamos os resultados da investigação.

CAPÍTULO I – INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS SOCIAIS: NOVAS POSSIBILIDADES DE GESTÃO

Durante a revisão de literatura sobre a intersectorialidade identificamos diversos pontos de vista e inúmeras áreas nas quais o tema tem sido tratado, assumindo, portanto, vieses diferentes.

Há, segundo os estudiosos, uma polissemia acerca da temática, o que implica seu tratamento a partir de variáveis diversas. Alguns autores a relacionam com a gestão pública, articulando-a a outra estratégia de gestão, a descentralização. Outros, por sua vez, introduzem o conceito da interdisciplinaridade para melhor compreendê-la. Há ainda aqueles que investigam a intersectorialidade a partir do paradigma da promoção da saúde e do princípio da integralidade, ou mesmo tendo como cotejo a concepção de pobreza.

Pereira (2012), ao se debruçar sobre o tema, ressalta que

vale reiterar que este termo não tem sido definido com precisão. O elemento comum que une a esmagadora maioria dos intentos de demarcá-lo conceitualmente é o da superação não propriamente da ideia de *setorialidade*, mas da desintegração dos diferentes *setores*, que compõem um dado campo de conhecimento e ação, e do consequente insulamento de cada um deles. De acordo com esse procedimento, a noção de “setor” é ponto pacífico e, portanto, permanece intacta, principalmente quando se fala de políticas públicas e, dentro destas, das políticas sociais. Isso porque, se convencionou achar que tais políticas são divididas em “setores” (2012, p. 3).

O fato é que esse tema tem se constituído num dos pontos principais das agendas de investigação e trabalho junto às políticas públicas e a gestão pública, na perspectiva de que as políticas públicas, sobretudo as de corte social, sejam mais abrangentes e se pautem por características mais universalistas e inclusivas.

Essa vasta produção tem início na década de 1980, tendo como indutores as características das políticas sociais brasileiras, historicamente sobrepostas e com pouca resolutividade, bem como as inovações advindas da

Constituição de 1988, que produziu inovações na gestão dessas políticas face à ampliação legal dos direitos sociais. Como bem sinalizam Monnerat; Souza:

É recorrente o pensamento de que as mudanças processadas até então não foram capazes de dar conta da fragmentação da ação estatal, além de que a crescente complexidade da questão social vem trazendo novos desafios ao sistema de proteção social. Assim, partindo do pressuposto de que é necessário encontrar formas inovadoras de formular e implementar as políticas sociais, a intersectorialidade tem sido largamente considerada como uma estratégia de gestão a ser adotada para atuar contra as iniquidades sociais (2009, p. 203).

Com base nesse entendimento, identifica-se que um dos grandes desafios é romper com a tradição da ciência moderna, que opera com uma lógica parcializada de organização e produção do saber, tendo como consequência uma intensa especialização disciplinar e práticas sociais fragmentadas. Nessa direção, diversos autores assinalam a importância de buscar no paradigma da interdisciplinaridade uma análise global dos problemas, e na estratégia de gestão intersectorial, a promoção de práticas sociais mais eficazes em relação à questão social atual.

Autores como Sposati (2006), Inojosa (1998), Junqueira (1999; 2000), Bronzo; Veiga (2007), Tumelero (2012), Faleiros (1990), Monnerat; Souza (2009; 2011), Comerlatto (2007) entre outros, vêm desde esse período adensando as proposições teóricas sobre a intersectorialidade, com intuito de contribuir para sua efetivação.

Uma das áreas que mais tem produzido conhecimento acerca das possibilidades e limites da intersectorialidade como estratégia de gestão é a administração pública. A produção de conhecimento dessa área é vasta e se acosta principalmente nas ideias de Inojosa (1998) e Junqueira (1999), que fazem a articulação dessa categoria aos propósitos da gestão pública, notadamente a gestão municipal.

Na concepção de Inojosa:

Estamos definindo intersectorialidade ou transectorialidade como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados

sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico. Transpondo a idéia de transdisciplinaridade para o campo das organizações, o que se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional (2001, p. 105).

Nessa direção, Junqueira; Inojosa; Komatsu (1997, p. 24), tratam a intersetorialidade, em sua aproximação, com o tema da descentralização. Relatam essa aproximação quando a descentralização é compreendida “como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos”, e a intersetorialidade corresponde ao “atendimento das necessidades e expectativas destes mesmos cidadãos de forma sinérgica e integrada”. Daí a articulação entre ambos compor um novo modelo de gestão pública.

Essa discussão apresentada pelos autores também levanta questões como território regional e redes de ação social, já que a intersetorialidade para se concretizar na gestão pública, necessita, além de um contexto democrático, portanto descentralizado, (no qual a partilha de poder e responsabilidades estejam em curso) da adscrição territorial. A premissa é de que é no território que as expressões da questão social ganham mais visibilidade, induzindo o modelo de gestão das políticas sociais a um contato mais direto com o real, com as demandas advindas de um território que possui singularidades e não de pressuposições teóricas. (SPOSATI, 2006).

Nessa direção, Monnerat (2009, p. 24) acrescenta que

a perspectiva de intervenção sobre problemas complexos se associa fortemente à noção de território. A requisição de se trabalhar focado em dado território justifica-se em razão de que um dos maiores obstáculos à ação intersetorial é o fato de que cada área de política determina sua região geográfica de atuação. Assim, a definição de uma área comum para a ação das diferentes políticas setoriais é condição primeira para promover a intersetorialidade.

Por outro lado, Inojosa (2001, p. 105) apresenta uma discussão importante sobre a intersetorialidade e a transdisciplinaridade, ou seja, uma reflexão sobre a complexidade e diversidade das necessidades sociais e o

modo separado, isolado com que as gestões públicas têm tentado responder às necessidades de prover qualidade de vida e superar a questão social. Destaca que “Uma perspectiva de trabalho intersetorial implica mais do que justapor ou compor projetos que continuem sendo formulados e realizados setorialmente”. (2001, p. 105). Não trata de ações pontuais, dirigidas por sujeitos de boa vontade, implica numa perspectiva muito maior que traz impacto na ação do Estado.

A autora ressalta ainda, que no seu entender, existem quatro aspectos básicos para se trabalhar a partir de uma perspectiva de transetorialidade/intersetorialidade, São eles: mudança de paradigma; projeto político transformador; planejamento e avaliação participativos e com base regional; e atuação em rede de compromissos. Daí por diante ela vai traçando o modo de fazer a intersetorialidade a partir desses quatro pontos relevantes a seu ver.

1. Mudança de paradigma. Que seria uma mudança de perspectiva, de postura, perceber as coisas, as pessoas e suas necessidades, numa ótica de complexidade, e assim superar a fragmentação disciplinar que fragiliza a compreensão e promover uma conversação, diálogo entre os saberes e/ou setores.
2. Projeto político transformador. A realidade de políticas sociais verticalizadas, piramidais, sobrepondo ações, não consegue articular-se à proposta intersetorial, de diálogo, de parceria, troca de saberes, rompendo com políticas assistencialistas que reforçam o sistema vigente e sua cartografia.
3. Planejamento e avaliação participativos e com base regional. Esse terceiro ponto adentra as organizações administrativas, pois trata de uma proposta diferenciada de planejamento nas dinâmicas que considera a localidade, e faz parte permanente no processo digo, “análise de situação, passa por escolhas estratégicas e faz acordo” (2001, p. 105). Também é fundamental que esse planejamento seja participativo, agregando atores sociais e perspectivas diversas de perceber e identificar o problema.
4. Atuação em rede de compromisso social. No quarto e último aspecto, a autora continua pontuando mudanças organizacionais, que não são

mudanças isoladas; que não interferem em nada. É uma mudança para atuar em rede de compromisso social, onde o Estado permite o trabalho com outros atores sociais de organizações diversas, e que, de uma forma coletiva, mobilizem-se para juntos trabalharem um determinado problema. Essa estrutura não comporta setores isolados e ações fragmentadas.

Uma das principais observações sobre essa autora é que ela raciocina na perspectiva de como fazer para trabalhar com intersectorialidade, ou seja, como construir o trabalho intersectorializado. Uma das contribuições mais relevantes para o adensamento da temática foi construída por Bronzo (2010), quando a autora constrói sua análise sobre a intersectorialidade a partir de seu uso no enfrentamento da pobreza.

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 intersectoriais. A intersectorialidade na gestão é a contraface da multidimensionalidade da pobreza; a intersectorialidade 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 intersectorialidade (2010, p. 127).

Ao analisar a categoria “pobreza”, a autora mencionada articula como aspectos relevantes a compreensão de sua multicausalidade, do território onde ela se expressa. Ela parte da tese de que o processo de utilização dos arranjos intersectoriais devem ser sistemáticos e concretizados em vários planos da gestão, em muitas dimensões, desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais (planejamento) até a implementação das ações, o que ela nomeia como arranjos de alta e baixa densidade.

Sua concepção de intersectorialidade prevê um modelo de gestão “multinível”, que por vezes demanda transformações no escopo institucional ou mudanças nos vieses organizacionais, introduzindo inovações, como gestão em rede, adscrição territorial ou mesmo possibilidades técnico-profissionais como o apoio matricial.

Ainda na direção do arcabouço teórico que cerca a intersectorialidade, temos a contribuição de Pereira (2012) sinalizando que essa estratégia deve estar ancorada numa perspectiva interdisciplinar, ou seja, ao utilizarmos a estratégia é necessária a postura de estar aberto a outros campos de saberes.

A mesma autora indica, ainda, que a adoção do mecanismo intersectorial e sua defesa não significa a negação dos espaços setoriais (em se tratando de políticas públicas), mas fundamentalmente da adoção do diálogo entre os setores. Acrescenta, ainda, que para além de um recurso técnico gerencial, a intersectorialidade é antes de tudo um ato político, pois depende da vontade política dos atores envolvidos na sua utilização.

Para Cavalcanti *et al.* (2011), as construções teóricas formuladas na década de 1990, no tocante à intersectorialidade, estão intrinsecamente relacionadas à lógica da gestão das cidades, numa ótica de otimização de recursos materiais e humanos para o desenvolvimento urbano na perspectiva da administração pública.

A literatura demonstra que muito ainda há que se pesquisar em relação à gestão intersectorial e suas possibilidades de aplicação. O que fica claro é que essa perspectiva, ao contrário do senso comum, não acontece de maneira espontânea e natural, devendo ser induzida por agentes públicos estratégicos, dentro de contextos complexos que exigem o envolvimento de mais de uma organização setorial especializada. A intersectorialidade, *per se*, não resolve os problemas de equidade que afetam, principalmente, os países com marcada desigualdade social. Porém, torna-se um requerimento necessário para que se atinjam modelos de gestão pública eficientes no que se refere à oferta de serviços para a garantia de direitos. Uma gestão baseada no princípio da intersectorialidade será uma gestão comprometida com o trabalho em rede, com a compreensão integral da sociedade e seus processos de organização e com a visão mais ampliada sobre o fazer em políticas públicas (MOURÃO, 2011, p. 50).

Nas produções recentes, diante do arcabouço normativo que permeia todo o rol de políticas sociais há um esforço em analisar como as ações estão se refletindo nas condições objetivas de vida da população. A intersectorialidade entra em cena com a perspectiva de conjugar as políticas sociais, para que num dado espaço seja possível alcançar o indivíduo de forma totalizante e

assim reproduzir ou generalizar a experiência para raios de abrangência maiores, conforme podemos visualizar no quadro que segue:

Quadro 2 – Articulação Intersetorial nos grandes centros urbanos. Brasil, 2008.

Quadro 1. Articulação intersectorial nos quatro grandes centros urbanos. Brasil, 2008.

Dimensões	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Campos de atuação				
Temas/problemas de intervenção intersectorial	Dengue, violência, gravidez na adolescência, deficiência física, mobilidade urbana, meio ambiente	Orçamento participativo, Bolsa Família, vulnerabilidade social, dengue, fatores de risco para doenças cardiovasculares, questão ambiental	Questões relacionadas a grupos populacionais específicos: idosos, crianças, população de rua, plano diretor municipal	Pobreza, desemprego, degradação do meio ambiente, violência, acidentes de trânsito, gravidez na adolescência
Institucionalidade				
Nível de abrangência	Projetos específicos	Política municipal	Projetos específicos	Política municipal
Setores governamentais envolvidos	Secretarias municipais de saúde, de educação, de assistência social, ministério público, universidade, limpeza pública	Secretarias municipais de saúde, de educação, de assistência social, de política urbana	Secretarias municipais de saúde, de educação, de assistência social, universidade	Secretarias municipais de saúde, educação, assistência social, cidadania e direitos humanos, trabalho e geração de renda, cultura, esporte e lazer, segurança urbana e Projeto Terra Mais Igual
Fóruns e colegiados intersectoriais	Comitê de combate à dengue, núcleo sobre violência, bolsa família, orçamento participativo	Câmaras intersectoriais de políticas sociais, grupos executivos, grupo de trabalho Bolsa Família, núcleos gerenciais regionais, BH Cidadania, Projeto Vila Viva	Comissão de promoção da saúde escolar	Comitê de políticas sociais, câmaras territoriais em todas as regiões da cidade, Projeto Terra Mais Igual, orçamento participativo
Base de planejamento	Setorial	Municipal	Local	Municipal

Fonte: Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz. Pesquisa Saúde da Família, quatro estudos de caso.

Segundo Sposati (2006), após sua experiência como gestora setorial na Prefeitura de São Paulo, a gestão intersectorial não apresenta garantia de resultados positivos capazes de solucionar todas as questões, e também não permite padrões e referências absolutas.

A autora perscruta que “a intersectorialidade na gestão pública significa adotar uma decisão racional no processo de gestão, cuja aplicação pode ser positiva ou não”. Ainda segundo a mesma autora, “a sabedoria (**do processo de gestão**) reside em combinar setorialidade com intersectorialidade e não contrapô-la”. (SPOSATI, 2006, p. 134. Grifo nosso).

As questões sociais apresentadas na atualidade exigem uma integralidade de ações com vistas a atingir um resultado efetivo. Devido a essa compreensão é indispensável perceber que problemas de saúde, por exemplo, demandam ações de vários níveis de políticas setoriais para serem solucionadas em toda sua dimensão.

Nesse caso, se a abordagem não for integral e cada política não for acionada e prestar serviços resolutivos, certamente resultará numa intervenção sem efeito nas raízes do problema. Entretanto, superar a fragmentação do processo é uma das dimensões da intersectorialidade. É pré-condição o planejamento como diretriz para pensar ações de qualidade e que atinjam seus objetivos.

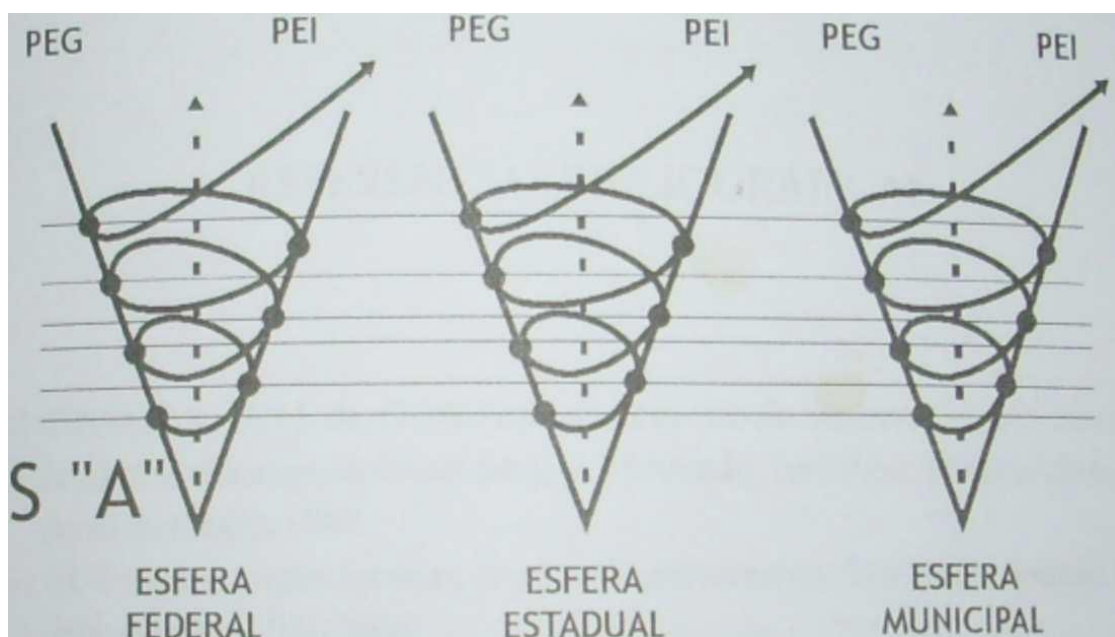
De acordo com Andrade (2004, p. 22):

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 ocorra no mesmo espaço territorial e meio ambiente. Conduzem a uma atuação desarticulada e obstaculizam mesmo os projetos de gestão democrática e inovadora. O planejamento tende a articular as ações e serviços, mas a execução desarticula e perde de vista a integralidade do indivíduo e a interrelação dos problemas.

Desse modo, o planejamento como processo que parte da análise da situação até a intervenção final e coletiva é uma implicação para as ações intersectoriais nas políticas públicas. Um planejamento participativo, onde o Estado é um coparticipante que realiza pactos com a percepção de outros segmentos.

Ademais, o autor em foco aponta que as três esferas gestoras das políticas sociais (união, estados e municípios), na maioria das vezes, não comungam do mesmo paradigma de planejamento e gestão, o que certamente se configura num dos grandes obstáculos de alcance da intersectorialidade. Para ele, a perspectiva a ser seguida seria a adoção do planejamento estratégico de gestão (PEG), dialogado e pactuado a um planejamento estratégico intersectorial (PEI), conforme ilustra a figura que segue:

Figura 1 – PEG e PEI



Fonte: Andrade (2006).

Esse processo de planejamento é o contraponto necessário ao modelo fragmentado, que não atinge a inclusão dos indivíduos e não produz impacto. Não obstante, os profissionais que estão nos equipamentos sociais, principalmente de saúde, identificam e denunciam as dificuldades de responder as demandas de forma mais efetiva e resolutiva, pois ações e resultados concretos são difíceis diante de tanta fragmentação das políticas sociais. Os efeitos são perversos e determinados agravos não são superados, pois esses profissionais não conseguem acionar as diversas áreas.

Diante disso, algumas outras implicações são pensadas em contraponto a essa setorização. Trabalhar a territorialização com suas peculiaridades e potencialidades, seus espaços de organização social, apresentando suas prioridades não mais como setoriais, “mas definidas a partir de problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores” (ANDRADE, 2004, p. 25). Nesse sentido, a atuação em rede de compromisso social pode ser uma parte dessa solução (INOJOSA, 2001).

A proposta é uma nova organização para superar o parcelamento das estruturas governamentais e seus equipamentos. É preciso decisão política para repaginar a velha organização, que reforçam determinadas estruturas de

poder. A integração entre as políticas sociais é um imperativo para a materialização dos direitos sociais.

Há ainda uma produção bastante densa no campo da saúde coletiva que articula o uso da intersetorialidade a busca da resolutividade das demandas em saúde, tendo como parâmetro a promoção da saúde e o conceito do processo saúde-doença resignificado pela Organização Mundial em Saúde em 1948.

Essa nova perspectiva de compreender o processo de adoecimento ou não adoecimento amplia o horizonte de como as ações públicas devem ser tratadas, e aproxima necessariamente a noção de intersetorialidade e a centralidade dessa discussão no âmbito da política, assegurando que por si só ela não dá conta de sua demanda e objetivo. Ao contrário, invoca a necessidade de responder a diversas demandas sociais (ANDRADE, 2006; MIOTO; SCHUTZ, 2010).

Ações intersetoriais em saúde correspondem a uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando a alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (OMS, 1997, *apud* TEIXEIRA; PAIM, 2000, p. 64).

É possível identificar que o setor saúde tem uma percepção mais restrita e/ou específica sobre o tema. Sua preocupação surge de seus próprios interesses, que busca a resolução de seus problemas a partir de articulação e apoio de outros setores. A sinergia, neste caso, funciona para resolução de questões complexas de saúde.

Com efeito, observa-se diferença importante entre as perspectivas da Administração Pública e a área da Saúde Coletiva. Esta última, ao longo de sua história, vem apresentando uma visão bastante endógena da intersetorialidade, compreendendo que são as outras áreas de políticas públicas que devem se juntar a este setor para intervir sobre problemas de saúde previamente identificado (MONNERAT; SOUZA, 2009, p. 206).

Em contrapartida, a recomendação da Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS) é que esse setor esteja também receptivo à convocatória de outras políticas (COSTA *et al.* 2006).

O novo pacto federativo com a promulgação da Constituição Federal de 1988, resultado de um processo constituinte de negociação, participativo e propositivo, pautado num estatuto de direitos democráticos, apresentou uma possibilidade diferenciada de proteção social. Uma proteção social capaz de entender e considerar as desigualdades sociais de forma complexa e numa perspectiva de totalidade, reconhecendo o cidadão na sua integralidade e acionando de forma articulada as políticas e os direitos sociais. Uma nova forma de abordagem e articulação das necessidades da população.

Esse entendimento sobre proteção social consolidou uma grande mudança no âmbito das políticas sociais: o imperativo de promover políticas públicas integradas. Essa mudança considerável de que tratamos aparece na Constituição no seu artigo 194 e leva o nome de Seguridade Social e apresenta-se assim descrito: “A seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (BRASIL, 1998, p. 131).

Nesse caso, ao adotar a noção de seguridade social, o pacto federativo aumenta a responsabilidade do Estado e incorpora novos direitos sociais, e a entende como um conjunto de ações de participação governamental e/ou não, objetivando a assegurar os direitos às políticas do tripé.

Apesar do histórico descompasso entre as gestões e a configuração social contraditória, é possível identificar que a despeito de representar um desafio para as políticas sociais, a integralidade tem sido perseguida quando se acreditam nas premissas da luta constituinte e na perspectiva de integralidade para a realidade da proteção social.

Nesse tocante, Mioto; Nogueira destacam:

A Integralidade é apreendida em várias dimensões, transitando da esfera político-administrativa para a esfera da atenção à saúde. Na esfera político-administrativa, diz respeito tanto à forma de organização do sistema e serviços de saúde, na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para

a atenção integral à saúde. Na esfera da atenção à saúde, diz respeito tanto à relação entre a realidade social e a produção de saúde como à relação equipe-usuários dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes e práticas. Em consequência, traz implícita a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. (2009, p. 228-229).

Dessa forma, pautamos a necessidade de qualificar as políticas na contramão da fragmentação, desarticulação e minimização que impossibilitam a dada integralidade na atenção da proteção social.

Na contemporaneidade das políticas sociais brasileiras, o que podemos perceber diante da realidade das práticas profissionais é que cada política coordena sua ação individualmente, o que não permite alcançar a verdadeira resolução das questões apresentadas, pois o usuário/cidadão dos serviços não é acolhido em sua totalidade, e consequentemente esse usuário sai do serviço com a sensação de insatisfação e decepção.

Os resultados dessa fragmentação são diariamente percebidos pelos profissionais da base dos serviços públicos: o assistente social, por exemplo, em uma unidade de emergência e trauma, identifica que o trabalho da equipe multidisciplinar perde efetividade quando, após o tratamento emergencial, o usuário não tem uma moradia em condições adequadas para acolhê-lo em um pós-operatório, quando também a unidade de saúde mais próxima de sua residência não tem profissional que possa acompanhar o caso, quando a previdência social não dá respostas adequadas para possibilitar a subsistência durante a recuperação. E nesse caso, nem o assistente social nem qualquer outro membro da equipe tem acesso ao sistema setORIZADO e condições de encaminhar resolutivamente tais demandas. Fica a sensação de impotência.

De acordo com Junqueira; Inojosa; Komatsu (1997, p. 22) “As estruturas setORIZADAS 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”. Caminhando assim para ações desarticuladas e que não conseguem atingir a integralidade do ser social.

Daí a evocação do significado da intersetorialidade para as políticas sociais. A intersetorialidade tem surgido como uma alternativa à insatisfação correspondente, à fragilidade das práticas do Estado, uma contraposição ao

aparato setorizado. Conforme quadro criado por Inojosa, o cenário apresenta dois modelos distintos, como se verifica abaixo:

Quadro 3 - Comparação de modelos de estrutura organizacional de governo, considerando o critério de departamentalização, a missão e a organização do trabalho.

Parâmetro	Modelo tradicional	Modelo novo
Departamentalização	Secretaria por área de conhecimento ou intervenção: saúde, educação, obras, transportes etc.	Secretarias por área geográfica: regiões ou distritos.
Missão de cada secretaria	Realizar ações e serviços da competência da prefeitura, específicas de sua área ou setor, no âmbito do município, visando a contribuir para melhorar as condições de vida da população.	Realizar ações e serviços da competência da prefeitura, visando a promover o desenvolvimento e a inclusão social da população da sua área geográfica.
Organização do trabalho	Equipes especializadas para planejar, realizar avaliações e serviços específicos, com objetivos, metas e indicadores setoriais.	Equipes intersetoriais para identificar necessidades e demandas da população, planejar, orientar e avaliar ações integradas, com definição de objetivos, metas e indicadores de qualidade de vida. Equipes especializadas para realizar serviços.

Fonte: Inojosa (1998).

Segundo Andrade (2004), um dos fatores mais complicados em trabalhar a intersectorialidade pertence ao nível de complexidade embutido na sua operacionalização, pois isso implica na superação de uma constituição do Estado que foi hegemônica durante todo o século XX. Esse modelo setorializado é representado pelo autor por um conjunto de casinhas paralelas e responsáveis individualmente cada qual pela sua área de atuação, digamos políticas, onde cada uma responde às demandas, particularmente.

[...] o modelo das casinhas paralelas, onde cada setor se constitui em uma casinha, operacionalizando as suas políticas em si e para si. Tornando-se o próprio objeto de sua existência, operacionaliza suas políticas sempre de dentro para fora. As políticas são pensadas no interior do setor fundamentadas no seu objeto e acúmulo de práticas e saberes, a partir dos quais exteriorizam um conjunto de ações que sempre buscam justificar a sua própria existência. Assim, as casinhas representam os setores da saúde, educação, habitação, meio ambiente, urbanismo, cultura, esporte, obras, etc. E cada um se desenvolve em razão de suas próprias soluções, operando a reafirmação do setor, em si e para si (ANDRADE, 2004, p. 309).



Fonte: Elaboração de Andrade (2006), com base em Campos (2000 e 2003) e Andrade et. al., 2004.

O surgimento da intersectorialidade como um contraponto a essa realidade setorializada é vista por nós como um processo político de pactuações. E essa integração entre as políticas públicas é um indicativo para a consolidação dos direitos sociais.

É importante destacar que essa discussão sobre a intersectorialidade surge mundialmente por volta da década de 1970, no âmbito da área da saúde, em um período histórico de mudança social significativa, com o processo de industrialização e o *boom* das cidades. Um momento de urbanização sem precedentes na falta de planejamento e de estrutura das cidades.

Esse momento de capitalismo industrial apresenta, necessariamente, uma preocupação de como manter o alto número de produção e a força de trabalho mínima para o não comprometimento dos lucros, ou seja, foi no interior das intencionalidades e tencionalidades do sistema capitalista vigente que os grupos de interesse europeus passaram a se preocupar com a situação da saúde da população operária e fazer suas primeiras relações com as condições de vida dessa população. Passou-se a relacionar o processo de adoecimento às condições de moradia, sanitária, alimentação, trabalho, entre outras.

A discussão surgiu articulada ao movimento de Reforma Médica Alemã (posteriormente Medicina Social) e às apreciações sobre os determinantes sociais da saúde. Entretanto, foi uma discussão pautada na concepção de que o modelo estritamente biológico não dá conta da problemática. Reconhecendo que “A promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersectoriais”. (ANDRADE, 2006, p. 50).

Como temos observado, a abordagem da intersectorialidade tem sido diversificada. Segundo Monnerat (2009), as produções na administração pública percebem a intersectorialidade como uma estratégia inovadora de gestão das cidades capaz de formular e implementar políticas sociais de forma singular, potencializando ações que superam a lógica fragmentada e pontual para responder as questões oriundas das necessidades dos cidadãos. Também é nessa abordagem que está presente a preocupação com os recursos humanos e financeiros e sua otimização.

Segundo destaca a autora:

[...] identifica-se que um dos grandes desafios é romper com a tradição da ciência moderna, que opera com uma lógica parcializada de organização e produção do saber, tendo como consequência uma intensa especialização disciplinar e práticas

sociais fragmentadas. “Nesta direção, diversos autores assinalam a importância de buscar no paradigma da intersectorialidade uma análise global dos problemas e na estratégia de gestão intersectorial a promoção de práticas sociais mais eficazes em relação à questão social atual”. (MONNERAT, 2009, p. 203).

Do ponto de vista da política da saúde, o modo como foi conduzida desde 1988 não priorizou o fortalecimento de um sistema de seguridade social. O que em nosso entender teria reforçado a ideia de intersectorialidade pautada na proposta sanitária.

Parte considerável da produção teórica dessa área concebe a intersectorialidade a partir de uma perspectiva bastante específica. Uma visão endógena que compreende a intersectorialidade a partir da articulação de diversos setores para atingir resultados eficazes em saúde. Ou seja, o problema inicial a ser solucionado parte da necessidade da área da saúde, a qual demanda de outros setores a colaboração para resolução de problemas específicos de sua política. Segundo a definição da OMS, a intersectorialidade é compreendida como uma articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados em saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só.

Em contrapartida, a OPAS recomenda que a ação intersectorial demande da área da saúde não somente iniciativa, mas receptividade à convocatória de outros setores. Entretanto, é possível identificar na literatura que a preocupação atual do setor saúde com a promoção de políticas intersectoriais pode ser percebida na tentativa de revitalização do debate sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença e o resgate de princípios fundamentais do projeto de reforma sanitária: descentralização, promoção da saúde, integralidades, participação/ controle social.

Segundo Mito; Nogueira (2009), é importante destacar que a intersectorialidade é um dos pilares estruturantes da integralidade. Essa integralidade é um grande desafio, pois se constata que a realidade brasileira é de políticas fragmentadas e desarticuladas.

Do ponto de vista da política de Assistência Social, a intersectorialidade é identificada como uma estratégia de gestão preconizada na política. E apesar disso, ainda encontra-se em uma fase de construção e amadurecimento. A

literatura indica que, mesmo preconizada na formulação dos principais programas, ainda tem dificuldade de funcionar satisfatoriamente.

Segundo Pereira (2004, p. 54):

um fato que preocupa os que defendem a intersetorialidade da Assistência Social é a possível perda de conteúdo ou de especificidade dessa política, caso ela não seja considerada setorial. Acontece que é justamente a defesa dessa setorialidade que pode descaracterizá-la como política pública, com um conteúdo próprio, porque isso vai contra a sua natureza genuinamente complexa, abrangente, interdisciplinar e intersetorial expressa no adjetivo (social) que a qualifica.

A isso, acresce-se o fato da política de Assistência Social ainda não ter conseguido alcançar a consolidação ideopolítica necessária, e ao eleger os arranjos intersetoriais como um dos dispositivos fundamentais de implementação, vem enfrentando diversos entraves, seja pela influência já destacada do modelo cartesiano de formular políticas públicas no Brasil, seja pelo histórico que a antecedeu, onde as ações assistenciais eram marcadamente clientelistas.

CAPÍTULO II – TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE: ENTRAVES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES

A relação conflituosa entre capital e trabalho durante o processo de industrialização e urbanização, com a exploração do trabalho intensificando as desigualdades sociais e a pauperização, e a necessidade do Estado de intervir e regular essas tensões e conflitos de classe, proporcionou a constituição do momento histórico para a institucionalização do serviço social enquanto profissão (IAMAMOTO, 2005).

É quando o Estado necessita se colocar diferenciadamente no conflito de classes e tratar a questão social não mais de modo coercitivo, mas buscando o consenso entre os estratos sociais. Na sociedade é que a base histórica está pronta para o aparecimento do dado profissional. Assim, o Assistente Social aparece como profissional que gerirá os serviços sociais, participando da redistribuição da mais-valia, ancorados em direitos e garantias sociais.

É importante destacar que foi nesse ambiente social urbano-industrial que os conflitos se exacerbaram e os “trabalhadores se organizaram e politizaram suas necessidades e carecimentos, transformando-os numa questão pública e coletiva” (MOTA, 2009, p. 26), onde o Estado passa a reconhecer tal movimento social e dá origem ao que modernamente chamamos de políticas sociais.

No Brasil, esse processo fora vivenciado significativamente a partir do período ditatorial, enquanto crescia aceleradamente a modernização urbano-industrial do Estado e acirravam-se as contradições e desigualdades sociais. Já em meados da década de 70, a crise econômica rebatida na ditadura e dá indícios de esgotamento dos “anos de ouro”. Soma-se também a isso uma crise política, com a participação da sociedade civil mais ampla, associada aos trabalhadores, com reivindicações mais organizadas, concentradas e uma agenda de lutas mais democráticas. Esse processo enriquecido abre espaço

para os seguimentos mais críticos no meio profissional do Serviço Social (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Germinou nesse período histórico uma discussão teórica mais crítica. Essas discussões invadem destacadamente o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) de 1979, que ficou conhecido como o “congresso da virada”. Evento que deu origem ao projeto ético-político profissional que contemplou uma interlocução com a tradição marxista, o movimento pela redemocratização do país e o movimento de reforma sanitária.

Esse processo de diálogo teórico, mútuo, foi enriquecido ao longo da década de 80 e culminou com a consolidação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a Carta Magna que expressou em sua formatação final os vários conflitos e contradições que se deram ao longo do processo de sua gestação e por final, consolidação.

No âmbito do Serviço Social, é importante destacar que esse movimento conhecido como de “reconceituação” foi um “marco decisivo no desencadeamento do processo de revisão crítica do Serviço Social no continente”. Foi um “questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sócio-políticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*”. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2000, p. 206).

O movimento de luta contra a ditadura e a conquista da democracia marcaram o período em que no conjunto da categoria profissional surgem as disputas pelos distintos projetos societários que se revelaram no interesse da luta de classes. Esse processo envolveu inúmeras contradições, mas refletiu também uma opção política de parte significativa da categoria por se atrelar à luta dos trabalhadores e uma ruptura com as práticas conservadoras tantas vezes recicladas e “maquiadas”. Esse processo conseguiu, inclusive, redimensionar amplamente as organizações da categoria (ABEPSS e CFESS) e inseri-las no movimento mais amplo dos trabalhadores brasileiros.

A grande contribuição teórica que respaldou essa trajetória crítica no modo de ver a profissão e situá-la num dado momento histórico no Brasil foi a obra *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*, de Marilda Iamamoto e Raul de Carvalho que, segundo Mota (2009, p. 34), foi decisiva por

historicizar e politizar a prática profissional a partir de uma concepção de sociedade como totalidade historicamente construída, identificando nos processos de produção e reprodução social a chave heurística para qualificar as determinações de uma profissão como a de serviço social, ao desvendar a natureza contraditória da prática profissional, demarcada por relações entre classes antagônicas, apontavam para a dimensão político-ideológica da profissão[...].

Além desses aspectos, a obra conseguiu construir a identificação do significado social da profissão, a concepção de questão social já entendida como manifestação das desigualdades inerentes às relações capitalistas de produção, a condição de trabalhador do Assistente Social.

Nesse período histórico, os cursos de Serviço Social que foram inseridos nas universidades no final da década de 1960, ampliam-se em suas bases teóricas e metodológicas e vivenciam o reconhecimento de sua especialidade como profissão, superando a ação assistencialista e caritativa, e mais à frente na década de 1970, o Serviço Social legitima-se em seu espaço acadêmico, implementa os cursos de pós-graduação, primeiramente os mestrados, e na década seguinte os doutorados (NETTO, 2011).

Nas três últimas décadas do século XX houve mudanças políticas, sociais e econômicas muito importantes para elucidar o momento atual e a realização contemporânea da prática profissional do Serviço Social.

A compreensão do momento histórico contemporâneo passa pelo entendimento do movimento de reestruturação produtiva (iniciado em meados dos anos 70 do século XX), necessária como resposta a um longo período de crise da economia mundial. O capitalismo precisava responder à sua necessidade de internacionalizar os produtos e expandir os mercados.

Na produção, foi possível identificar a substituição do modelo fordista, caracterizado pela produção e consumo em massa para o toyotismo, com sua característica peculiar, a flexibilização, presente nos processos e nos contratos de trabalho, no mercado, na fabricação dos produtos e também no consumo.

Uma flexibilização que atinge os processos trabalhistas e suas mais ínfimas relações, observadas nas subcontratações, nos trabalhos terceirizados e temporários.

Na economia, percebe-se que os países passam a vivenciar um processo de mundialização da economia. Com essa política, dá-se livre curso

ao capital especulativo financeiro, que traz grandes lucros, pois não se subordina a nenhum tipo de regulamentação. Ainda nesse cenário, os países são levados a abrir seus mercados, reduzindo tarifas sobre seus produtos importados, além de ser levados a tomar outras medidas que facilitam esse processo.

No cenário político, sofre-se a influência de orientações neoliberais que, em nome do mercado e do processo de acumulação do capital, fazem uma crítica e um posicionamento contrário ao Estado de bem-estar social, com reflexo sobre uma época de enxugamento e regressão dos direitos sociais e trabalhistas conquistados historicamente, desvalorização e ataque às formas de organização dos trabalhadores e redução significativa do orçamento público para investimento em políticas sociais.

No Brasil, “país em desenvolvimento”, onde as desigualdades sociais são significativas e a necessidade de políticas sociais importantíssima, tem-se o agravamento da situação de pobreza e uma acentuada precarização das condições de vida.

Mesmo com os avanços conquistados com a Constituição Cidadã de 1988 – apesar dela e dos avanços que produziu e sinalizou para a cidadania e para a expansão dos direitos sociais – a influência neoliberal enxugou e restringiu os avanços previstos na concretização dos princípios e diretrizes constitucionais.

Nos anos 1990 do século passado existiu todo um movimento em torno das reformas econômicas e políticas do Estado. Os governos Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso trataram de “reformular” o Estado, com ênfase nas privatizações e previdência social, e a negação da política social conquistada na Carta Magna de 1988. Esse processo se intensifica com o Plano Diretor de Reforma do Estado, que indicava a retração deste, e adaptação do nosso país ao fluxo do capitalismo mundial. Ao lado disso, prevalecem taxas medíocres de crescimento e maiores endividamentos públicos e privados, com predomínio do capital especulativo sobre o investimento produtivo (BEHRING; BOSCHETTI, 2008).

Como discutem Behring; Boschetti (2008), consideramos que houve uma contrarreforma, visto que se refletiu como ataque aos interesses e conquistas

históricas da classe trabalhadora, priorizando diretrizes estabelecidas por grupos como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial.

Nas políticas sociais evidenciou-se a redução dos direitos, desconsiderando as diretrizes democráticas universais e de responsabilidade estatal. Daí por diante verifica-se a desresponsabilização do Estado pelas práticas sociais, e políticas sociais apresentadas de modo pontual, fragmentadas, assistencialistas, seletivas e compensatórias. Lógica que se estende também no governo Lula.

Diante desse quadro, surge a necessidade do Serviço Social redimensionar o ensino com vistas à formação profissional da categoria estar apta a responder às exigências emergentes da sociedade brasileira, de forma competente e qualificada, com embasamento teórico-metodológico e ético-político, capaz de responder às complexas e variadas expressões da questão social, a partir das mediações fundamentais ao exercício da prática.

É importante destacar que a compreensão dessa questão social que ora fazemos referência, só será possível a partir do entendimento da lei geral de acumulação do capital, que elucida a compreensão sobre a pauperização e outras mazelas inerentes a esse sistema.

Esse projeto ético-político do Serviço Social de que tratamos é a legitimação dos valores e requisitos que elegemos social e profissionalmente, a especificação dos objetivos e funções da prática profissional. Define parâmetros para a relação com usuário e o comportamento do Assistente social. Ele assume amplo compromisso com os interesses da classe trabalhadora. Portanto, não cabem a esses profissionais posturas conservadoras, amarradas e vinculadas aos pressupostos de manutenção da ordem. (TEIXEIRA; BRAZ, 2009).

Esquemáticamente, pressupõe o reconhecimento da liberdade como valor central, equidade e justiça social, ampliação e consolidação da cidadania, democratização, não esquecendo o compromisso com o aperfeiçoamento intelectual e a qualidade dos serviços prestados. (CFESS, 1993).

Como já mencionamos na introdução deste trabalho, a relação do Serviço Social com o campo da saúde é antiga e marcada por influências diretas do modo como as ações de saúde se desenvolveram historicamente no mundo.

Na concepção de Guadalupe (2011), desde as incursões teóricas da pioneira na profissão, Mary Richmond, constata-se essa relação particularmente na forte influência que Florence Nithtingale (criadora da enfermagem moderna) teve na proposta richminiana de atribuir aos assistentes sociais as tarefas de visitantes domiciliares nas equipes de saúde, antes de 1890, no contexto do Serviço Social de casos.

Segundo essa autora, em 1905 ocorreu a primeira inserção de assistentes sociais em um serviço de saúde através do médico Richard C. Cabot, no Hospital Geral de Massachussets.

Ainda segundo registros de Cowles *apud* Martinelli (2003, p 12):

A principal incumbência do Serviço Social, neste contexto, era a redação de relatórios que descrevessem a situação e condições habitacionais e de trabalho dos doentes. Para além desta concepção compensatória decorrente das reestruturações dos modelos assistenciais da Medicina, o trinômio higiene, educação e saúde [...] caracteriza o Serviço Social nas suas origens, [tendo deixado] marcas bastante profundas em sua identidade e no modelo clássico de Serviço Social.

Ao tempo em que a profissão vai se expandindo nos Estados Unidos, constata-se que, em meados de 1837, na Inglaterra, com a criação da Sociedade de Organização da Caridade, sob a liderança de Octávia Hill, o Serviço Social se estabelecia na área da saúde europeia, voltando-se para os problemas sociais e emocionais que afetavam a reabilitação dos pacientes, realizando aconselhamento familiar, visitas domiciliares e seleção socioeconômica. Há que se ressaltar que nesse processo de intervenção não havia teoria de suporte, pois “o nível técnico era elementar, com obediência a rotinas simples, como manutenção de fichários e tratamento individualizado, para prestação de auxílios aos clientes”. (BRAVO, 2007, p. 12).

No cenário brasileiro, desde seu marco inicial como política pública, a política setorial da saúde demandou a presença dos profissionais de Serviço Social, seja nos processos de educação sanitária, seja no contexto do modelo médico-previdenciário.

Segundo as observações de Lanza et al.:

As contradições geradas pelo formato contributivo que caracterizavam os serviços de saúde no Brasil também influenciaram o exercício profissional do assistente social nesta área. Como o acesso a saúde não era universal – nem nos termos da lei –, seu caráter seletivo e excludente colocou estes profissionais entre a instituição hospitalar e a população, desenvolvendo atividades que tinham a finalidade de viabilizar a utilização dos serviços e benefícios, mas que, devido ao caráter seletivo dos mesmos, cristalizavam práticas que mais excluíaam do que incluíaam. (2012, p. 5).

A produção científica a respeito dessa inserção é vasta e foi analisada mais amiúde por Bravo (2009); Bravo; Matos (2009); e Sodré (2010), onde sugerem que essa entrada do Assistente Social no campo da saúde não foi homogênea em relação aos espaços sócio-ocupacionais e se pautava por ações psicologizantes e socioeducativas.

Sodré acrescenta ainda que

no Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. Esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condição de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo. (2010, p. 4).

Como é possível perceber desde sua origem, a inclusão dessa categoria profissional na saúde foi subsidiada pelos movimentos que tanto o modelo de atenção à saúde indicava quanto pelo viés que os planos, programas e projetos governamentais assumiram. Nessa direção, e para melhor compreensão desse processo de inclusão do núcleo profissional do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional particular, é importante recuperar o desenvolvimento da assistência pública à saúde desde sua gênese.

No início do século XX, e mais amplamente após sua terceira década, o processo de industrialização acompanhado da urbanização crescente, imigração e as tensões correspondentes da relação de exploração entre capital

e trabalho foram o berço da ampliação coletiva das insatisfações da realidade das condições de trabalho.

Sofrendo várias influências nacionais (dos movimentos sociais) e internacionais (dos processos migratórios internacionais), os trabalhadores participam das reivindicações e mobilizações em busca de melhores condições de trabalho. Ao Estado, é demandado enfrentar os desdobramentos dessa questão social e das suas variadas expressões. “O Estado, sua política, suas formas, suas estruturas, traduzem, portanto, os interesses da classe dominante não de modo mecânico, mas através de uma relação de forças que faz dele uma expressão condensada da luta de classes em desenvolvimento”. (FLEURY, 2009, p. 4).

A política social brasileira é apresentada com forma e estratégia fragmentada, pontual e precária.

A opção por um dado formato de política social, que se cristaliza na combinação de modelos distintos para diferentes segmentos dos trabalhadores, indica o lugar que cada um deles ocupa em uma dada correlação de forças, além das tendências internacionalmente preponderantes. (FLEURY, 2009, p. 2).

É importante destacar que o marco da política de previdência social é a lei Elói Chaves, aprovada no Congresso em 1923, que contemplou necessidades de assistência médica e garantias de saúde através dessa lei, onde foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS).

Durante as várias décadas desse século, a política de saúde foi desencadeando vários perfis, entre ações campanhistas ao atendimento hospitalocêntrico e modelo médico-privatista, até a composição do grande movimento de reforma sanitária na década de 80 e a criação do SUS, junto à Constituição de 1988. Até esse momento, o sistema de proteção social “combinou um modelo de Seguro Social na área previdenciária, incluindo a atenção à saúde, com um modelo assistencial para a população sem vínculos trabalhistas formais”. (FLEURY, 2009, p. 2).

O grande marco vinculado à política de saúde da década de 80 foi a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, em Brasília, que articulou e fomentou as bases do movimento de reforma sanitária e politizou a questão da saúde.

A saúde, nessa década, deixou de ser interesse apenas dos profissionais diretos da área e se tornou uma questão política extremamente articulada à luta pela democracia. Esse processo contou com a participação de novos sujeitos sociais e suas entidades representativas, sindicatos, partidos, associações.

A discussão sobre a saúde ampliou seus referenciais e ultrapassou o entendimento limitado de ausência de doença, passando a ser entendida a partir de uma ampla compreensão que engloba os determinantes sociais, e daí sua discussão é contemplativa dos diversos setores e suas análises. É tema de interesse da saúde a discussão das condições de vida da população brasileira e as propostas governamentais para a política. (BRAVO, 2009).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no que diz respeito à saúde, reflete as tensões vivenciadas pelos interesses dos diferentes polos da arena política. Os blocos mais expressivos eram compostos pelos interesses dos laboratórios farmacêuticos e grupos empresariais, e de outro lado os representantes da reforma sanitária.

Segundo Bravo (2009, p. 97):

O texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica.

Alguns aspectos do texto constitucional são considerados avanços, mesmo que na implementação das propostas algumas fragilidades possam ser encontradas. Avanços como a ampliação do entendimento da saúde com seus determinantes sociais; a responsabilidade do Estado em relação à saúde; o direito universal à saúde; a limitação da participação do setor privado; o entendimento de que os serviços de saúde são de relevância pública; o SUS como uma rede hierarquizada, descentralizada de atendimento integral; o controle e participação social. É importante frisar que a saúde era apenas uma das políticas contidas no tripé da seguridade social, assim definida na Carta Magna e completada com as políticas de Assistência Social e Previdência Social.

As políticas de seguridade social, cada qual com a sua intensidade, foram atingidas pela influência neoliberal e suas propostas de reforma amplamente difundidas na década de 90 do século passado.

Na década de 1990, sob a influência neoliberal, o projeto de saúde esteve pressionado a articular-se ao movimento do mercado e seus mais íntimos valores, ao apoio ao modelo privatista de assistência médica e ao posicionamento de ajustes de despesas e gastos.

O Estado deveria ser mínimo em tudo; isso queria dizer oferecer restritamente serviços sociais àqueles que não possuíam recurso algum, e deixar os serviços privados como alternativa aos demais. As principais ações seriam de caráter pontual e fragmentadas, e dirigidas às populações mais vulnerabilizadas. Esse processo reforça a cada passo o apoio ao que é de mais individual e fracionado, em oposição ao coletivo e universal proposto pelos princípios e diretrizes do SUS.

Nesse contexto, a concepção de seguridade não é levada em consideração, o que repercute na fragmentação das ações propostas pelas políticas e na não articulação entre as instâncias gestoras de controle social e executoras da política de saúde.

Outro fator relevante é a questão da instabilidade e insuficiência do financiamento, que tenderá a se agravar com a proposta governamental de desvinculação de recursos para a saúde. O que significa dizer eliminar da Constituição de 1988 a obrigatoriedade de percentuais definidos para as instâncias gestoras de investimento na saúde.

Desse modo, é possível perceber que ao longo da história da política de saúde no Brasil, o profissional de Serviço Social sempre realizou sua prática profissional em uma relação tensa e conflituosa de classes e interesses diversos. Recorde-se que o Serviço Social como profissão no Brasil surge na década de 1930, mas nada tem a ver com a política e as respostas às demandas do setor da saúde, que nesse momento praticamente não existiam no Brasil. Tratava-se, pois, de uma atuação esparsa que se configurava em trabalhos de ação comunitária através de políticas concentradas nos centros urbanos em crescimento, como saneamento e habitação.

Também nesse período, por meio das políticas urbanas, as abordagens individuais sobre a saúde foram desenvolvidas de forma ampla. O Serviço Social de caso para a saúde pública era a representação da necessidade de intervenção do assistente social nas políticas de reprodução social. Trazia ainda o reconhecimento de que a saúde possuía seus determinantes sociais, mas também a afirmação que muitos desses determinantes eram tratados isoladamente. Isso caracterizou uma ação maciça de atendimentos de “casos sociais” — quase um contrassenso. (SODRÉ, 2010, p. 4).

A partir de meados da década de 1940, pós II Guerra Mundial, exigências de expansão capitalista favoreceram a expansão do número de profissionais e sua inserção no setor da saúde.

No ano de 1948, com o novo conceito de saúde preconizado pela OMS, que enfocou o aspecto biopsicossocial, abrange ainda mais o campo profissional, favorecendo a área da saúde a ser o maior empregador dos assistentes sociais.

Naquele momento, outro fator que favoreceu a empregabilidade do Assistente Social na saúde foi (com a grande exploração do trabalho) o agravamento das condições de saúde do trabalhador e da população sobrando.

O assistente social consolidou 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, 2009, p. 199).

A Política Nacional de Saúde nasceu junto à Política de Previdência Social e como não era universal e sim direcionada à parcela da população, gerou um significativo espaço de tensão e contradições. O principal espaço de exercício profissional eram os hospitais e ambulatórios e a ação basicamente educativa. Essas foram, em termos gerais, as principais características que antecederam as décadas de 1980 e 1990.

Na década de 1980, toma corpo o movimento de reforma sanitária, quando acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde. “A Reforma Sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional”. (FLEURY, 2009, p. 3).

O Serviço Social não passa ao largo dessa discussão, mas está, em grande parte, em profundo conflito e reflexão de suas práticas conservadoras.

Na concepção de Bravo; Matos;

Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura (de crise do estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira), mas por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional (anterior à década de 1980) havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão. (2009, p. 33-34)

O Serviço Social chega à década de 1990, em âmbito mais geral, desarticulado ou pouco articulado ao projeto de reforma sanitária. E aí se percebe em uma política de saúde que reflete dois polos distintos, público e privado e que, por conseguinte, demandam também ações e respostas profissionais com características bem diversas.

Sodré, ao analisar a atuação profissional na saúde em relação às mudanças estruturais vividas face à inflexão neoliberalizante dos anos 1990, infere que

as lutas sociais do trabalho na década de 1990 expressaram a fragmentação da classe trabalhadora em diversas formas de vínculos e contratos empregatícios que manifestaram a precarização das relações de trabalho no período de crise do fordismo. Por muitos, esse período foi denominado como sendo de acumulação flexível, guiando várias formas de gerir não somente o campo das políticas do trabalho, mas também, nesse caso, as formas de gestão das políticas de saúde. Diante desse quadro, o assistente social demarcou de forma vertical sua atuação na reprodução das relações sociais. (2010, p. 11).

Segundo Bravo; Matos (2009), por um lado, demandam ações sem reflexão, individuais, fiscalizadoras, assistencialistas e de seleção socioeconômica; de outro, uma ação mais crítica em busca da democratização do acesso aos serviços e informação, incentivo à participação numa perspectiva interdisciplinar.

Chegamos ao século XXI com uma realidade problemática no que diz respeito à política de saúde e o exercício profissional do Serviço Social. Uma conjuntura que retrata a saúde de forma precária, com hospitais superlotados,

usuários hospitalizados em corredores e acomodados em colchões ao chão, falta de material e medicamentos, profissionais insuficientes e insatisfeitos, filas enormes para marcação de consultas, horas de espera para atendimento, falta de recursos financeiros e investimentos, maioria dos serviços montados em sistemas de plantão, privatizações e desresponsabilização do Estado sobre as políticas sociais, ampliação de serviços sem critérios prévios, fenômeno da judicialização da saúde.

Ao profissional, tem sido demandado efetivar direitos em tempos de grande crise, pois diante dessa realidade é quase uma regra para os assistentes sociais não conseguirem mediar de fato a inacessibilidade aos direitos dos usuários da saúde, não construir práticas intersetoriais nessa área, não conseguir elevar a qualidade nem a realização do atendimento humanizado.

Para desenvolver a prática profissional na área da saúde é importante partir da compreensão de alguns fatores fundamentais: a) o entendimento das determinações sociais do processo saúde-doença, compreendendo a saúde como resultado da relação de educação, trabalho, habitação, saneamento, lazer etc. b) a necessidade de buscar estratégias para efetivação desse direito e enfrentamento dessas questões.

Para que isso se dê de forma satisfatória, os profissionais necessitam estar se capacitando continuamente, além de desenvolver uma visão crítica do momento em que se dá esse processo. É importante fazer uma articulação com os princípios fundamentais do SUS, o Projeto de Reforma Sanitária e o que preconiza o Código de Ética Profissional. Além do uso da criatividade e de mediações inteligentes para driblar os entraves e limites reais da prática profissional.

É sem dúvida no campo da saúde que encontramos uma maior concentração da categoria, seja na implementação da política de saúde, seja na avaliação e monitoramentos de seus programas e projetos, nos três níveis de complexidade. Esse movimento de absorção do Serviço Social tem nas últimas décadas fomentado a preocupação das entidades representativas que fornecem suporte legal ao exercício profissional, a saber, o Conselho Federal de Serviço Social e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, que nessa direção produziram importantes diretrizes de ordem ética, política e teórico-metodológica que vem funcionando

como vetores sobre os quais a formação e a prática profissional, nessa área devem tomar como referências. Portanto, desde 2006 tais entidades têm promovido fóruns reflexivos e envolvido os cursos de graduação em Serviço Social com intuito de além de promover o debate sobre as questões fulcrais da prática na saúde, construir referências que garantam o objetivo maior da ação profissional que é a defesa dos direitos sociais, em particular o direito à saúde. (CAVALCANTI *et al.*, 2011, p. 6).

Segundo Vasconcelos (2009), nem sempre o discurso e intenções profissionais são observados e efetivados no exercício da prática, não havendo um rompimento significativo com as ações conservadoras questionadas no movimento de ruptura e do qual a maioria dos profissionais se coloca participante.

Isto se dá porque nem sempre o resultado do somatório entre conhecimento e vontade resulta numa prática crítica e/ou transformadora.

Na atual conjuntura da realidade brasileira e observância do rumo presente da política da saúde, não pode deixar de perceber e refletir, sobre:

- a relação conflituosa e complexa entre o público e o privado, a inoperância do público, no incentivo à privatização, na prestação de serviços e repasse de recursos que essa relação impõe;
- conhecer como se dá a questão orçamentária e do fundo público das políticas sociais, em especial a saúde;
- a questão dos pactos sociais e políticos para efetivação da política;
- a entrada do terceiro setor e a questão da intersectorialidade.

Como vimos, não é tarefa fácil e nem possuímos fórmulas, apenas sinalizamos questões significativas e que merecem reflexão e aprofundamentos teóricos posteriores aos profissionais e demais interessados na área.

Nas proposições de Sodré:

Os assistentes sociais precisam atentar para não repetir o modelo de produção em massa, que no caso da *saúde-fábrica* pode ser compreendido por plantões e encaminhamentos. Aquele arquétipo resumido em uma sala, um livro preto, um assistente social e uma agenda antiga com contatos telefônicos desatualizados. O que poderia ser equiparado ao médico que só entrega receitas. Este modelo não condiz com o discurso

que foi criado pelo Serviço Social, que apregoa a emancipação humana como princípio. O que a instância hospitalar proporcionou à formação profissional foi uma lógica inserida na dimensão histórica maior da instituição — uma máquina de fabricar produtos sem sentidos para o seu produtor e para o seu demandante. Produtos que se esgotam em si mesmos e perdem a dimensão processual do trabalho do assistente social. (2010, p. 8).

Um relevante exemplo de compromisso com a qualidade do serviço e com um exercício profissional diferenciado foi o esforço do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) na construção participativa, crítica, reflexiva e produtiva expressa no documento intitulado Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde. “Parece óbvio que a realidade atual não nos é favorável, e para isso precisamos enfrentá-la com competência profissional e conscientes do significado político-profissional de nossa atuação”. (TEIXEIRA; BRAZ, 2009, p. 194).

E com base nesse pressuposto de que a qualificação profissional é de extrema importância, respondendo a uma demanda histórica da categoria profissional, o CFESS, a partir do grupo de trabalho Serviço Social e Saúde, elaborou os Parâmetros... que “têm como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde” (CFESS, 2009, p. 5).

Esse documento constrói uma discussão teórico-metodológica e ético-política buscando sinalizar algumas reflexões sobre a importância de uma leitura articulada entre a realidade específica institucional de cada profissional e o amplo contexto sociopolítico e econômico, ao qual se situa a ação profissional, diante do qual apresenta algumas temáticas e ações que considera estratégicas no exercício profissional.

Dentre as temáticas arroladas estão as competências e habilidades que fazem referência à necessidade de produção de práticas intersetoriais, deixando claro para a categoria o tensionamento que tal estratégia evoca.

Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em [...] estimular a intersetorialidade, 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, 2009, p. 30).

Baseadas nessa prerrogativa, entendemos ser extremamente necessário a categoria refletir sobre os arranjos intersetoriais e expressar tais reflexões a partir da produção do conhecimento na área, pela influência direta que o conjunto de debates teóricos possui no perfil de ação profissional.

CAPÍTULO III – O CAMPO DA SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E SERVIÇO SOCIAL: A RELAÇÃO COMPLEXA ENTRE O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE E O USO DA INTERSETORIALIDADE A PARTIR DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

Em sessões anteriores apresentamos as ideias fundantes produzidas sobre a estratégia da intersectorialidade, notadamente em relação às políticas públicas.

Em continuação ao processo de reflexão sobre o objeto delimitado, o propósito deste capítulo é justamente apresentar a síntese integradora de todo processo metodológico, que como já foi mencionado, consistiu na tentativa de localizar no contexto da produção do conhecimento na área do Serviço Social, como o tema é tratado nas pesquisas e trabalhos científicos. Essa última etapa será apresentada em forma de módulos temáticos que objetivam traduzir um resumo integrativo das principais ideias encontradas.

Desde o princípio desta pesquisa, partimos da ideia de que na nossa sociedade as questões que circunscrevem sua dinâmica são de uma complexidade infundável. Sua compreensão exige um esforço de apreensão da totalidade. Daí a preocupação de superar o isolamento disciplinar, setorial e criar conhecimento e estratégias articuladas.

Segundo Inojosa (2001, p. 103):

[...] as coisas separadas ou itens isolados não dão conta de prover qualidade de vida, de fomentar o desenvolvimento, de superar a exclusão social. E, no entanto, o aparato governamental reflete perfeitamente as clausuras das disciplinas. Tal aparato governamental é todo fatiado por conhecimentos, por saberes, por corporações. Ninguém encara as pessoas e as famílias como as totalidades que elas são.

A partir daí percebemos que da forma como as gestões governamentais têm se apresentado e proposto suas ações, que não dão conta de responder e reverter as situações de pobreza e desigualdade social, o coletivo da sociedade tende a se apresentar insatisfeito e queixoso diante da resultante

das políticas sociais. Nesse ponto, dá-se uma das várias oportunidades de inserir essa temática no cenário das políticas sociais e do Serviço Social.

Estamos partindo do entendimento de que a intersetorialidade é “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas.” (INOJOSA, 2001, p. 105). Trata-se de buscar um esforço coordenado de vários órgãos, setores, saberes na realização de uma ação planejada, com intuito de alcançar um objetivo coletivo, “mais do que justapor ou compor projetos”, seria criar uma nova dinâmica e postura de trabalhos e gestão para enfrentar o coletivo.

Na contribuição de Junqueira (1999, p. 27):

A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir o acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

Com base no que foi dito, o autor reforça que é necessário articular saberes e setores para alcançar resoluções das questões complexas da realidade social. Significa trabalhar a totalidade das necessidades de forma articulada e integral.

No contexto particular da saúde, o debate se dá inicialmente nos pressupostos das determinações sociais do processo de vida e adoecimento, que passa a ser considerado a partir de um conjunto articulado de fatores, como trabalho, lazer, educação, habitação, saneamento, alimentação, bem como da promoção à saúde, que preconiza a ação de diversos setores de forma coordenada, priorizando a vida com qualidade, ao contrário da falta de doenças. Essa formulação propõe responsabilidade conjunta de diversos atores.

Nesse caso, para garantir o direito à saúde, as necessidades sociais devem ser supridas de forma integral, em sua totalidade e complementaridade, por isso seu atendimento por posturas profissionais acríticas e estanques é ineficiente. Assim, intersetorialidade é considerada uma construção necessária

na medida em que se opõe a tal postura. É nessa direção que ela tem sido evocada nas políticas de saúde. (SCHUTZ; MIOTO, 2010).

Segundo Miotto; Nogueira (2009, p. 231), é dentro da perspectiva

[...] da adoção dos determinantes sociais como estruturantes dos processos saúde-doença, que as ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade, assinalando um novo estatuto ao serviço social no campo da saúde.

Atuando nos três níveis de complexidade em saúde, o profissional de Serviço Social tem conseguido historicamente se consolidar como um núcleo profissional essencial no processo de assistência à saúde. A prática profissional que inicialmente se pautou em fundamentos teórico-metodológicos conservadores tem se apresentado nas últimas décadas no campo da saúde com traços propositivos e vieses críticos.

Apesar de não ter tido, como vimos, uma participação efetiva na luta pela construção do Sistema Único de Saúde brasileiro, em meio ao movimento sanitário da década de 1970, consegue, como categoria profissional, levantar o debate no interior da profissão sobre a necessidade de contribuir para a efetivação ao direito à saúde, no processo de implementação do SUS na década de 1990.

Assim, a profissão chega à década de 1990, em geral, desarticulada ou pouco articulada ao projeto de reforma sanitária, e sendo demandada por um lado, segundo Bravo; Matos (2009), para ações sem reflexão, individuais, fiscalizadoras, assistencialistas e de seleção socioeconômica; e de outro, para uma ação mais crítica em busca da democratização do acesso a serviços e informação, incentivo à participação, numa perspectiva interdisciplinar.

Adentramos o século XXI com uma realidade problemática no que diz respeito à própria política de saúde e o exercício profissional do Serviço Social. Uma realidade que retrata a saúde de forma precarizada diante da desresponsabilização do Estado sobre as políticas sociais e fenômeno da judicialização da saúde, como destaque.

Indubitavelmente, muitos desafios ainda permanecem. Apesar do progresso geral, as disparidades sociais e econômicas continuam inaceitavelmente altas, assinalando que muito esforço ainda será necessário para melhorar as condições

básicas de vida de importante parcela da população. Novas questões emergem como resultado da urbanização e de mudanças sociais e ambientais e alguns problemas antigos de saúde persistem sem melhorias significativas. A administração de um sistema público de saúde, complexo e descentralizado – em que uma grande parte dos serviços é contratada ao setor privado –, e a atuação vigorosa de várias seguradoras privadas de saúde acarretam, inevitavelmente, conflitos e contradições. O desafio é, em última análise, político e requer o engajamento ativo e contínuo da sociedade, na perspectiva de assegurar o direito à saúde para toda a população brasileira. (VICTORA *et al.*, 2011, p. 13).

Ao profissional, demanda-se constantemente a efetivação de direitos em uma realidade crítica e desfavorável. Diante da qual, é quase que regra a inacessibilidade dos direitos pelos usuários.

Por sua vez, a questão decisiva que se coloca para os assistentes sociais, diante dessa complexidade, é que

as bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o assistente social aciona para exercer o seu trabalho [...] o conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado; mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado. (IAMAMOTO, 2000, p. 63).

Alguns autores têm tratado a intersetorialidade diante das práticas profissionais, como é o caso de Costa (2010), que tem trabalhado a temática a partir da prática e contribuições dos profissionais do Serviço Social no âmbito do SUS. Segundo a autora, a intersetorialidade deve ser compreendida de modo que

[...] a intersetorialidade não é um mero somatório de partes, mas ação coordenada, conjugada por um objeto comum com base em uma clara direção social e/ou intencionalidade.

[...] a intersetorialidade refere-se ao que se deve e ao que se pode fazer juntos para responder às reais necessidades individuais e coletivas da população.

[...] a intersetorialidade é mais que articulação ou coordenação das ações, pois envolve profundas alterações na dinâmica, nos processos institucionais, conteúdos das políticas setoriais e no próprio sistema de proteção social brasileiro. Requer mais do que articulação e comunicação entre diversas políticas setoriais,

saberes e poderes. Exige uma visão estratégica integrada e relações horizontais entre os diversos sujeitos coletivos, gestão do sistema e serviços de proteção social envolvidos. (COSTA, 2010, p. 218).

De acordo com a autora, a intersetorialidade deve ser compreendida de forma ampla, planejada e desenvolvida coletivamente, num processo democrático de participação. Também é preciso despojamento de amarras individuais e disposição para construção coletiva. É uma estratégia ampla de gestão que não desconsidera as contribuições dos diversos sujeitos coletivos.

Ressalta, que, “[...] do ponto de vista da organização dos serviços, exige esforços de construção de uma organização matricial que perpassa tanto o espaço da macro-política quanto o da micro-política dos processos de trabalho em saúde”. (COSTA, 2010, p. 219).

Um dos achados de sua pesquisa retrata que, embora venha sendo percebida como de fundamental importância nas respostas às inúmeras fragilidades sociais, a intersetorialidade não foi estabelecida como estratégia de gestão e planejamento das políticas sociais brasileiras.

Nesse caso, inclui-se em mais uma fragilidade na gestão da política de saúde e na estratégia do nosso sistema de saúde. O que nos aponta, segundo Costa (2010), a dificuldade de incorporar a concepção ampliada de saúde e retrata a organização fragmentada e setorializada do trabalho nessa área, a influência exercida pela lógica privatista e biomédica na rede de atendimento, priorizando ações e práticas pontuais, curativas e em contrapartida, as de prevenção e promoção à saúde.

Nesse caso, como salienta a autora, “[...] a intersetorialidade não constitui objeto do conjunto das práticas em saúde e, como não pode ser absolutamente ignorada, vem sendo tratada como atividade de uma profissão”. (COSTA, 2010, p. 219).

Em sua maioria, essas demandas intersetoriais extrapolam a proposta do equipamento de saúde e seus parâmetros de produtividade, ou seja, das diversas determinações sociais que escoam, em seu ponto alto, para o SUS, são encaminhadas e incorporadas pelo Serviço Social. Tais demandas demonstram que muito do que se chega à política de saúde são expressões de diversas naturezas, e deveriam ser atendidas numa perspectiva integral e em

articulação com as políticas de assistência social, previdência e educação. “Trata-se de um trabalho ainda restrito ao espaço da micropolítica do processo de trabalho em saúde, basicamente orientações, encaminhamentos e/ou articulações”. (COSTA, 2010, p. 221).

Ainda que de forma inicial, pontual, existem esforços em planejar, pactuar e combinar ações de modo sustentável. Afirma que, esse processo vai além de meros encaminhamentos, são frutos de negociação em equipe e contatos diversos. E observa que quando as ações são levantadas e tratadas em grupo, nos espaços de negociação, têm a possibilidade de efetividade. No entanto, majoritariamente as ações são individuais e imediatas.

Na realidade, o Serviço Social tem realizado essas ações/atividades de cunho intersetorial, a partir dos conhecimentos e bagagem adquiridos ao longo de sua prática histórica na área da saúde. Acrescenta que as demandas de viés intersetorial encaminhadas por diversos atores sociais ao Serviço Social, representa o reconhecimento de que, operacionalmente, a intersectorialidade é uma estratégia necessária a respostas das iniquidades sociais. Todavia,

[...] ao não avançar no sentido de incorporá-los como diretriz estratégica do planejamento e execução da política de saúde, o serviço social, obviamente, expressa a sua submissão à orientação, concepção e prática hegemônica fundada na setorialização, fragmentação, burocratização e especialização que se vincula ao modelo médico-hegemonico e ao modelo-privatista. (COSTA, 2010, p. 222).

De acordo com o que nos é pontuado pela autora, o conjunto das articulações do Serviço Social é o movimento de esforços para a garantia de direitos num Estado de mínimas responsabilidades e comprometimento com a população cidadã. Adverte ainda que esse processo contribuiria muito mais se os profissionais da saúde, destacadamente os assistentes sociais, sistematizassem esse trabalho com suas demandas, compreensão, encaminhamentos e resolutividade. Salienta, também, que esse material deve ser utilizado para subsidiar argumentos e articulações em prol da implementação da estratégia da intersectorialidade na política de saúde e nas gestões das demais políticas públicas; no aprofundamento das elaborações sobre os determinantes sociais do processo de adoecimento; potencializar os

movimentos reivindicatórios. Destaca, por fim, que a não sistematização reduz o potencial acumulado.

“Na condição de mera atividade, as ações intersetoriais não têm avançado na superação do conjunto das ações fragmentadas, ao contrário têm se ajustado a tal fragmentação, suprimindo lacunas de tal processo”. (COSTA, 2010, p. 227). A construção desse movimento é complexa e envolve pactuações diversas, e essas últimas não dispensa seus embates e a exposição das perspectivas diversificadas. Também não dispensa a disponibilidade de compartilhar, despojar e construir poder e saber. Para finalizar:

Embora a intersectorialidade venha sendo tratada como atividade e não como diretriz estratégica na implementação da política de saúde no contexto do SUS, o trabalho de articulação intersectorial realizado pelos Assistentes sociais constitui a mais permanente articulação entre SUS e as demais políticas sociais. (COSTA, 2010, p. 49).

A autora defende que, na prática, o profissional que mais contribui para a construção dos arranjos intersetoriais dentro da política de saúde é o assistente social, por sua formação mais crítica e generalista; que tem maior capacidade de identificar, dentro do espaço profissional, as oportunidades de articulação para efetivamente atender ao usuário numa perspectiva de integralidade dentro da proteção social.

Já no estudo de Amaral (2007), com assistentes sociais da alta complexidade em saúde, a questão era refletir sobre a intersectorialidade a partir da necessidade de responder, de modo integral, as demandas complexas que chegam aos serviços de urgência e emergência. Identificou que a intersectorialidade acontece em três níveis de articulação setorial na saúde, no âmbito da formulação; no âmbito da gestão; e no âmbito de execução dos serviços. Aponta que, no âmbito da assistência à saúde, identificou que as atividades intersetoriais também podem ser classificadas em três grupos:

1. “ações que desenvolveram articulações dentro do próprio hospital”;
2. “ações que exigiram articulação no âmbito do sistema de saúde”;
3. Ações que exigiram articulações com outras políticas públicas”.

(AMARAL, 2007, p. 62).

As práticas intersetoriais dos assistentes sociais nesse território funcionam como o de um agente que articula, integra, e dá unidade ao todo, passando pelas diversas instâncias de funcionamento do equipamento e seus membros, e extrapolando para as diversas políticas públicas, tendo como objetivo desse movimento a resposta adequada a uma perspectiva de atendimento baseada na integralidade e no reconhecimento, da necessária compreensão sobre a importância dos determinantes sociais do processo de adoecimento e recuperação. (AMARAL, 2007).

O que sugere que o profissional domine todo fluxo do serviço hospitalar, as instâncias de resolução e prestação de serviços de toda rede de proteção social, demais instituições e organismos de possível acesso pelos usuários. Ainda que tenha as informações pertinentes aos direitos e como acessá-los em toda rede pública existente. (AMARAL, 2007).

Como bem acrescentam Lanza *et al.*:

O assistente social, em especial, devido a sua formação generalista, necessita ter esse conhecimento histórico da política de saúde, da epidemiologia, dos mecanismos de gestão entre tantas outras ferramentas. Assim, poderá identificar os determinantes do processo saúde-doença e propor intervenções específicas e intersetoriais na busca pela saúde integral, articulando organicamente os saberes teóricos apropriados pela categoria, e expressos nas próprias diretrizes curriculares para os cursos de Serviço Social, com a realidade cotidiana dos serviços e das políticas sociais nos quais os profissionais atuam. Para isso, o projeto profissional já assinala a ênfase numa formação acadêmica qualificada e permanente, para que haja uma nova relação com os usuários, tornando -os sujeitos das ações profissionais. (2012, p.8).

Vemos, por sua vez, mais detalhadamente em Schutz (2009), a intenção de perceber a intersetorialidade no campo dos serviços e a contribuição que pode ser dada pelo assistente social na construção da intersetorialidade. A partir de sua pesquisa com assistentes sociais de Florianópolis, percebemos que há entre os profissionais uma dificuldade em reconhecer a intersetorialidade em suas ações devido à própria fragmentação da rede, somado a isso, elas usam rotineiramente essa estratégia e naturalizam essa prática sem a reflexão devida. Tal movimento é resultado da deficiência teórica

acerca do tema na formação, assim como a dificuldade de entender a intersectorialidade a partir de um único conceito. (SCHUTZ, 2009).

Com o compromisso de atender ao usuário de forma integral enxergando-o como cidadão, o assistente social realiza contatos com outras categorias e serviços na tentativa de que ocorra a efetiva resolução da demanda; ele é a referência para os demais profissionais, porém, seu trabalho é “invisibilizado”. (SCHUTZ, 2009).

A dificuldade de concretizar a intersectorialidade nos serviços se dá a partir das disputas dos profissionais em busca dos seus espaços e a centralização dos atendimentos; hierarquização excessiva, burocratização dos serviços, que por não ser articulado, onera as famílias que buscam o atendimento de suas demandas pelas diversas instituições, devido ao patrimonialismo e a personificação dos serviços. (SCHUTZ, 2009).

Por tais características, os familiares e os assistentes sociais passam, para conseguir responder às necessidades sociais dos usuários, a fazer a articulação com alguns profissionais comprometidos das diversas instituições sociais, porém esse processo não tem a visibilidade necessária para mudanças consistentes na política, assim como não são percebidos enquanto ações de cunho intersectorial. (SCHUTZ, 2009).

O assistente social é a porta de entrada dos serviços de saúde. Para responder às demandas, buscam as redes de serviços e as informações sobre o seu funcionamento. Por isso, é imprescindível sua qualificação, assim como a realização de uma leitura crítica da realidade e a documentação dos atendimentos através de protocolos. Ao sistematizar esses atendimentos como demanda coletiva, tem maior poder para pressionar os gestores das políticas sociais, a fim de que a intersectorialidade aconteça a partir da gestão e também de acionar as instâncias de controle social. (SCHUTZ, 2009).

Em Schutz (2009), é defendida a ideia de que a maior contribuição que o Serviço Social dá ao debate da intersectorialidade se embasa na perspectiva da totalidade social, pois percebe os usuários como cidadãos de direito, e que suas necessidades sejam atendidas na perspectiva da integralidade, o que pressupõe intersectorialidade.

Para finalizar, de acordo com Nogueira; Mioto (2009), algumas ressignificações – a partir do modelo instituído pelo movimento sanitaria e a

promulgação da Carta Magna de 1988 – destacam a importância de pensar o Serviço Social como profissão no campo da saúde.

Esse debate possui, segundo as autoras citadas, três significativos marcos: o primeiro deles reporta à concepção ampliada de saúde e as reflexões sobre os determinantes sociais do processo de adoecimento e sua recuperação. Essa temática permitiu o acréscimo de diversos profissionais no campo dos serviços em saúde.

Outro ponto é a existência de um “movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde”. O que nos leva a refletir sobre a especificidade do exercício profissional do Serviço Social na saúde, ao mesmo tempo que observamos o alargamento das práticas das diversas profissões para o social (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 224).

O terceiro e último ponto levantado pelas autoras é a desqualificação que vem passando os aspectos relacionados ao social, o que demanda uma atividade técnica mais qualificada. (NOGUEIRA; MIOTO, 2009).

Esse entendimento fortalece a necessidade do profissional de Serviço Social realizar uma análise crítica da realidade social e a apropriação devida dos fatores que determinam e/ou interferem no processo de adoecimento e de saúde da população. (NOGUEIRA; MIOTO, 2009).

Configura a necessidade, ainda, de reconhecer que as demandas individuais em saúde refletem, em sua maioria, manifestações de grupos e segmentos populacionais. Perceber a demanda pontual a partir dessa perspectiva admite identificar o problema na dimensão mais ampla possível, a da totalidade, admitindo as necessidades e pautando a sua ação tendo por base a integralidade. Essa integralidade no atendimento extrapola a resposta fragmentada de profissionais individuais. Exige um olhar interdisciplinar e intersetorial.

Particularmente, Mito e Nogueira (2009) observaram que

a inserção dos assistentes sociais nas equipes de saúde, quando centrada na operatividade (ação profissional/ tarefa), tende a reforçar as relações de subalternidade e consolidar estereótipos profissionais. Quando pautada, predominantemente, no nível teórico-discursivo e sem uma vinculação explícita do trânsito entre teoria/ prática no debate corrente na área da saúde, a tendência é o ostracismo do

profissional. Em ambos os casos o reconhecimento da profissão é sensivelmente diminuído, ao mesmo tempo em que se restringe o impacto que o projeto profissional poderia ter na articulação e na condução do trabalho da equipe. (2009, p. 231).

Em contrapartida,

ao considerar a dinâmica do conhecimento, os projetos políticos em disputa na área da saúde, bem como o seu caráter interprofissional e interdisciplinar, torna-se urgente pensar que o desempenho profissional depende de uma produção teórica que dê sustentabilidade às ações profissionais, que aumente a capacidade e o poder argumentativo dos assistentes sociais para que possam marcar a contribuição do Serviço social no trabalho em saúde. (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 233).

Diante disso, a ação profissional na saúde deve se pautar na perspectiva da integralidade e da participação social, fortalecendo o usuário enquanto detentor de direitos, buscando superar a fragmentação das políticas e serviços, sobreposição de ações e o desgaste do usuário em transitar por diversos equipamentos em busca de soluções para seus problemas. Isso implica em um conjunto de conhecimentos e habilidades necessários.

Segundo sinalizam Mioto; Nogueira:

Debater a prática dos assistentes sociais no campo da política social não se confunde com o debate da prática profissional travado no campo do conhecimento do Serviço Social. Embora a intervenção do assistente social no campo da política social seja determinada pelo ethos profissional, ela se recobre de características que vão exigir não somente um alinhamento a determinado projeto profissional. Traz, também, a exigência de como colocar este projeto em movimento, num espaço onde não se tem a direção do processo e onde a autonomia é relativa. O trabalho no campo da política social, sob os auspícios do projeto crítico estratégico, nos termos de Netto (1996), requer a explicitação das mediações necessárias para que o profissional possa decidir sobre sua prática. (2013, p. 8).

Os autores supracitados nos serviram de lastro teórico para o procedimento de análise dos trabalhos científicos pesquisados e arrolados nesta pesquisa. Dentre os achados mais gerais, observamos que há uma predominância de artigos científicos nas revistas consultadas, e que articularam o estudo da intersectorialidade ao processo operacional das políticas sociais. Tal fato é natural em função das características de inserção

profissional que acompanham a profissão de Serviço Social no Brasil desde a sua gênese.

É notório que os espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais são majoritariamente as políticas de natureza social, isso, inclusive, sendo enfatizado no Código de Ética Profissional no Título II, art. 2º, que se refere à participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais.

Regulamentado pela Lei n. 8.662 de 1993 e por um Código de Ética Profissional (1993), o Serviço Social apresenta-se na cena contemporânea como uma profissão analítica e interventiva, com uma série de atribuições e competências fundadas na garantia de direitos sociais e na construção de uma sociedade verdadeiramente democrática, sem preconceitos e iniquidades sociais. Na perspectiva de atenção integral em saúde, as demandas sociais emergem de várias formas no cotidiano do trabalho do Assistente Social. Comumente exigem a intervenção profissional na viabilização do acesso a consultas, exames, internações e tratamentos. (LANZA *et al.*, 2012, p. 6).

Detectamos, ainda, poucas produções em forma de artigos que vinculam a estratégia da intersectorialidade ao plano mais geral das políticas públicas, e o fazem num escopo de problematização das gestões municipais, numa perspectiva administrativo-gerencial.

Em relação ao debate mais conceitual sobre a estratégia, a matriz teórica que prevalece nos trabalhos científicos é a crítica, isso implica numa compreensão que articula os arranjos setoriais a fatores endógenos às políticas públicas, bem como a fatores exógenos, nomeadamente a questão da estrutura, sobre a qual tais políticas se corporificam. Ademais, foi percebido que a totalidade dos trabalhos, apesar de discutirem questões da dimensão da micropolítica, pautam suas análises nos fatores macropolíticos.

Esse aspecto pode ser constatado nos trechos dos seguintes trabalhos científicos:

Vê-se que prevalece o modelo tradicional pelo qual as políticas públicas são burocratizadas e setoriais, isto é, a atuação desenvolve-se de forma fragmentada, isolada, nos quais recursos e decisões são sumariamente centralizados. Na lógica de contenção de gastos sociais e de enfrentamento à crise num capitalismo cada vez mais mundializado exige-se, numa nítida regressão de direitos e políticas sociais, um

redimensionamento das lutas sociais e um redesenho das configurações entre Estado e sociedade onde há uma rearticulação dos processos de formulação e operacionalização de estratégias e ações do conjunto de políticas públicas. Nesse sentido, a intersectorialidade mistifica a reestruturação do papel do Estado quando, ao invés de reduzi-lo supõe torná-lo mais eficiente e democrático ao passo que requer, em tese, além da criação de novas instâncias de poder, o envolvimento dos usuários e interlocução com diversas políticas públicas. (NASCIMENTO, 2010, p. 3).

O modo como se configuram as políticas sociais na contemporaneidade, com a agudização das desigualdades sociais, a mundialização do capital e neoliberalismo, exigem formas diferenciadas de práticas e gestão. Desse modo, a intersectorialidade pode ser considerada não só uma estratégia, como também um princípio e uma possibilidade de ação em construção que amplia o foco das demandas que emergem da complexidade social. (OLIVEIRA *et al.*, 2012, p. 2).

A intersectorialidade apresenta-se como um novo arranjo para a gestão de políticas sociais, constituindo-se como uma estratégia com potencial para promover a construção de espaços de comunicação e troca de saberes e experiências entre gestores, técnicos e mesmo usuários. Por outro lado, a ação intersectorial remete a uma reflexão que vai além da esfera operacional terminal das políticas, suscitando análises acerca dos aspectos políticos e estruturais que permeiam o modelo de intervenção das políticas sociais. (PEREIRA *et al.*, 2012, p. 12).

No material analisado foi constatado que o mecanismo da intersectorialidade é investigado por grande parte dos pesquisadores, a partir do cruzamento com as categorias de análise, que seguem no quadro abaixo.

Quadro 4 – Categorias mais utilizadas pelos autores para trabalhar a intersectorialidade

Integralidade
Interdisciplinaridade
Setorialidade
Totalidade
Descentralização
Territorialização
Regionalização
Proteção social
Seguridade social
Controle social

Fonte: primária.

Como é possível constatar, a categoria da integralidade é a principal articulação nas reflexões construídas. Isso se explica pelo fato de ser no campo da saúde onde se aglutinam a maioria dos trabalhos; também pelo fato da política da saúde tomá-la como estratégia no sistema de referência e contrarreferência, e por ser a integralidade um dos princípios fundantes do Sistema Único de Saúde.

Como postulam Miotto; Nogueira:

A integralidade é apreendida em várias dimensões, transitando da esfera político-administrativa para a esfera da atenção à saúde. Na esfera político-administrativa, diz respeito tanto à forma de organização dos sistemas e serviços de saúde, na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde. Na esfera da atenção à saúde, diz respeito tanto à relação entre a realidade social e a produção de saúde como à relação equipe-usuários dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes e práticas. Em consequência, traz implícita a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. (2009, p. 9).

Outra categoria que se destaca no material analisado é a interdisciplinaridade, reforçando um consenso teórico a partir do qual, a estratégia da intersetorialidade em sua tessitura depende visceralmente da quebra do modelo cartesiano que caracteriza a produção do saber nos últimos séculos.

No entanto, Mendes; Arkeman advertem:

No campo da pesquisa científica eletrônica, nas bases Lilacs e Medline, ocorre uma luz nesse campo. Se “intersetorialidade” não é identificada como palavra-chave, há um conjunto de expressões correlatas ao tema: “ação intersetorial”, “cooperação intersetorial” e “coordenação intersetorial” que são reconhecidas e propiciam busca de artigos relacionados ao assunto. Talvez os indexadores estejam nos passando a mensagem de que mais do que interessados no conceito, eles queiram advogar a prática concreta no campo da intersetorialidade, ao privilegiarem palavras como “ação”, “cooperação” e “coordenação”. (2004, p. 54).

Em relação particularmente aos trabalhos apresentados nas edições do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS) arroladas

na pesquisa, identificamos um movimento crescente de interesse pela temática na medida em que os arranjos intersetoriais passaram a fazer parte das agendas das políticas de proteção social, a exemplo das Políticas da Saúde e da Assistência Social, bem como das políticas por segmentos, como a da Criança e do Adolescente, Saúde Mental, Idosos.

Quadro 5 – Edições do ENPESS e frequência de trabalhos sobre intersectorialidade

ENPESS	ANO	QUANTIDADE DE TRABALHOS RELACIONADOS À INTERSETORIALIDADE
VIII	2002	01
IX	2004	00
X	2006	02
XI	2008	03
XII	2010	09
XIII	2012	14

Fonte: Primária.

Do mesmo modo, quando analisamos a frequência de trabalhos sobre a intersectorialidade nos periódicos investigados identificamos que há um movimento crescente de interesse pela temática, sobretudo relacionando-as às políticas sociais, como é possível verificar no quadro que segue.

Quadro 6 – Frequência de trabalhos sobre intersectorialidade em artigos científicos.

TRATAMENTO DA INTERSETORIALIDADE	QUANTIDADE DE TRABALHOS	ANO DE PUBLICAÇÃO
Trabalha a Intersectorialidade atrelada às políticas sociais	1 1 2 6 10 (total de 20)	2002 2006 2008 2010 2012

Trabalha a	1	2006
Intersectorialidade	1	2008
atrelada ao Exercício	3	2010
profissional do	4	2012
assistente social	(Total de 9)	

Fonte: Primária.

Tais dados evidenciam que o Serviço Social tem se apropriado da temática de forma crescente, porém poucos estudos são provenientes de experiências profissionais, mas sim de pesquisas acadêmicas em ambos os veículos de socialização do conhecimento (ENPESS e periódicos). Isso reflete um distanciamento dos profissionais que estão na etapa terminal de operação das políticas sociais da reflexão teórica mais apurada, fato este já assinalado na literatura do Serviço Social por Netto (1996); Pontes (1995); Iamamoto; Carvalho (2000); Iamamoto (2002; 2005).

Assim, a partir desse ponto de nossa reflexão elegemos três módulos temáticos através dos quais observaremos a compatibilidade entre a discussão teórica que travamos e os aspectos levantados pelos pesquisadores, cujos trabalhos são objetos de nosso tratamento metodológico.

3.1 Módulo I – A precarização do exercício profissional do assistente social na saúde como inibidora da busca da intersectorialidade

Nas análises sobre as condições de trabalho a que são submetidos os assistentes sociais atualmente fica claro que as metamorfoses que o mundo do trabalho vivenciou nas últimas décadas causaram uma perda significativa de qualidade na atividade profissional, que na maioria das ocasiões tem que negociar institucionalmente as condições materiais para efetivar suas ações.

Além desse pressuposto, tais condições se modificaram, sobretudo nos anos 90, face às novas estruturas que as políticas de proteção social assumiram no Brasil, com a Constituição Federal de 1988, em função da expansão de direitos sociais. Somam-se, a isso, a falta de concursos públicos

(substituídos de modo crescente por seleções simplificadas); a baixa remuneração; os contratos temporários e a insalubridade.

Nesse novo cenário, o profissional passou a ser demandado na execução de ações que, em termos de condições de trabalho para suas respectivas efetivações, fogem à governabilidade do profissional de Serviço Social. Em relação à concretização da intersectorialidade, isso fica bastante evidenciado em algumas produções.

Segundo os autores:

O momento histórico e a fragilização das políticas sociais exige que os profissionais estabeleçam outra relação com o trabalho e com os processos de trabalho. Esta perspectiva abrange desde a organização do trabalho, o produto e a relação com os outros trabalhadores. Os Assistentes Sociais das duas políticas **(saúde e assistência social)** referiram a precariedade das condições de trabalho, a sobrecarga, e o trabalho solitário sem ter equipe com que compartilhar. (BELLINI, 2012, p. 8. Grifo nosso).

As ações do PSF estão voltadas para atender, quase que restritamente, a uma demanda demarcada, ou seja, a população que esteja dentro do território delimitado. Isso ressalta as práticas focalizadas dentro de um sistema que traz a universalidade como um dos seus princípios, constituindo-se assim, em um programa de reorganização e reestruturação do próprio sistema de saúde. As ações multiprofissionais do PSF não garantem que haverá ruptura com a dinâmica centrada no médico, pois o programa aponta para uma mudança voltada para a estrutura do sistema, a qual ainda não acontece. (CAVALCANTI, *et. al.*, 2012, p. 4).

Os fatores restritivos ao desenvolvimento de ações intersectoriais foram: falta de apoio da estrutura governamental para promoverem as mudanças desejadas ocasionando ineficiência do trabalho apesar de suas iniciativas em direção à ação intersectorial; falta de respostas dos setores aos problemas que lhes são encaminhados; excessiva burocracia; precária a estrutura das USF; poucos recursos para o desempenho do trabalho da supervisão considerada pelas ESF como um elo de ligação entre elas e os setores; atual modelo de gestão municipal, baseado em uma administração fragmentada; implantação do PSF ter se dado sem uma base estrutural governamental que apoiasse com mais proximidade as ESF e, a não instituição do PSF como política municipal. (PANSSINI, 2010, p. 3).

Conforme mencionado pelos autores pesquisados, para compreender esse processo de precarização no exercício profissional é fundamental

perceber que o momento histórico atual preconiza que o Estado interfira cada vez menos nas mazelas da questão social, ofertando políticas sociais mínimas, burocratizadas, sem articulação e sem compromisso com o cidadão, serviços fragmentados e profissionais insatisfeitos, polivalentes, imediatistas e sobrecarregados. Profissionais que estão inseridos em serviços que não dão conta de atender a toda demanda, com insuficiência de material e profissional e precárias estruturas físicas das instituições.

Destacamos que os serviços de saúde continuam centrados no modelo médico, curativista, que não valoriza o usuário nem os membros da equipe profissional, e não percebem o processo de adoecimento a partir dos determinantes sociais e também não priorizam o princípio da integralidade, cuja prevenção, promoção e reabilitação fazem parte de processo único.

3.2 Módulo II - Setorialização interna da política de saúde e dessa em relação às demais políticas de proteção social

A organização setorial das políticas públicas brasileiras é notória e histórica. Desde sua gênese, na medida em que as expressões da questão social foram se configurando, o Estado passou a responder às desigualdades a partir de políticas sociais, de modo aleatório, sem planejamento e com objetivo claro de garantir a reprodução social, a partir da perspectiva do modelo capitalista.

Pautadas historicamente em gestões centralizadas e pensadas a partir do planejamento normativo, as políticas de proteção social brasileiras se desenvolveram individualmente a partir de nichos, segmentados e “tratando” de modo separado as consequências oriundas de uma economia da periferia do capitalismo. Nesse contexto, a política de saúde não fugiu à regra. Desenvolveu-se desarticulada às demais políticas, que deveriam, com ela, travar diálogos gerenciais, e mais que isso, formular ações conjuntas, tendo em vista a determinação social do processo saúde/doença.

O processo de reforma sanitária, apesar de ter resultado na criação do SUS e de ter conseguido pautá-lo a partir de princípios importantes, com destaque para a integralidade de ação, não conseguiu, contudo, materializá-lo.

Nas análises que fizemos, ficou evidenciado que a literatura produzida no âmbito do Serviço Social, há muito sinaliza esse hiato, propondo inovações e indicando os entraves para a efetivação de arranjos entre a saúde e demais campos de proteção social. Há, sem dúvida, um somatório de fatores que podem traduzir construções de movimentos intersetoriais entre as políticas sociais, dentre eles o matriciamento familiar (embora ele sozinho não seja a garantia dos arranjos).

A literatura corrobora que o princípio da articulação entre as políticas não se concretiza, dentre outras causas, cita-se a não articulação histórica das políticas que compõem a Seguridade Social. Aponta-se ainda que, apesar da intersetorialidade aparecer como um dos pressupostos em ambas as políticas, essa articulação encontra-se desarticulada e fragmentada. Este estudo mostrou que tanto na Saúde quanto na Assistência Social o trabalho dos assistentes sociais se centra na família, e que a articulação entre saúde e assistência social se caracteriza por encaminhamentos dos usuários aos serviços da rede sócio-assistencial no território. A grande demanda por atendimento é referida como obstáculo para o planejamento das ações e para o adensamento da compreensão do que seja efetivamente intersetorialidade, bem como interdisciplinaridade e integralidade. Nos depoimentos das Assistentes Sociais e gestores, identifica-se ainda a lógica do encaminhamento em detrimento da lógica do acompanhamento. Identifica-se a tentativa, por parte dos assistentes sociais para a realização de ações intersetoriais, mas ainda de forma incipiente enquanto planejamento, execução e avaliação conjunta da ação. Os assistentes sociais assinalam que existe uma parceria na relação intersetorial, mas apontam que nem sempre ocorre o diálogo entre os setores, o que impede um efetivo trabalho em conjunto. (BELLINI, *et. al.*, 2012, p. 8).

Como é possível perceber, várias categorias são arroladas para apontar a desarticulação das políticas, em particular entre a política de saúde e a da Assistência Social, porém, algumas insurgem com mais frequência, como a integralidade e a interdisciplinaridade. Isso corrobora com o pensamento desenvolvido por Pereira (2012).

Foi observado ainda, que quando as produções se focam no setor da assistência pública à saúde, há uma tendência de estudos sobre a atenção básica. Tal dado pode ser entendido a partir da atual proposta da Política Nacional de Atenção Básica, que vem desenhando desde a década de 1990 movimentos de mudança do modelo assistencial em saúde, a partir da criação

da Estratégia Saúde da Família (ESF) e mais recentemente da criação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família.

Nessa direção, os estudos indicam que os paradoxos que caracterizam as ações da atenção básica, notadamente as da porta de entrada do sistema, como a ESF, se interpõem como mais entraves aos arranjos setoriais, intersetoriais e transeoriais.

Contudo, é possível apontar que há uma fragilidade na incorporação da intersetorialidade pela gestão da ESF, ficando a mesma a cargo dos profissionais inseridos diretamente na prestação da assistência. O grande desafio parece se constituir na incorporação da intersetorialidade na agenda da gestão municipal, não só da política e dos programas de saúde, mas de todas as demais políticas.

A superação desse desafio requer o compromisso de uma gestão democrática pautada em valores éticos e de cidadania, bem como a existência de um controle social crítico, ativo e atuante que busque a garantia de direitos e a consolidação das políticas. (BARRA, 2012, p. 11).

A intersetorialidade foi proposta para garantir a proteção social por meio de ações integradas destinadas ao asseguramento dos direitos relativos à previdência social, à saúde e à assistência social, mas, na prática, a Seguridade Social brasileira encontra-se caracterizada pela fragmentação das políticas que a compõe. Ou seja, embora a intersetorialidade, seja fundamental para efetivar a integração entre ações, a integralidade do atendimento e a universalização das políticas sociais, as três políticas – previdência social, saúde e assistência social - que a compõem a Seguridade Social foram sendo construídas, contraditoriamente, setorializadas, com legislação e orçamentos diferenciados. Nesse sentido, embora seja considerada como uma estratégia importante de articulação entre as políticas sociais, na prática ela ainda é um desafio. (PANSINI, 2012, p. 8).

Outro aspecto importante detectado nas análises se refere ao fato de que os obstáculos encontrados na materialização da intersetorialidade tanto aparecerem nas relações entre as políticas ativas quanto entre as políticas por segmentos, como a de saúde mental, dos idosos e a de proteção à criança e ao adolescente.

No Centro Educacional do Adolescente (CEA/JP), as dificuldades do acesso à saúde são imensas, haja vista que além da situação especial e peculiar de privação de liberdade à que os adolescentes estão submetidos, ainda se deparam com

os entraves presentes na rede de atendimento da política da saúde, como morosidade na realização de exames e demais procedimentos médicos, falta de medicamentos, a não prioridade na marcação de consultas, atendimento inadequado nos hospitais de emergência, ausência de ações preventivas. O atendimento socioeducativo ainda está muito vinculado ao mero cumprimento da medida imposta. O adolescente interno além da sua liberdade privada se depara também com a privação de seus direitos. A oferta dos serviços de saúde no espaço institucional em tela é precária, pois além da falta de profissionais de saúde, não há uma sistematização do atendimento com a rede externa de saúde, submetendo os adolescentes muitas vezes a situações de constrangimentos nos hospitais, assim como os leva ao descrédito quanto ao amparo a sua saúde na perspectiva do direito. (SILVA, 2010, p. 4).

Assim, em relação às produções centradas na gestão das políticas sociais inferimos que a depender da amplitude, da natureza e da dependência que a política apresenta, a intersectoralidade irá encontrar obstáculos de maior ou menor densidade.

3.3 Módulo III – Os limites que se interpõem à prática do assistente social no campo da saúde na tessitura de arranjos intersectoriais

A tessitura dos arranjos intersectoriais por parte dos assistentes sociais tem sido um verdadeiro desafio, visto que a estrutura das políticas sociais brasileiras está historicamente montada com base em setores. Articular serviços, setores e atores ao longo do exercício profissional – que normalmente é corrido – sem planejamento e apoio da gestão, é tarefa árdua. Outro limite é a estrutura hierárquica existente entre os serviços e atores profissionais que favorece relações de poder e subalternidade e dificulta a participação.

Os assistentes sociais reconhecem os limites impostos no desafio de articular políticas, setores e atores diversos, para planejar e objetivar programas e ações. [...] Romper a cultura da não-participação, ultrapassar setores, criar novos engendramentos para a participação popular, são alguns desafios colocados. Não cabem somente ao Serviço Social, ou a um único setor ou categoria, mas são de um tempo que aponta para a busca de novas estratégias de enfrentamento da questão social, para a necessidade de se reverem os caminhos

na busca pela construção da igualdade social. (SILVA, 2006, p. 6)

Conforme menciona França (2012), a burocratização e a centralização estabelecidas nos serviços também são um grande limite à composição da intersectorialidade. Nesses casos, os usuários têm dificuldade para obter informações e decisões que resultem na resolutividade de suas demandas, e o profissional de Serviço Social também sente, pelos mesmos motivos, a insuficiência dos encaminhamentos realizados.

Assim podemos afirmar que não encontramos concretizado nas políticas sociais a intersectorialidade, mas arranjos intersectoriais os quais são desafiados cotidianamente pela burocratização presente nas instituições públicas assumindo uma lógica instituída pelo capitalismo de fragmentação e centralização das informações, decisões e recursos. (FRANÇA, 2012, p. 3).

As ações e experiências com foco na intersectorialidade ainda são ínfimas e, na política de saúde, ocorrem de forma tímida e inicial. Pelo menos no que se trata de protocolos de processos de trabalho. Ficando claro também o pouco investimento em políticas intersectoriais, mesmo pela ausência da cultura intersectorial e de uma perspectiva imediatista na solução setorial do problema existente. Há também uma prática nas políticas públicas de educação, assistência social, saúde, habitação, trabalho, cultura, saúde, entre outras, que ainda se apresenta de maneira setorial, hierarquizada, desarticulada e centralizadora. O que gera uma fragmentação do cuidado e da atenção às multifacetadas necessidades do usuário. Haja vista o leque de demandas advindas das iniquidades sociais vivenciadas. (OLIVEIRA, 2012, p. 9).

Como diz o texto precedente, é significativo destacar que essa realidade de fragmentação e desarticulação, fragiliza o cuidado e a compreensão do cidadão e suas reais necessidades e inviabiliza um atendimento na perspectiva do direito como preconiza nossa Carta Magna e da integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde.

Mediante o exposto, as exigências para o profissional de Serviço Social requer uma ação para além de um tarefeiro, de um executor de técnicas, requer aquele que esteja apto a entender a dinâmica societária atual e aproveitar criativamente as oportunidades de lançar mão de mediações que garantam o direito à saúde do cidadão e o acolha em sua totalidade. Isso

requer um profissional propositivo, com qualificação teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, numa perspectiva crítica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos relevante recuperar as dificuldades encontradas ao se fazer opção pelo procedimento metodológico baseado nas pesquisas bibliográfica e documental. Foi sem dúvida um processo à parte, vivido intensamente pelas características mais frequentemente encontradas em pesquisas no contexto do Serviço Social, que em sua larga maioria se fazem a partir de estudos empíricos.

Foi sem dúvida o primeiro de muitos esforços que este trabalho demandou e, além disso, um desafio, pois os esboços de procedimentos metodológicos que envolvem esta natureza de estudo ainda são incipientes.

Sem dúvida, uma conclusão preliminar se relaciona à detecção de que investigações de base unicamente teóricas exigem do pesquisador uma maior rigidez metodológica para que as constatações tenham maior cientificidade.

Durante nosso percurso, esse foi um dos pilares. A intenção de aplicar as técnicas de leitura de modo variado e crescente nos possibilitou alcançar os objetivos almejados. A possibilidade de focar nosso olhar sobre a intersectorialidade nos fez perceber inicialmente, a evidente impossibilidade de desvendá-la em todas as suas nuances. Trata-se de um tema em claro processo analítico por várias áreas científicas, precisamente as que se relacionam à administração pública; sociologia; saúde coletiva.

Em relação ao objeto central deste trabalho, constatamos que a intersectorialidade ainda é demarcada por um discurso polissêmico. Há, no entanto, uma compreensão de que a intersectorialidade deve ser analisada em instâncias diferentes pois em cada uma delas novas proposições insurgem, ou seja, na dimensão da formulação das políticas, na dimensão da gestão e na dimensão da execução ela incorpora elementos diferentes.

No conjunto de produções investigadas identificam-se alguns consensos, como a inexistência de modelos estáticos para sua aplicação; a relação íntima delas com a interdisciplinaridade de saberes; a necessidade de ambientes democráticos para sua efetivação; a transversalidade de seu uso em conjunto com a integralidade de ações; sua potência na busca por efetividade e

eficiência; sua similaridade com os processos sinérgicos e com a capacidade de articulação de atores e instituições.

Foi possível, por outro lado, detectar alguns dissensos predominantemente em relação às categorias de análises que auxiliam no processo de decomposição em que realmente consiste a intersetorialidade. Algumas produções a vinculam à setorialização, numa interpretação que a coloca como antagônica. Outras, como combinadas, também há as que tratam como dispositivo de gestão, algumas como tática inserida num processo de gestão com estratégias mais estruturantes, como a descentralização.

Há na produção científica tanto no âmbito mais geral das ciências sociais aplicadas quanto particularmente no Serviço Social, uma plêiade de conceitos e interpretações. Contudo, foi perceptível o fato de que a construção do Serviço Social acerca dessa estratégia de gestão seguir a matriz crítico-reflexiva, o que resulta numa produção eivada de articulações estruturais e conjunturais.

São produções em número massivo, que se debruçam sobre os problemas de gestão e resolutividade das políticas sociais, em detrimento das iniquidades sociais, apontando as necessidade dos arranjos intersetoriais e ao mesmo tempo as dificuldades que as políticas encontram ao tentarem um diálogo mais próximo. Inferem, assim, a falta de planejamento estratégico e a forte conotação disciplinar que configuram tais políticas e seus planos, programas e projetos.

No que se refere aos limites que se interpõem à prática do assistente social no campo da saúde, na tessitura de arranjos intersetoriais à luz da produção teórica constante nos principais canais de circulação da produção científica do Serviço Social brasileiro, foi possível identificar que os poucos autores que enfrentam o desafio de discutir o tema, depositam na estrutura histórica que configura as políticas sociais brasileiras, um dos seus maiores obstáculos.

Dentre os poucos trabalhos que reconhecem na atuação profissional do assistente social, uma relação direta ao estímulo, à provocação da intersetorialidade, destacam-se as produções de Regina Mito e Maria Dalva Horácio, ambas com percepções bem semelhantes sobre a questão.

A tese fundante dessas autoras é a de que, apesar de construírem cotidianamente arranjos intersetoriais, o profissional de Serviço Social acabou por “rotinizarem” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009) tais procedimentos, não reconhecendo em suas ações, tentativas no âmbito da micropolítica, de construírem a intersectorialidade.

Particularmente no campo da política da saúde, ao tornar possível, através de vários procedimentos teórico-metodológicos, o acesso do usuário do SUS a outras políticas, ele desencadeia um diálogo, um movimento de articulação com as demais políticas que podem produzir a integralidade almejada.

REFERÊNCIAS

ABREU, Cassiane Cominot. As Conferências Internacionais da OMS e o debate da intersectorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

ABREU, Cassiane Cominot. A Intersectorialidade: uma estratégia internacional apreendida pela política de saúde brasileira. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 11. , 2008, São Luís. **Anais...**São Luís: ABEPSS, 2008. 1 CD-ROM.

AMARAL. Glaucia. **As ações intersectoriais na Atenção na Saúde na Alta complexidade**: construindo marcos de referências para o exercício profissional dos assistentes sociais. . 2007. 68 f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina.

ANDRADE, Luis Odorico Monteiro. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. 2005. 364 f. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.

ANDRADE, Luis Odorico Monteiro. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ASSUMPÇÃO, Patrícia Freitas Schemes. **A integralidade em saúde e o debate do serviço social**. 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10520. Informação e documentação: Citações em documentos: Apresentação. 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6027. Informação e documentação: Sumário: Apresentação. 2 ed. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14724. Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: Apresentação. 3 ed. 2011.

BAHIA, Lígia. **O Sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos**: Universalização mitigada e estratificação subsidiada. In: Revista Ciências e Saúde Coletiva. Vol.14. n. 3. Rio de Janeiro, 2009.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. Gestão da Estratégia Saúde da Família: O desafio de consolidar a Intersectorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica do Serviço Social) p. 213.

BEHRING, Elaine R. **Brasil em Contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BELLINI, Maria Isabel Barros et al. Integração entre Universidade e Política de Saúde: Intersetorialidade e Ensino em Saúde. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

BELLINI, Maria Isabel Barros et al. A Intersetorialidade no Trabalho do Assistente Social com Famílias nas Políticas de Saúde e Assistência Social. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

BEZERRA, Suely de Oliveira, ARAÚJO, Maria Arlete Duarte. **As (re)configurações das Demandas ao Serviço Social no âmbito dos serviços Públicos de Saúde**. In RAP. Rio de Janeiro 41 (2). Mar/Abr 2007. P 187-209.

BIDARRA, Zelimar Soares. **Pactuar Interdisciplinaridade e tramar as redes para consolidar o sistema de Garantia de Direitos**. In. Revista Serviço Social e Sociedade. n.99. jul./Set. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1998. 292p.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. et al. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez; Brasília. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês de Souza. MATOS, Maurílio Castro. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete. et al. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez; Brasília. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197- 217.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. **Atuação do Serviço Social na saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva**. Rev. Textos & Contextos (Porto Alegre), v.9, n.2, p. 229-243, ago./dez. 2010.

BRONZO, Carla. **Intersetorialidade como princípio e prática nas políticas públicas: reflexões a partir do tema do enfrentamento da pobreza**. In. XX

Concurso Del CLAD sobre Reforma Del Estado y Modernización de La Administración Pública “¿Cómo enfrentar los desafíos de La transversalidad y de La intersectorialidad en La gestión pública?”. Caracas, 2010.

_____. Programas de Proteção social e superação da Pobreza: concepções e estratégias de intervenção. 2005. Tese (Doutorado em Sociologia e Política). UFMG.

_____; VEIGA, Laura da. **Intersectorialidade e política de superação da pobreza: desafios para a prática**. Revista Serviço social e sociedade. n. 92. Ano XVIII. São Paulo: Cortez, 2007.

_____; _____. Desafios, possibilidades e limites de programas locais de combate à pobreza e a exclusão: as iniciativas das cidades de São Paulo e de Belo Horizonte, documento apresentado em el X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de La Administración Pública. Santiago, 2005.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; DANTAS, Andreza Carla da Silva; CARVALHO, Rafael Nicolau. **Contornos e sinergias entre a Política de Saúde e o adolescente privado de liberdade: intersectorialidade como desafio**. Rev. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 399-410, ago./dez. 2011.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto et. al. A Relevância da Intersectorialidade na Atenção Básica em Saúde. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (versão preliminar). Brasília, 2009.

CFESS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, CFESS/ ABEPSS, 2009. p. 760.

CKAGNAZAROFF, Ivan Beck; MOTA, Normaston Rodrigues. **Considerações sobre a relação entre descentralização e intersectorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais**. E & G – Economia e Gestão, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 23-41, dez. 2003.

COMERLATTO, Dunia et al. **Gestão de políticas Públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais**. Revista Katal. Florianópolis v. 10, n. 2, p.265-271 jul/dez. 2007.

COSTA, A. M. et al. Intersectorialidade na Produção e promoção da saúde. In. CASTRO, A.; MALO, M. (orgs.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: hucitec, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde:** um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90. 1998. Dissertação de Mestrado (Serviço Social). Recife: PPGSS/ UFPE.

_____. **Serviço Social e Intersetorialidade: A contribuição dos Assistentes Sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde.** , 2010. 261f. Tese de Doutorado (serviço Social). Recife: PPGSS/ UFPE.

FALEIRO, Vicente de Paula. **A Política Social do Estado Capitalista.** São Paulo: Cortez, 1990.

FERREIRA, Carla Iolanda Sant'ana; SILVA, Anderson Fontes da. Intersetorialidade: desafios da gestão na práxis profissional. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 11. , 2008, São Luís. **Anais...**São Luís: ABEPSS, 2008. 1 CD-ROM.

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira:** dilemas entre o instituinte e o instituído. In: Revista Ciências e Saúde Coletiva. Vol.14. n. 3. Rio de Janeiro, 2009.

FRANÇA, Merilin Carneiro. A Intersetorialidade na Prática dos Assistentes Sociais Inseridos nas Maternidades Públicas. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

FREITAS, Sonale Santana. A Intersetorialidade No Campo Sociojurídico. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

GIAQUETO, Adriana. **A Descentralização e a intersectorialidade na Política de assistência Social.** Revista Serviço social & Saúde. UNICAP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

GUADALUPE, Sonia. **Anotações cronológicas sobre a trajetória do serviço Social no sistema de saúde em Portugal.** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** Trabalho e formação profissional. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2005. 326p.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 2 ed., São Paulo: Cortez, 2008.

_____. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, Ana Elizabete (et al). **Serviço Social e**

Saúde. São Paulo: Cortez; Brasília. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 161-196.

_____. CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.** 13 ed. São Paulo: Cortez, 2000. 380p.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social.** 4^a ed. São Paulo: Cortez, 1994.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social. In COFI/ CFESS. **Atribuições privativas em questão.** Brasília: CFESS, 2002, p.13-50.

INOJOSA, Rose Marie. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade.** Cadernos Fundap, São Paulo, n. 22, 2001, p. 102-110.

_____. **Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional.** RAP, Rio de Janeiro 32(2): p.35-48, mar./abr. 1998.

_____.; JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **O Setor de Saúde e o desafio da Intersetorialidade.** Cadernos Fundap. São Paulo, [19--].

JUNQUEIRA, Luis A. Prates. **Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade.** Revista FEA- PUC- SP, São Paulo, v.1, p. 57 – 72, Nov. 1999.

JUNQUEIRA, Luis A. Prates. **Intersetorialidade, Transetorialidade e redes sociais na Saúde.** RAP. Rio de Janeiro 34(6): 35-45, Nov/Dez. 2000.

JUNQUEIRA, Luis A. Prates. INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. **Descentralização e intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.** In. XI Concurso de Ensayos Del CAD “El Tránsito de La Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Possibilidades y Limitaciones”. Caracas, 1997.

JACOB Cícero Renato Ribeiro. A assistência social e o desafio da intersetorialidade: uma análise da intersetorialidade no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família de Fortaleza. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

KONDER, Leandro. **O que é Dialética.** 25 ed. Coleção primeiros passos. Brasiliense. 1984.

LANZA, Líria Maria Bettiol; CAMPANUCCI, Fabrício da Silva, BALDOW, Letícia Orlandi. **As Profissões em saúde e o Serviço Social:** desafios para a formação profissional. Revista Katalysis, v. 15, n. 2, jul./dez., 2012, p. 212- 220.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico:** a pesquisa bibliográfica. Rev. Katálýsis. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45 2007.

LOPES, Márcia Helena Carvalho et al. **Políticas Intersetoriais Integradas.** In: III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, Rio de Janeiro/ Brasil. Nov. 2008.

LUCAS, João Ignácio Pires; HAIDUK, Cleiton Antônio. Política: Setorial da intersectorialidade?. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social na área da saúde:** uma relação histórica. Intervenção Social, 28, 2003. p. 9-18.

_____. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares:** desafios cotidianos. Revista Serviço Social & sociedade. São Paulo, n. 107, p. 497-508, jun/set. 2011.

MACIEL, Heloísa Helena Mesquita; SOUZA, Rodriane de O.; ALCHORNE, Sindely C. de A. Coordenação de Conselhos: Um facilitador da intersectorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 8., 2004, Juiz de Fora . **Anais...** Juiz de Fora: ABEPSS, 2004. CD-ROM. ISBN 858925202-7

MARQUES, Emilly Pereira. Infância, Saúde e Intersetorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

MENDES, Rosilda; AKERMAN, Marco. Agendas Urbanas Intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. Saúde Sociedade. v. 13, n. 1, 2004.

MENESES, Erika Silva. **O Fazer profissional do (a) assistente social na saúde:** uma análise das condições de trabalho no âmbito hospitalar em Natal/ RN. 2010. 175 f. Dissertação (mestrado) Universidade federal do Rio Grande do norte, Natal.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos:** balanços e perspectivas. In: Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009. 25(7): 1620-1625.

MIOTO, Regina Célia Tamaso.; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos.** SER social, Brasília, v.11, n. 25, p. 221-143, jul./ dez. 2009.

_____. _____. **Política Social e Serviço social: os desafios da intervenção profissional.** Revista Katalysis, v.16 no.spe Florianópolis, 2013.

MONNERAT, Giselle Lavinias. **Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade: lições do Programa Bolsa Família.** 2009. 283 f. tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). – Escola nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ ENSP. Fundação Oswaldo Cruz.

MONERAT, Giselle Lavinias et al. A Intersectorialidade na Agenda das Políticas Sociais. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

MONERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves. **Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos.** SER Social, Brasília, v.12, n.26, p.200-220, jan./ jun. 2009.

MONERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Revista Katalysis, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan/jun. 2011.

MOTA, Ana Elizabete (Org.). **A Nova Fábrica de Consensos.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000. 215p.

_____. Questão Social e Serviço Social: Um debate necessário In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **O Mito da Assistência Social: Ensaio sobre Estado, Política e Sociedade.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2009. P. 21-57.

MOURÃO, Eduardo. Abordagens psicossociais. v. 12 (reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares). São Paulo: Hucitec 2008.

MOURÃO, Eduardo (org.). **Saúde Mental e Serviço social: o desafio da subjetividade.** São Paulo: Cortez, 2011.

MYNAIO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e Criatividade.** 28ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 107p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NASCIMENTO, Sueli do. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas.** Serviço social & Sociedade, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

NASCIMENTO, Élide Maria Oliveira. O. Intersectorialidade como Estratégia de gestão da política de Assistência Social: Dilemas e possibilidades no SUAS. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

NETTO, José Paulo. CARVALHO, M. C. Brant de. **Cotidiano Conhecimento e Crítica**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

NETTO, José Paulo. **Transformações Societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. Serviço social & sociedade, n. 50, 1996, p. 87- 132.

_____. Ditadura e serviço social: Uma análise do serviço Social no Brasil pós-64. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, Vera Maria R.; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. Et. Al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; Brasília. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 88-110.

OLIVEIRA, Tatiany Fernandes et al. Reflexões sobre a Prática do assistente social no NASF de João Pessoa: desafios na construção da intersetorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

PANSSINI, Ana Lúcia de Lima. **A Intersetorialidade entre Saúde e Assistência Social no município de Vitória/ ES**. 2011. 232 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo.

_____. A Intersetorialidade nas Conferências Nacionais de Assistência Social. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

_____. A Intersetorialidade entre saúde e assistência social: revisão de literatura. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

_____. O Sistema de Proteção Social Brasileiro e o Desafio da Intersetorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

PEREIRA, Potyara Amazoneida . **Como Conjuguar especificidade e intersetorialidade na construção e implementação das políticas de assistência social**. In. Revista Serviço social & Sociedade. n. 77, São Paulo: Cortez, mar. 2004.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **A Intersetorialidade das Políticas Sociais numa perspectiva dialética**.2012. (mimeografado).

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política Social: Um espaço para a Interdisciplinaridade**. In. Revista Humanidades. V. 8, n. 4, 1992.

PEREIRA, Tatiana Dahmer. Política Nacional de Assistência Social e Território: desafios, identidade e intersectorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Intersectorialidade: algumas reflexões acerca de sua concepção no modelo de gestão de políticas de assistência social. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social**. São Paulo: Cortez, 1995.

ROCHA, Giuliana Barbosa; SALVADOR, Anarita de Souza; CURVO, Daniel Rangel. A Intersectorialidade na Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa: Um Estudo sobre os Serviços da Rede de Proteção Social na cidade de João Pessoa-PB. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

RODRIGUES, Jovina Moreira Sérvulo. **A Intersectorialidade entre as políticas de saúde e assistência social pós Constituição Brasileira de 1988**. In. V Jornada Internacional de Política Pública. 2001.

RIOS, Schaianny Lima; DAL PRÁ, Keli Regina. **Intersectorialidade em Saúde: Uma discussão para o Serviço Social**. Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA. Tandil, ano 4- n.6, Diciembre de 2011.

RUI, Marizete da Penha; GONÇALVES, Nayara Santos; ALVES, Paula Aristeu. Entre o discurso e o desejo: a intersectorialidade nas ações dos técnicos do CRAS e da ESF de Planalto Serrano, Serra/ ES. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos; GUINDANI, Joel Felipe. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Documentary research: theoretical and methodological clues. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Ano I, n. I, Julho de 2009.

SCHÜTZ, Fernanda. **A intersectorialidade no campo da política pública: indagações para o Serviço Social**. 2009.85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina.

SCHÜTZ, Fernanda; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Intersetorialidade na Política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais**. DIPROSUL. Pelotas, 2011.

SCHÜTZ, Fernanda; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Intersetorialidade e Política Social: subsídios para o debate**. Sociedade em Debate, Pelotas, 16(1): 59-75, jan- jun/2010.

SENNA, Mônica de Castro Maia; TAVARES, Fabrielle Guimarães; ROSA, Sabrina Diniz da. Intersetorialidade nas Políticas Dirigidas a família pobres: elementos para debate. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 22 ed. Ver. e ampl. De acordo com ABNT - São Paulo: Cortez, 2002. 335p.

SILVA, Anderson Fontes da. Intersetorialidade: debate sobre um novo modelo para gestão de políticas públicas. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 10., 2006, Recife. **Anais...** Recife: ABEPSS, 2006. 1 CD-ROM.

SILVA, Andreza Carla. Privação de Liberdade e o Acesso à Saúde: O desafio da Intersetorialidade no Centro Educacional do Adolescente – João Pessoa/ PB. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

SILVA, Daniela Cecília Souza da. Condicionais e Enfrentamento à Pobreza: intersectorialidade na gestão da política de assistência social. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde**: para além de plantões e encaminhamentos. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

SOUZA, Rosemary Gonçalves de; MONNERAT, Giselle Lavinias. Intersetorialidade e Políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 11. , 2008, São Luís. **Anais...** São Luís: ABEPSS, 2008. 1 CD-ROM.

SPOSATI, Aldaíza. **Gestão Pública Intersetorial: Sim ou Não?** Comentário de experiência . In. Revista Serviço Social & Sociedade. n. 85, São Paulo: Cortez, mar. 2006.

_____. **Especificidade e Intersetorialidade da Política de assistência social**. In. Revista Serviço Social & Sociedade. n. 77, São Paulo , Cortez, mar. 2004.

TEIXEIRA, C. F. ; PAIM, J. S.; Planejamento e Programação de ações intersetoriais para a promoção de saúde e da qualidade de vida. Revista de Administração pública, Rio de Janeiro, v.6, n. 34, nov./ dez. 2000.

TEIXEIRA, Joaquina Barata. BRAZ, Marcelo. O Projeto ético-político do Serviço Social In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009. p. 185-200.

TUMELEIRO, Silvana Marta. **Intersectorialidade nas políticas públicas**. In VI ENAPEGS – Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social. São Paulo, 2012.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. (et al). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez; Brasília. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 218-241.

_____. **A Prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na saúde**. São Paulo: Cortez, 2002. 560p.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira. **A americanização (perversa) da seguridade Social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: revan: UCAM, IUPERJ, 1998. 2ª Ed. 2000.

VICTORA, Cesar G. et al. **Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer**. In. Série saúde no Brasil, Lancet, 2011 - ensp.fiocruz.br www.thelancet.com

WIMMER, Gert Ferreira; FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. **Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade**. Revista Katalysis. Florianópolis, v. 10, n.2, p. 265-271, jul./dez. 2007.

YAAKOUB, Melissa Cavalcanti Controle Democrático e Intersectorialidade no Conselho Municipal de Assistência Social na cidade do Rio de Janeiro: construção de uma esfera pública democrática? In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 10. , 2006, Recife. **Anais...**Recife: ABEPSS, 2006. 1 CD-ROM.

YOLANDA, Guerra. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2010. 215p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PESQUISADAS - (ENPESS - ANOS 2000).

INTERSETORIALIDADE

VIII ENPESS (2002)

MACIEL, Heloísa Helena Mesquita; SOUZA, Rodriane de O.; ALCHORNE, Sindely C. de A. Coordenação de Conselhos: Um facilitador da intersectorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 8., 2004, Juiz de Fora . Anais... Juiz de Fora: ABEPSS, 2004. CD-ROM. ISBN 858925202-7

IX ENPESS (2004)

Nenhum trabalho com a temática

X ENPESS (2006)

SILVA, Anderson Fontes da. Intersectorialidade: debate sobre um novo modelo para gestão de políticas públicas. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 10., 2006, Recife. **Anais...**Recife: ABEPSS, 2006. 1 CD-ROM.

YAAKOUB, Melissa Cavalcanti. Controle Democrático e Intersectorialidade no Conselho Municipal de Assistência Social na cidade do Rio de Janeiro: construção de uma esfera pública democrática? In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 10. , 2006, Recife. **Anais...**Recife: ABEPSS, 2006. 1 CD-ROM.

XI ENPESS (2008)

ABREU, Cassiane Cominot. A Intersectorialidade: uma estratégia internacional apreendida pela política de saúde brasileira. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 11. , 2008, São Luís. **Anais...**São Luís: ABEPSS, 2008. 1 CD-ROM.

FERREIRA, Carla Iolanda Sant'ana; SILVA, Anderson Fontes da.
Intersectorialidade: desafios da gestão na práxis profissional. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 11. , 2008, São Luís.
Anais...São Luís: ABEPSS, 2008. 1 CD-ROM.

SOUZA, Rosemary Gonçalves de; MONNERAT, Giselle Lavinas.
Intersectorialidade e Políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 11. , 2008, São Luís.
Anais...São Luís: ABEPSS, 2008. 1 CD-ROM.

XII ENPESS (2010)

SILVA, Daniela Cecília Souza da. Condicionais e Enfrentamento à Pobreza: intersectorialidade na gestão da política de assistência social. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

RUI, Marizete da Penha; GONÇALVES, Nayara Santos; ALVES, Paula Aristeu. Entre o discurso e o desejo: a intersectorialidade nas ações dos técnicos do CRAS e da ESF de Planalto Serrano, Serra/ ES. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

MARQUES, Emilly Pereira. Infância, Saúde e Intersectorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro.
Anais... Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

SENNA, Mônica de Castro Maia; TAVARES, Fabrielle Guimarães; ROSA, Sabrina Diniz da. Intersectorialidade nas Políticas Dirigidas a família pobres: elementos para debate. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

SILVA, Andreza Carla. Privação de Liberdade e o Acesso à Saúde: O desafio da Intersetorialidade no Centro Educacional do Adolescente – João Pessoa/ PB. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

MONERAT, Giselle Lavinias et. all. A Intersetorialidade na Agenda das Políticas Sociais. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

PEREIRA, Tatiana Dahmer. Política Nacional de Assistência Social e Território: desafios, identidade e intersectorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

PANSINI, Ana Lúcia de Lima. A Intersetorialidade nas Conferências Nacionais de Assistência Social. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

PANSINI, ANA Lúcia de Lima. A Intersetorialidade entre saúde e assistência social: revisão de literatura. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 12. , 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPSS, 2010. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-09-6

XIII ENPESS (2012)

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. Gestão da Estratégia Saúde da Família: O desafio de consolidar a Intersetorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...** Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camila Susana; SCHERER, Patrícia Teresinha; et. al. Integração entre Universidade e Política de Saúde: Intersetorialidade e Ensino em Saúde. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

BELLINI, Maria Isabel Barros; BUMBEL, Liciane Silva da; FALER, Camila Susana et. al. A Intersetorialidade no Trabalho do Assistente Social com Famílias nas Políticas de Saúde e Assistência Social. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

NASCIMENTO, Élide Maria Oliveira. Intersetorialidade como Estratégia de gestão da política de Assistência Social: Dilemas e possibilidades no SUAS. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

ROCHA, Giuliana Barbosa da; SALVADOR, Anarita de Souza.; CURVO, Daniel Rangel. A Intersetorialidade na Garantia dos Direitos da Pessoa Idosa: Um Estudo sobre os Serviços da Rede de Proteção Social na cidade de João Pessoa-PB. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

FRANÇA, Merilin Carneiro. A Intersetorialidade na Prática dos Assistentes Sociais Inseridos nas Maternidades Públicas. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

FREITAS, Sonale Santana. A Intersetorialidade No Campo Sociojurídico. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; OLIVEIRA, Raquel Araújo de; COSTA, Jaqueline Estevão; et. al. A Relevância da Intersetorialidade na Atenção Básica em Saúde. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

ABREU, Cassiane Cominot. As Conferências Internacionais da OMS e o debate da intersectorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

OLIVEIRA, Tatiany Fernandes; ARAÚJO, Juliana Leila de; SILVA, Cristiana Carla da; et. al. Reflexões sobre a Prática do assistente social no NASF de João Pessoa: desafios na construção da intersectorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

JACOB Cícero Renato Ribeiro. A Assistência Social e o Desafio da Intersetorialidade: uma análise da intersectorialidade no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família de Fortaleza. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

LUCAS, João Ignácio Pires; HAIDUK, Cleiton Antônio. Política: Setorial da intersectorialidade?. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

PANSINI, Ana Lucia de Lima. O Sistema de Proteção Social Brasileiro e o Desafio da Intersetorialidade. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria.

Intersetorialidade: algumas reflexões acerca de sua concepção no modelo de gestão de políticas de assistência social. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 13. , 2012, Juiz de Fora. **Anais...**Juiz de Fora: ABEPSS, 2012. 1 CD-ROM. ISBN 978-85-89252-11-9