



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Ivanilda Vitoriano de Figueredo

**A intersectorialidade no trabalho do (a) Assistente Social na garantia do
direito à Saúde**

Rio de Janeiro

2021

Ivanilda Vitoriano de Figueredo

A intersectorialidade no trabalho do (a) Assistente Social na garantia do direito à Saúde

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Questão Social, Políticas Públicas e Serviço Social

Orientador: Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

F475 Figueredo, Ivanilda Vitoriano de.
 A intersectorialidade no trabalho do (a) Assistente Social na garantia do direito
 à Saúde / Ivanilda Vitoriano de Figueredo. – 2021.
 141 f.

 Orientador: Maurílio Castro de Matos.
 Dissertação (Mestrado)– Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade
 de Serviço Social.

 1. Política social – Teses. 2. Política de saúde – Teses. 3. Serviço Social –
 Teses. I. Matos, Maurílio Castro de. II. Universidade do Estado do Rio de
 Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 304

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ivanilda Vitoriano de Figueredo

A intersectorialidade no trabalho do (a) Assistente Social na garantia do direito à Saúde

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Questão Social, Políticas Públicas e Serviço Social

Aprovada em 15 de março de 2021.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos (Orientador)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof.^a Dra. Giselle Lavinias Monnerat
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof.^a Dra. Yolanda Aparecida Demetrio Guerra
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, meu filho e esposo.

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

Marilda Iamamoto

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela vida e oportunidade de realizar este sonho, que diante das adversidades parecia impossível concretizá-lo.

Agradeço a minha mãe Antonia, pois foi fundamental na conquista deste importante objetivo na minha vida e trajetória profissional. Mãe, a construção deste trabalho tornou-se viável porque você sempre me ajudava, não media esforços para me auxiliar nos cuidados com meu filho e nas tarefas domésticas, enquanto eu precisava dedicar tempo aos estudos.

Agradeço também ao meu esposo Wallison por todo seu apoio, compreensão e suporte, desde o período da graduação, especialmente, na dissertação de mestrado, pois nos momentos difíceis, me encorajou e incentivou a não desistir na conclusão deste objetivo.

Agradeço ao meu filho, João, pela sua companhia desde o início do mestrado, pelo privilégio de carregar você no ventre e torna-me mãe durante a produção deste trabalho. Filho, você transformou minha vida e me ensinou o verdadeiro significado do amor.

Agradeço a minha família, em especial a minha tia Joana pelos cuidados com meu filho, após a pandemia da covid-19, para eu trabalhar e, em outras ocasiões, produzir esta dissertação. Também agradeço a minha cunhada Alessandra, que, em alguns momentos, cuidou do meu filho para que eu pudesse estudar.

Agradeço ao meu querido orientador Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos pelas orientações, paciência e valiosas contribuições no processo de produção desta dissertação. Obrigada por sua generosidade, carinho e consideração pela minha condição de mãe-estudante-trabalhadora.

Agradeço também a banca examinadora, as professoras Dra. Yolanda Guerra e Giselle Monnerat, que, gentilmente, aceitaram o convite para participação da banca e pelas excelentes contribuições na qualificação desta dissertação. É uma honra e alegria ter na banca referências na área do Serviço Social e na minha formação profissional.

Sou grata pelo Privilégio de estudar em uma Universidade Pública, estendendo-se aos profissionais técnicos – administrativos e docentes que, apesar de sofrer ataques e desmontes, têm papel relevante na formação profissional e produção de conhecimento em diversas áreas.

Meus agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Brasil (CAPES) pelo apoio e investimento, nos primeiros anos do presente estudo. Além disso, pela importância no financiamento, produção e difusão da ciência, possibilitando, inclusive, a coleta dos dados para realização desta pesquisa.

Agradeço aos colegas da minha turma de mestrado do ano de 2018 pelas trocas de experiências e de conhecimentos.

Agradeço aos trabalhadores (as) brasileiros (as) que lutam por políticas de saúde, educação, assistência social, previdência, enquanto direito social e aqueles que através dos impostos contribuem no financiamento das políticas públicas.

Por fim, foi um grande desafio conciliar a produção desta dissertação com a maternidade e, posteriormente, com o trabalho, ainda mais no último ano, devido ao contexto pandêmico da covid-19 que provocou grave crise sanitária com impactos nas esferas econômicas, organização do trabalho, forma de sociabilidade e de vida, mas sou grata a todos (as) aqueles (as) que contribuíram na construção deste trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

FIGUEREDO, I. V. *A intersectorialidade no trabalho do (a) Assistente Social na garantia do direito à Saúde*. 2021. 141 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

O presente trabalho objetiva analisar criticamente as concepções e perspectivas de intersectorialidade elaboradas nas produções acadêmicas do Serviço Social na política de Saúde, vinculadas ao banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Diante da complexidade da realidade, da desarticulação entre os setores e da necessidade de enfrentamento ao agravamento das expressões da questão social, o debate da intersectorialidade vem ganhando destaque na agenda das políticas sociais. No entanto, ainda é permeado de desafios tanto no âmbito conceitual quanto interventivo. Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica, de cunho qualitativo, buscando caracterizar o estado da arte das teses e dissertações sobre o tema. Os resultados da pesquisa apontam que a intersectorialidade não se consolidou como diretriz estruturante de gestão e execução das políticas sociais. E no trabalho coletivo em saúde, os (as) assistentes sociais - em razão da formação, objeto de trabalho, capacidade técnica de apreensão e intervenção na realidade - vem sendo requisitados a atuar na articulação entre as políticas, setores, serviços socioassistenciais e profissionais, nas respostas às expressões da questão social. O Serviço Social tem avançado na discussão da temática pautado na concepção crítico-dialética, ao procurar correlacionar o tema aos processos sociais, a dimensão de totalidade e categorias da teoria crítica, ainda que persista uma tendência ao ecletismo. Os resultados apontam que a conceituação da intersectorialidade no âmbito do Serviço Social na saúde possui diferentes sentidos: na perspectiva de gestão, voltada à construção conjunta dos processos de planejamento, avaliação e execução entre os setores; também entendida enquanto mecanismo gerencial de eficiência e eficácia; de integralidade, relacionada à articulação dos diversos níveis de determinação do processo saúde-doença voltada à atenção à saúde e acesso aos direitos em uma dimensão de totalidade; de complementaridade entre setores, compreendida como articulação de saberes e experiências na resolução de questões complexas e também de trabalho em rede e integralidade, apontada como estratégia no atendimento integral as necessidades sociais. Portanto, a pesquisa evidencia que, mesmo com os inúmeros desafios, frente ao contexto de retração do Estado na área social, desmonte de direitos, precariedade do trabalho, os (as) assistentes sociais realizam articulações e ações intersectoriais e podem contribuir em sua construção na perspectiva crítica, visando à integralidade das ações e transformações teóricas, práticas e sociais.

Palavras- chave: Políticas Sociais. Política de Saúde. Serviço Social. Intersectorialidade. Revisão Bibliográfica.

ABSTRACT

FIGUEREDO, I. V. *Intersectoriality in the work of Social Work in guaranteeing the right to Health*. 2021. 141 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The present work aims to critically analyze the conceptions and perspectives of intersectoriality elaborated in the academic productions of Social Work in Health policy, linked to the database of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES). In view of the complexity of reality, the disarticulation between sectors and the need to confront the worsening expressions of the social issue, the intersectoral debate has been gaining prominence in the social policy agenda. However, it is still permeated with challenges both at the conceptual and interventional levels. This study consists of a literature review, of a qualitative nature, seeking to characterize the state of the art of theses and dissertations on the subject. The survey results show that intersectoriality has not been consolidated as a structural guideline for the management and implementation of social policies. And in collective health work, social workers - due to their training, object of work, technical capacity for apprehension and intervention in reality - have been required to act in the articulation between policies, sectors, social assistance and professional services, in the responses to expressions of the social question. Social Work has advanced in the discussion of the theme based on the critical-dialectical conception, by seeking to correlate the theme with social processes, the dimension of totality and categories of critical theory, although a tendency towards eclecticism persists. The results show that the concept of intersectoriality within the scope of Social Service in health has different meanings: in the perspective of management, aimed at the joint construction of the processes of planning, evaluation and execution between sectors; also understood as a managerial mechanism of efficiency and effectiveness; integrality, related to the articulation of the different levels of determination of the health-disease process aimed at health care and access to rights in a dimension of totality; of complementarity between sectors, understood as the articulation of knowledge and experiences in the resolution of complex issues and also of networking and integrality, pointed out as a strategy to fully meet social needs. Therefore, the research shows that, despite the countless challenges, in the face of the state's retraction in the social area, dismantling of rights, precarious work, social workers carry out intersectoral articulations and actions and can contribute to their construction in the critical perspective, aiming at the completeness of actions and theoretical, practical and social transformations.

Keywords: Social Policies. Health Policy. Social Work. Intersectoriality. Literature review.

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 -	Teses produzidas pelo Serviço Social sobre intersectorialidade na saúde.....	92
Quadro 2 -	Dissertações produzidas pelo Serviço Social sobre intersectorialidade na Saúde.....	93
Quadro 3 -	Principais conceitos utilizados nas produções do Serviço Social para debater a intersectorialidade.....	94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Produções Acadêmicas do Serviço Social sobre a intersetorialidade na saúde, segundo gênero dos pesquisadores, com base na CAPES.....	89
Gráfico 2 -	Produções Acadêmicas do Serviço Social sobre a intersetorialidade na saúde, segundo regiões do país, com base na CAPES.....	89
Gráfico 3 -	Produções Acadêmicas do Serviço Social sobre a intersetorialidade na saúde, segundo unidades de Ensino, com base na CAPES.....	90
Gráfico 4 -	Produções Acadêmicas do Serviço Social sobre a intersetorialidade na saúde, segundo ano de publicação, com base na CAPES.....	91
Gráfico 5 -	Produções Acadêmicas do Serviço Social sobre a intersetorialidade na saúde, segundo áreas de articulações, com base na CAPES.....	92

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior- Brasil
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CF	Constituição Federal
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DM	Dissertação de Mestrado
EBSH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ENPSS	Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GIACA	Grupo Intersetorial de Acompanhamento da Criança e do Adolescente
HU	Hospitais Universitários
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAPS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

ONGs	Organizações Não-Governamentais
OSCIIP	Organizações da sociedade civil de interesse público
OS	Organizações Sociais
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PT	Partido dos trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SM	Saúde Mental
SPA	Substâncias Psicoativas
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCR	Trabalho de Conclusão da Residência
TD	Tese de Doutorado
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
1 ESTADO E POLÍTICA SOCIAL NO CAPITALISMO: REFLEXÕES SOBRE CONFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	25
1.1 Transformações do Capital/Trabalho e a configuração das Políticas sociais.....	26
1.2 As Políticas Sociais no Brasil.....	32
1.3 Contexto histórico da Política de Saúde no Brasil.....	35
2 TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL.....	45
2.1 O Trabalho e sua configuração na sociedade capitalista.....	45
2.2 Processo de (re) produção do capital.....	48
2.3 O Processo de Trabalho na Contemporaneidade.....	52
2.4 Trabalho Coletivo em Saúde e o Serviço Social.....	56
2.5 O trabalho do Serviço Social na dimensão interventiva.....	63
3 O DEBATE CONCEITUAL E O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS DA SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE.....	69
3.1 Situando o debate sobre a intersectorialidade.....	69
3.1.1. <u>Disciplinaridade x Interdisciplinaridade</u>	73
3.1.2 <u>Relação entre intersectorialidade e integralidade</u>	76
3.1.3 <u>Interface entre intersectorialidade e descentralização</u>	79
3.2 O trabalho do Assistente Social na articulação intersectorial na área da saúde.....	82
4 POLÍTICA DE SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E SERVIÇO SOCIAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS.....	85
4.1 Pressupostos Metodológicos.....	85
4.2 Panorama da Produção bibliográfica do Serviço Social na área da saúde sobre a intersectorialidade.....	88
4.3 Concepções e sentidos de intersectorialidade analisadas na produção do Serviço Social da Política de Saúde articulada com outras políticas sociais, com base no banco de Produção da CAPES.....	95
4.3.1 <u>Intersectorialidade enquanto componente do processo de gestão</u>	95
4.3.2 <u>A Intersectorialidade no sentido de integralidade</u>	103

4.3.3 <u>Intersetorialidade como complementariedade e/ou integração entre os setores</u>	104
4.4 Conceções e sentidos de intersectorialidade analisadas na produção do Serviço Social na política de Saúde, especificamente, no trabalho dos Assistentes Sociais, a partir do banco de Produção da CAPES	107
4.4.1 <u>Perspectiva de complementaridade e/ ou integração entre setores</u>	107
4.4.2 <u>Intersetorialidade na perspectiva de trabalho em rede e integralidade</u>	111
4.4.3 <u>A Intersetorialidade no sentido de integralidade e atividade prática profissional</u>	117
4.5 Dilemas na abordagem da intersectorialidade no âmbito do Serviço Social	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	134
ANEXO - Referências da produção do Serviço Social sobre a intersectorialidade, a partir da política de saúde, com base na CAPES	141

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa objetiva desenvolver uma análise, fundamentada no método dialético, sobre a intersectorialidade, procurando apreender as concepções, fundamentações e contribuições do Serviço Social brasileiro sobre o tema na Política de Saúde¹.

O presente estudo consiste em revisão bibliográfica, de cunho qualitativo, tendo como universo as produções identificadas junto à base de pesquisa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Desta forma, pretende-se caracterizar o estado da arte das produções acadêmicas elaboradas pelo Serviço Social na área da saúde, buscando identificar as concepções e perspectivas teórico-metodológicas que vem norteando as produções científicas e o trabalho do assistente social na efetivação da intersectorialidade.

A escolha por esta metodologia se desenhou no decorrer da pesquisa, ao considerar a relevância da intersectorialidade na agenda das políticas sociais e no trabalho dos (as) Assistentes sociais, com o intuito de apreender quais os referenciais teóricos utilizados pelo Serviço Social na discussão da temática.

O interesse por este tema se desenvolveu durante a inserção na residência em Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto, especificamente no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), unidade vinculada à UERJ e ao referido hospital, constituindo espaço privilegiado de formação, pois articula ensino, pesquisa, extensão e assistência. Além disso, é referência na atenção à saúde de adolescentes do município do Rio de Janeiro e oriundos de outros municípios.

Desta forma, o interesse em estudar a temática da intersectorialidade no exercício profissional do Serviço Social, surgiu na residência do NESA, no período de 2015 a 2017, por meio do desenvolvimento de ações assistenciais e reflexões teórico-práticas nos três níveis de atenção à saúde dos adolescentes: primária, secundária e terciária (FIGUEREDO, 2017).

Neste contexto, perpassado pela complexidade presente nos atendimentos aos adolescentes internados com diferentes situações de saúde e necessidades sociais, surgiram às inquietações em relação ao tema, em função da importância e dos desafios do trabalho

¹ “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, p. 40, 2007).

articulado com outras políticas sociais e setores na efetivação à assistência integral a saúde dos (as) adolescentes.

O Serviço Social do NESA faz parte do trabalho coletivo em saúde, atuando na articulação da rede de serviços no enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde para concretização da saúde em sua integralidade, como previsto no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e em outras legislações destinadas aos (as) adolescentes.

A equipe de Serviço Social, nos três níveis de atenção do NESA, busca trabalhar em uma perspectiva intersetorial e integral na garantia à saúde e os direitos dos adolescentes. Por isso, na atenção primária, os (as) assistentes sociais realizavam articulações com diferentes políticas sociais, desenvolvendo ações e implementando projetos de promoção da saúde nos territórios e em outras instituições, envolvendo questões transversais à saúde, aos adolescentes e aos jovens. Na atenção secundária o trabalho intersetorial pautava-se na articulação com diferentes políticas sociais, instituições governamentais e não-governamentais que formam o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), visando subsidiar nos cuidados, tratamento e reabilitação da saúde dos adolescentes. Na atenção terciária desenvolvia-se o trabalho intersetorial buscando garantir condições de tratamento, reabilitação de quadros clínicos, cirúrgicos e pós-cirúrgicos, promovendo a articulação com serviços de referência e contrarreferência de diferentes níveis de complexidade da saúde, a fim de viabilizar a integralidade da assistência à saúde dos adolescentes. Neste sentido, mobilizava-se um conjunto de serviços da rede socioassistencial nas diferentes instâncias governamentais e instituições não-governamentais da chamada “sociedade civil” para responder a complexidade das questões do processo saúde-doença numa concepção ampliada e não restrita a fatores biológicos.

Cabe ressaltar que o Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) teve como campo de pesquisa a atenção terciária, em função de esta apresentar maior nível de complexidade na assistência à saúde dos adolescentes e requerer um conjunto de ações interconectadas para tratamento, recuperação e reabilitação do processo de saúde-doença. Além disso, a enfermaria apresenta particularidades que propiciaram maior aproximação com a temática, contando com espaços de uso em comum pelas diversas especialidades (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e outros), o que possibilita maior interlocução e compartilhamento entre as áreas de saberes, pauta-se no esforço de construção de trabalho interdisciplinar com relações mais horizontais (FIGUEREDO, 2017).

A enfermaria do NESA promove reuniões sistemáticas com a participação de toda a equipe formada por diversas especialidades, objetivando traçar estratégias de intervenção em

torno de um objeto em comum, debater e decidir sobre as questões complexas de saúde, para além dos aspectos biológicos dos adolescentes internados. Os (as) assistentes sociais trabalham nas diversas expressões da questão social, com relevante papel na construção de ações voltadas para o trabalho intrasetorial e intersetorial, vinculado ao Sistema de Garantia de Direitos dos Adolescentes, na efetivação da saúde em uma dimensão ampliada.

Neste sentido, os (as) Assistentes Sociais são requisitados (pela instituição, usuários e a própria equipe de saúde) para intervir nas questões do processo saúde-doença para além do setor saúde, recaindo a responsabilidade de articulação entre os setores, por meio das ações de: mobilização e contatos com profissionais e serviços socioassistenciais; construção de mecanismos de assistência à saúde pautada na contrarreferência, visando à garantia do acompanhamento e continuidade da assistência à saúde dos usuários; realização e participação de reuniões multidisciplinares, interdisciplinares, intra-institucional para discutir os determinantes de saúde dos usuários; realização de encaminhamentos, relatórios, laudos e pareceres para diferentes setores e instituições que compõe o Sistema de Garantia de Direitos, tendo em vista a viabilização de acesso a direitos nas diferentes políticas sociais.

Os dados da pesquisa do TCR apontaram que o Serviço Social da atenção terciária do NESA, vem sendo demandado a fazer articulações no interior da política de saúde (de forma intrasetorial), tendo em vista, promover discussões e reflexões sobre questões relacionadas ao processo de saúde-doença, buscar envolver outros profissionais na resolutividade de questões complexas de saúde e compartilhar responsabilidade com outros níveis de atenção na continuidade da assistência à saúde. Desta forma, os (as) assistentes sociais, em seu exercício profissional, visando à promoção da saúde em uma perspectiva ampliada e integral, fazem mediações e articulações entre as diversas políticas setoriais, sendo identificadas como as mais recorrentes: políticas de Assistência Social, educação, transporte e o setor sociojurídico (FIGUEREDO, 2017).

Com isso, a pesquisa da autora citada acima aponta que os (as) Assistentes sociais do NESA promoviam a articulação intersetorial com a política de Assistência Social, através da mobilização de serviços socioassistenciais de proteção básica com a finalidade de assegurar o acesso dos usuários e suas famílias aos serviços, programas e projetos, principalmente de transferência de renda (Benefício de Prestação Continuada e o Programa Bolsa Família). Também ocorriam articulações com a proteção social especial envolvendo situações de violações de direitos, risco pessoal e social. Neste campo, aconteciam ainda articulações com as instituições não-governamentais, do chamado terceiro setor, conveniadas ao Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

A política de educação também se configurava campo de atuação intersetorial do Serviço Social do NESA, objetivando encaminhamento para acesso ao ensino, sinalizar a necessidade de flexibilização ou adaptação do plano pedagógico frente ao agravamento do processo saúde-doença dos adolescentes, garantir apoio pedagógico aos adolescentes com deficiência e o direito à educação daqueles impossibilitados (as) de frequentar a escola devido ao seu quadro de adoecimento.

O setor de transporte/ locomoção consistia em outra demanda de articulação intersetorial, por meio de contatos com Secretarias de transportes de diferentes esferas governamentais e instituições filantrópicas com a finalidade do acesso à gratuidade e ao deslocamento para tratamentos fora da localidade de domicílio ou retorno domiciliar na pós-alta hospitalar. Sendo atribuído aos assistentes sociais desenvolver ações de orientação e encaminhamento para acesso à gratuidade no transporte público às pessoas com deficiência e doenças crônicas com o intuito de viabilizar a continuidade do tratamento. Para isso, muitas vezes os profissionais mediavam o processo de construção do diálogo entre os usuários e a equipe multi e interdisciplinar para acesso à documentação necessária para requerimento deste direito pelos usuários/ familiares nas instituições dos diferentes entes governamentais.

O Serviço Social também realizava interface com o campo do sociojurídico em uma perspectiva intersetorial, por meio de orientações, encaminhamentos, elaboração de documentos técnicos, objetivando viabilizar direitos; buscar soluções para questões referentes a violências e violações de direitos (envolvendo conflitos familiares e disputas de guarda; situações de violências de gênero, intrafamiliar e comunitária e negligência no tratamento à saúde).

O trabalho intersetorial com o setor Judiciário era realizado para assegurar o acesso a direitos relacionados a necessidades especiais de saúde, como: insumos (luvas, soros, seringas, fraldas, medicações, dietas nutricionais); equipamentos permanentes (cama hospitalar, colchão d'água, aspirador portátil, nebulizador), além de buscar a responsabilização do Estado/Município no fornecimento do suporte necessário para desospitalização e retorno ao convívio familiar e comunitário dos indivíduos em condições de adoecimento crônico e com necessidade de cuidados permanentes e especializados.

Cabe destacar que devido a dificuldades de acesso a rede pública de proteção social, os profissionais também buscavam responder estas demandas de cuidados de saúde, através da rede filantrópica conveniada ao SUAS, através de empréstimos e concessões destes equipamentos de reabilitação do processo saúde-doença.

Esse trabalho desenvolvido pelos (as) assistentes sociais, especialmente no nível terciário do NESA, visavam construir e fortalecer a atenção à saúde na perspectiva intersetorial, não se restringindo a meros encaminhamentos, mas construindo estratégias conjuntas com outros setores das políticas sociais frente às necessidades sociais da população atendida.

Nesta direção, pensamos que o trabalho intersetorial não é um processo espontâneo, pressupõe planejamento, dispêndio de tempo e corresponsabilização dos sujeitos/setores envolvidos para sua construção e materialização. Para isso, faz-se necessário planejar as ações, promover comunicação e interlocução com os profissionais, assim como negociação e construção de estratégia de intervenção em torno de objeto em comum, além da sistematização do trabalho realizado, a elaboração de documentos em matéria do Serviço Social e o acompanhamento dos desdobramentos sobre as questões apresentadas nos atendimentos.

No período da residência no NESA, foi possível constatar que as ações de natureza intersetorial ocorrem a partir das demandas de intervenção profissional, não sendo um processo construído e mediado pelos órgãos gestores das diferentes instâncias governamentais responsáveis pelo planejamento, gestão e execução das políticas públicas e sociais.

A pesquisa do Trabalho de Conclusão da Residência no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, realizada em 2017, apontou que a equipe de Serviço Social, apesar de inúmeros desafios, materializa ações de natureza intersetorial, mobilizando serviços socioassistenciais de diversas políticas, serviços sociais e programas que interferem no processo saúde-doença no âmbito das instituições governamentais e organizações não-governamentais, buscando assegurar o acesso a serviços e equipamentos de promoção e reabilitação da saúde, proteção social e garantia de direitos humanos e de cidadania. No entanto, ainda existe uma lacuna teórica sobre a discussão da intersectorialidade no interior da profissão.

Sendo assim, a partir do Trabalho de Conclusão da Residência surgiu o interesse em aprofundar esta temática, objetivando compreender o panorama da intersectorialidade na produção teórica do Serviço Social brasileiro, no âmbito da política de saúde pública.

Na área da Saúde, o debate sobre intersectorialidade emerge no contexto do Movimento da Reforma Sanitária, iniciado em 1970, que compreende o processo saúde-doença em uma concepção ampliada, não apenas restrita à dimensão biológica e individual, mas determinada social e historicamente.

O debate da intersetorialidade ganha destaque com a Seguridade Social, instituída na Constituição Federal de 1988, que traz a proposta da intersetorialidade ao estabelecer a articulação entre as políticas de assistência social, previdência social e saúde e reconhecer a importância da articulação de diferentes políticas sociais para promoção e acesso dos direitos sociais. Tal proposta de articulação da Seguridade Social, permeada por processos de retrocessos, descontinuidades e desafios, não se concretizou, pois inexistia desenho institucional de planejamento, gestão e execução em conjunto destas políticas.

A intersetorialidade surge contraposta ao contexto de desarticulação entre as políticas e setores e, apesar dos avanços e relevância no âmbito normativo, ainda constitui desenho de determinadas políticas sociais e programas governamentais, como da Assistência Social, e não avançou como diretriz estruturante das políticas sociais.

No âmbito da política de saúde, os princípios e diretrizes da integralidade, regionalização e descentralização apontam para necessidade de articulação dentro da mesma instituição e com diferentes políticas que intervêm nos determinantes do processo saúde-doença. Portanto, a intersetorialidade constitui estratégia importante na garantia dos direitos sociais, especialmente da saúde em sua concepção ampliada, nos moldes da Reforma Sanitária e das Leis 8.080 e 8.142 de 1990, frente à complexidade das expressões da questão social e dos desafios presentes na sociedade contemporânea.

Desta forma, o debate acerca da intersetorialidade é relevante na compreensão da configuração das políticas sociais e serviços públicos, historicamente marcados pela burocratização, paralelismo e fragmentação das ações. Cabe destacar que com as contrarreformas² do Estado, tem prevalecido a lógica da focalização, seletividade e fragmentação das políticas sociais. Por isso, a intersetorialidade pode constituir estratégia de superação da fragmentação entre os setores e práticas profissionais, além de bandeira de lutas e resistências na garantia e ampliação do acesso aos direitos e proteção social em uma perspectiva de integralidade.

² A “reforma” consiste em mudanças dentro do próprio capitalismo, sendo realizadas concessões aos trabalhadores, a exemplo, do Welfare State, buscando conservar a ordem e evitar a transformação revolucionária da sociedade capitalista. Para Behring (2008), as mudanças em curso implementadas a partir da década de 1990, sintetizadas pelo Plano Diretor da Reforma do Estado (1995) formulado por Bresser Pereira, não se trata de uma ‘reforma’ como designado pelos técnicos-burocratas, mas de uma contrarreforma regressiva por representar destruição de direitos, desmonte dos serviços públicos e submissão das necessidades dos trabalhadores aos interesses do capital. De acordo com este projeto as causas da crise fiscal estão no Estado, em função do excesso de regulação e ineficiência do serviço público. Por isso, defende a necessidade de reforma do Estado, abrangendo o ajuste fiscal; reformas econômicas direcionadas ao mercado, por meio das privatizações; reforma previdenciária; reforma do aparelho do Estado para aumentar a eficiência, na perspectiva gerencial; redefinição no papel do Estado na área social, transferindo as atividades não-exclusivas do Estado, como por exemplo, as políticas sociais para “organizações públicas não-estatais e privadas” (p. 182).

Neste sentido, a legislação brasileira referente à proteção social aponta para necessidade de articulação de diferentes instâncias governamentais, instituições/ setores e sujeitos para responder às múltiplas expressões da questão social. No entanto, tanto o estudo sobre o tema quanto a efetivação da intersetorialidade, tem se apresentado como desafio face ao projeto político-econômico de desmonte das políticas sociais e o consequente sucateamento dos serviços sociais.

Com isso, entende-se que a construção da intersetorialidade e sua efetivação requisita a atuação conjunta de diferentes segmentos na formulação, gestão e execução das políticas sociais, buscando atender os sujeitos em sua totalidade, exigindo esforços tanto de gestores como dos executores na garantia da integralização das políticas sociais. Contudo, “o cenário contemporâneo, marcado pela complexidade da questão social, faz da intersetorialidade um tema que desafia, do ponto de vista teórico e prático tanto os formuladores e implementadores de políticas sociais, quanto os estudiosos do assunto” (MONNERAT; ALMEIDA; SOUZA, 2014, p.13).

Desta forma, esta pesquisa da intersetorialidade - no âmbito da produção teórica do Serviço Social, tendo como campo a área da Saúde - pretende contribuir para as reflexões do debate acadêmico e para a construção do conhecimento na área referente à temática. Este estudo busca desvendar e analisar as concepções elaboradas nas produções do Serviço Social no âmbito da saúde a respeito da intersetorialidade e qual perspectiva norteia o exercício profissional dos (as) assistentes sociais.

Sendo assim, esta pesquisa pretende contribuir no debate teórico referente à intersetorialidade em uma perspectiva crítica, evidenciando as concepções e direções teórico-metodológicas as quais a categoria se vincula neste debate, evidenciando os limites e possibilidades na efetivação da intersetorialidade pelos Assistentes sociais na garantia dos direitos sociais, em especial do direito à saúde pública.

Desta forma, na construção das reflexões sobre a temática, o presente estudo estruturou-se em quatro capítulos.

No primeiro, intitulado "Estado e Política Social no capitalismo: reflexões sobre a conformação da Política de Saúde no Brasil", procurou-se demarcar a natureza do Estado na manutenção e reprodução da sociedade burguesa; analisar o processo de constituição e configuração sócio-histórico das políticas sociais, especialmente da saúde, a partir das transformações e contradições inerentes ao desenvolvimento do capitalismo, que mediante as lutas sociais, busca responder às expressões da questão social de forma fragmentada, objetivando evidenciar os projetos sociais em disputa na área social, sobretudo na política de

saúde, e os impactos no trabalho dos (as) Assistentes Sociais e, consequentemente, na construção da intersectorialidade.

Neste sentido, buscou-se apreender as mudanças no processo de produção e reprodução do capital, no contexto contraditório e de disputas, e as transformações nas relações sociais, econômicas, políticas e de trabalho, a partir da década de 1990, com a adoção do projeto neoliberal. Com a implementação desse projeto no Brasil as políticas sociais foram afetadas diretamente pela redução dos investimentos na área social, desresponsabilização do Estado pelas respostas das contradições entre capital e trabalho e mercantilização dos serviços sociais. Assim, foram aprofundadas as desigualdades, precariedade das condições de vida e destruição de direitos humanos e sociais, comprometendo a assistência à saúde em sua dimensão ampliada e o atendimento das necessidades da população em sua integralidade.

No segundo capítulo, intitulado "Trabalho e Serviço Social", procurou-se apreender as formas de objetivação do trabalho e suas transformações nesta sociedade, inclusive na área do Serviço Social, considerando que o trabalho intersectorial em uma perspectiva crítica, pressupõe articulação com os processos históricos, econômicos, sociais de (re) produção da sociedade burguesa e não restrita a procedimentos administrativos.

Sendo assim, fez-se a discussão do Serviço Social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho e partícipe do trabalho coletivo, com destaque para a dimensão interventiva, tendo em vista que o Serviço Social atua majoritariamente na execução das políticas sociais e emergem no cotidiano, requisições e necessidades de concretização da intersectorialidade no exercício profissional. Porém, entende-se que o Serviço Social, na objetivação do seu trabalho e materialização do caráter interventivo, utiliza-se da instrumentalidade que - para além do conjunto de instrumentos e técnicas - é uma expressão da articulação das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa na concretização das ações, objetivos e finalidades da profissão (GUERRA, 2000c).

Neste sentido, no capítulo 3, intitulado "O debate conceitual e o trabalho dos Assistentes Sociais da Saúde na construção da intersectorialidade", desenvolveu-se a análise conceitual presente na literatura acerca da intersectorialidade, procurando desvelar sua relação com as categorias de interdisciplinaridade, descentralização e integralidade, relacionando a intersectorialidade ao contexto das relações sociais e aos processos estruturais e conjunturais que moldam a política social e o trabalho do Serviço Social.

Além disso, é realizada a discussão da intersectorialidade no trabalho do Serviço Social na área da saúde apontando que, em razão da formação e objeto, faz parte da do trabalho do assistente social atuar de forma intersectorial, constituindo uma particularidade da profissão o

conhecimento e a articulação dos serviços e políticas na viabilização de direitos, proteção social e integralidade de atendimento.

No último capítulo, intitulado "Política de Saúde, Intersetorialidade e Serviço Social: uma análise a partir da produção do conhecimento dos Assistentes Sociais" apresentou-se o caminho metodológico da pesquisa e o tratamento dos dados identificados e sistematizados junto a CAPES, conforme critérios estabelecidos no objeto de estudo. Foi traçado o panorama da produção do Serviço Social na área da saúde sobre a intersectorialidade, especificados os conceitos e categorizadas as principais concepções, perspectivas e sentidos de intersectorialidade referenciadas e elaboradas pelo Serviço Social.

Por fim, são evidenciados os desafios na construção da intersectorialidade no âmbito da política de Saúde e no exercício profissional do Assistente Social, frente ao contexto econômico, social e cultural; a histórica fragmentação e desarticulação das políticas públicas de proteção social; as disputas políticas, ausência de gestão e ações conjuntas nos diversos setores de operacionalização das políticas sociais, além da falta de infraestrutura dos serviços e déficit de recursos humanos.

Portanto, é imprescindível considerar e desvelar este contexto, contraditório e de disputas, pois impacta o trabalho dos assistentes sociais e pode apontar as possibilidades de constituição da intersectorialidade na direção da integralidade.

1 ESTADO E POLÍTICA SOCIAL NO CAPITALISMO: REFLEXÕES SOBRE A CONFORMAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Antes de problematizar sobre o surgimento da proteção social, seja no contexto internacional ou nacional, é importante pontuar, ainda que brevemente, a natureza do Estado e sua função na garantia da manutenção e reprodução da sociedade capitalista.

Na sociedade capitalista, o Estado assume o papel de defender os interesses da classe burguesa, sendo uma “forma de organização que os burgueses criaram para si, tanto em relação ao exterior quanto ao interior com a finalidade de garantirem reciprocamente suas prioridades e seus interesses” (MARX apud COUTINHO, 1994, p. 19).

Neste sentido, o Estado na sociedade capitalista assume o monopólio de representação do interesse comum ou universal, mas na verdade atua na defesa dos interesses da classe dominante. No Manifesto do Partido Comunista, publicado em 1848, Marx e Engels definem a concepção do Estado moderno como: “um comitê para gerir os negócios comuns de toda a burguesia”. Segundo eles, o Estado consiste no poder organizado por uma classe para opressão à outra (COUTINHO, 1994, p. 20).

De acordo com Coutinho (1994), o Estado, nesta concepção, se expressa por meio dos “aparelhos burocráticos-executivos” e “repressivos”, isto é, pelo domínio da classe dominante realizado pela coerção. Sendo assim, Marx, em função do contexto histórico, compreendia o Estado em uma dimensão restrita na qual o poder era exercido primordialmente pelo uso da força: coerção.

O conceito de Estado é ampliado por Gramsci em função de ele ter vivenciado um período histórico e geográfico de desenvolvimento capitalista, com novas configurações do Estado, assim como o rico processo de lutas revolucionárias, o que possibilitou a análise de novas determinações da complexidade da realidade social.

A análise de Estado desenvolvida por Gramsci ocorreu a partir das contribuições teóricas de Marx e Lênin. Assim, incorporou os conceitos de Marx sobre a base material de estruturação da sociedade em classes, o papel das lutas e da consciência de classe no processo de transformação e superação da sociedade burguesa. Além disso, utilizou o conceito de hegemonia para compreensão da ordem burguesa, destacando sua centralidade na difusão dos valores, normas e comportamentos morais da classe dominante ao conjunto das relações sociais. Gramsci acrescenta que o Estado também atua na reprodução da hegemonia burguesa através de sua estrutura burocrática para manutenção das relações sociais da sociedade capitalista (CARNOY, 1986).

Em Gramsci o conceito de Estado é analisado como momento da superestrutura, que possui duas esferas: ‘sociedade civil’ e ‘sociedade política’. Esta se refere ao conjunto de aparelhos através dos quais a classe dominante exerce o “monopólio legal” ou uso da força, compreendendo os aparelhos coercitivos, ligados às forças armadas e sistema de justiça, empregados pela burocracia- estatal (COUTINHO, 1994).

Neste sentido, a originalidade de Gramsci reside na definição de sociedade civil, pois ao contrário de Marx, no qual a sociedade civil corresponde ao momento da estrutura, para ele, a sociedade civil é uma esfera da superestrutura e relaciona-se ao conjunto de instituições “responsáveis pela representação dos interesses de diferentes grupos sociais, bem como pela elaboração e/ou difusão de valores simbólicos e de ideologias”, sendo formada pelas instituições sociais como: escolas, igrejas, partidos políticos, organizações profissionais, meios de comunicação e instituições científicas e artísticas (Idem, 1994, p. 53-54)

É no interior da sociedade civil que a classe dominante busca a formação e difusão de sua ideologia hegemônica, ou seja, busca ganhar adesão e consentimento das classes subalternas para seus projetos, por meio do consenso, e promover a direção social, enquanto a sociedade política tem a função de dominação pelo exercício da coerção. Desta forma, a hegemonia é formada pela síntese entre consenso e coerção. Assim, quando a classe dominante detém o poder político, mas não possui o consenso, pode haver tensão e conflito social.

Sendo assim, para o Estado preservar a hegemonia da classe dominante, realiza a “Revolução Passiva” que consiste em concessões, reformas pela classe dominante, excluindo as classes subalternas dos processos decisórios, a fim de evitar mudanças estruturais e transformações revolucionárias da ordem social estabelecida.

1.1 Transformações do Capital/Trabalho e a configuração das Políticas sociais

As políticas sociais se gestam na ascensão do capitalismo, no período da Revolução Industrial com as lutas de classes e a demandas da intervenção do Estado nas relações de produção. A expansão das políticas sociais é demarcada pela passagem do capitalismo concorrencial ao monopolista.

Desta forma, segundo Behring e Boschetti (2011), as legislações inglesas são seminais à política social, tendo se desenvolvido no período precedente à revolução Industrial. Essas legislações tinham “caráter repressivo e punitivo” e não de proteção, cujo objetivo era “estabelecer o imperativo do trabalho” e “proibir a mendicância dos pobres válidos” (p. 48).

Na metade do século XX, os trabalhadores deram início ao processo de lutas e manifestam-se contra a exploração do trabalho, jornadas prolongadas (extração de mais-valia absoluta) e colocaram como pleito o aumento do valor da força de trabalho (salário). No entanto, a classe dominante respondia a essas questões através do braço repressor do Estado ou fazendo concessões pontuais. Com isso, o Estado como expressão do poder político da classe dominante assume a função da regulamentação das relações de produção e repressão dos trabalhadores, por meio da legislação fabril.

Assim, no liberalismo, demarcado entre meados do século XIX até a terceira década do século XX, representado pelos pensadores Adam Smith e David Ricardo, defendia-se a mínima intervenção do Estado. Entende-se que este tinha o papel de garantir a base legal para promover as condições do livre mercado, enquanto era atribuído ao mercado a regulação das relações econômicas e sociais, assim como a provisão do bem-estar social (BEHERING; BOSCHETTI, 2011).

No contexto do liberalismo defendia-se um Estado mínimo com apenas três funções: “a defesa contra os inimigos; a proteção de todo o indivíduo de ofensas dirigidas por outros indivíduos; e o provimento de obras públicas, que não possam ser executadas pela iniciativa privada” (BOBBIO, 1988 apud BEHERING; BOSCHETTI, 2011, p. 60). O Estado possuía uma dimensão restritiva, responsável pela função coercitiva e infraestrutura pública para garantir a produção e reprodução do capital.

Desse modo, postulava-se que o Estado não deveria atuar na regulação do trabalho e nem intervir no atendimento das necessidades sociais, embora fosse responsável por garantir os interesses burgueses, através de um conjunto de ações voltadas para o desenvolvimento do livre mercado.

Sendo assim, os valores hegemônicos do liberalismo baseavam-se na ênfase do individualismo, no qual cada um era responsável pelo seu bem-estar e de sua família, através do mérito; o predomínio da liberdade abstrata; a naturalização da pobreza, dissociando-a das relações de produção, compreendida como questão moral; a defesa de políticas sociais paliativas, prestadas apenas para determinados grupos sociais que não tinham condições competitivas no mercado. Nesta concepção, o Estado não deveria garantir políticas sociais, pois, segundo os liberais, estimulavam o desinteresse pelo trabalho, geravam acomodação e também reproduzia a pobreza (BEHERING; BOSCHETTI, 2011). Desta forma, o Estado liberal tinha o papel da defesa dos direitos civis: direitos à vida, à liberdade, à segurança e propriedade, possuindo um caráter restrito, de repressão.

No entanto, com processo de lutas da classe trabalhadora e a nova configuração do capital ocorrem mudanças na natureza do Estado no final do século XIX e início do século XX. De acordo com Behring e Boschetti (2011), o ideário liberal é enfraquecido com o crescimento do movimento operário e com a concentração do capital que coloca em xeque a ideologia do empreendedor individual, além da crise de 1929 que desmonta o argumento da regulação natural do mercado. Surge então como saída da crise a intervenção do Estado na economia, por meio do fundo público, com a implementação de um conjunto de medidas anti crise.

Sendo assim, a passagem do século XIX para o século XX é marcada pela crise do capitalismo concorrencial e transição para a fase monopolista, sob a hegemonia imperialista norte-americana e forte lutas de classe. No enfrentamento das crises cíclicas do capital são adotadas profundas alterações nos padrões de acumulação e regulação. Assim, com o fim da Segunda Guerra Mundial são criadas diversas organizações multilaterais para regular a nova ordem mundial.

Neste sentido, buscando saídas para a crise do capitalismo ocorrida em 1929 e, sobretudo, buscando encontrar formas de expansão do capital após a Segunda Guerra Mundial, John Marynard Keynes, em 1936, publica a obra “Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda”, que defende maior intervenção do Estado na economia. É com base em suas ideias que surge o denominado Estado Keynesiano.

Este período também é influenciado pelo modelo de produção desenvolvido por Ford na indústria, baseado na produção em série para o consumo em massa e da concepção de gerenciamento científico de Taylor que, de acordo com Harvey (1993), defendia a decomposição dos processos produtivos e a separação da organização das tarefas do trabalho em concepção, gerência, execução e controle, além de rígido controle do tempo em cada etapa da produção.

Segundo Harvey (1993), com a articulação do keynesianismo e fordismo, surgiu um novo regime de acumulação denominado de fordista- taylorista, tendo por modelo de regulação o Keynesianismo, vigente entre o período de 1945 até 1973. Esse regime exigiu um conjunto de ações para formar uma nova cultura e moldar um novo tipo de sociabilidade, de trabalhador e de sujeito - tanto em relação à produção quanto à reprodução social - em consonância com a lógica da sociedade burguesa.

O fordismo, associado ao taylorismo, incorpora inovações no processo produtivo, reduz a jornada de trabalho (introduz o dia de 8 horas e 5 dólares), obrigando o trabalhador a adquirir a disciplina necessária para realização das tarefas na linha de montagem, além de

aumentar os salários dos trabalhadores, tendo por objetivo o aumento da produtividade e elevação do consumo, através de maior renda e tempo para o lazer.

Desta forma, o regime de acumulação fordista possui como características: criação de linha de montagem em série; tecnologia de base eletromecânica; estímulo ao consumo em massa, tendo em vista a realização da mais-valia; trabalho parcelar, fragmentado; a fábrica “autossuficiente” (concebe todo o processo produtivo); padronização dos produtos; trabalhador especializado, responsável por cumprir apenas uma tarefa; novas funções no âmbito do Estado, entre elas o fomento das políticas sociais pautadas na ampliação de direitos e instituições de fomento ao bem-estar social. Esse regime se disseminou e expandiu mundialmente em busca de novos mercados, embora de maneira desigual.

Na fase do capitalismo monopolista, o desenvolvimento de tecnologia de ponta foi crucial para potencializar a produtividade e a extração de mais-valia, gerando uma revolução técnico-científica que provocou mudanças nas matrizes energéticas e tecnológicas. Neste sentido, o Estado passa a ter um papel fundamental na reprodução e expansão do capital, a partir da II Guerra Mundial, passando a intervir ativamente na política macroeconômica, ou seja, na produção e em suas relações sociais, através do fundo público.

O Estado, neste período, passa a desempenhar novas funções, não apenas de coerção, mas a partir do contexto de lutas sociais da classe trabalhadora, também participa dos processos de construção de consenso, assumindo um papel de regulação da relação entre capital e trabalho. Portanto, o Estado começa a intervir ativamente na produção e reprodução, tanto do capital quanto da força de trabalho. Desta forma, incorpora demandas dos trabalhadores, aprova diversas legislações de proteção social e institui políticas sociais de fomento ao bem-estar social.

Com isso, o Estado, através do fundo público, assume o papel de regulação econômica por meio de um conjunto de políticas fiscais, de crédito e também de formulação, bem como de implementação de políticas sociais que garantem a reprodução da força de trabalho e, ao mesmo tempo, possibilitam a acumulação do capital.

Assim, as políticas sociais enquanto salários indiretos desempenham a função de socialização de parcela dos custos da produção e liberação de parte da renda do trabalhador para realização do consumo. Também colaboram para manutenção do exército industrial de reserva, podendo se transformar em mecanismo de controle social.

Desta forma, as políticas sociais e os padrões de proteção social são mecanismos que o Estado utiliza para enfrentar as múltiplas expressões da questão social no capitalismo e

configuram-se de acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e o período sócio-histórico.

Neste sentido, o surgimento das primeiras legislações e medidas de proteção social, ocorreu no final do século XIX, no contexto de fortes mobilizações da classe trabalhadora. Assim, o marco da intervenção estatal na política social foi pela lógica do seguro, quando em 1883, no governo do chanceler Otto Van Bismark, foi instituído o primeiro “seguro-saúde nacional obrigatório”, voltado para categorias específicas de profissionais, destinado a cobrir incapacidades, em função de determinadas contingências, como velhice, doenças e desemprego. Esse modelo é identificado como sistema de seguro social cujo acesso a direitos e benefícios é condicionado à contribuição prévia (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 65).

No entanto, as políticas sociais se expandem no período do *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social, com a influência do plano *Beveridge*, publicado em 1942, na Inglaterra, que incorpora nova lógica na organização das políticas sociais. Desta forma, amplia o conceito de seguridade social e o sistema de proteção social com caráter mais universal, não contributivo, passou a ser destinado a todos os cidadãos, inclusive com garantia de mínimos sociais aos que estão em condições de necessidade. O financiamento é oriundo de impostos fiscais e gestão pública. Cabe ressaltar que esse modelo de proteção social se constitui por diversos e variados padrões tanto nos países do capitalismo central quanto periférico, seja em relação aos tipos de financiamento, cobertura e condições político-econômicas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

De acordo com as autoras acima citadas, as políticas sociais e os padrões de proteção social surgem como mecanismos de enfrentamento, de forma fragmentada e setorializada, às múltiplas expressões da questão social. Desta forma,

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos organizados de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, P.64)

Esse modelo de Estado, nos primeiros 30 anos, ‘gloriosos’ ou de ‘ouro’, foi marcado por forte expansão, altas taxas de crescimento econômico, possibilitando intensa concentração de capitais e redefinição da divisão internacional do trabalho

Com isso, no modelo de produção e proteção social do pós-guerra, o Estado, por meio do fundo público, assume o financiamento das condições para ampliação e valorização do capital, fomentando o crédito, a infraestrutura, a produção da ciência e tecnologia, assim

como da reprodução da força de trabalho com a ampliação dos direitos e da rede de proteção social ligada ao trabalho.

O regime de acumulação fordista-keynesiano entra em declínio com nova crise do capitalismo, iniciada em 1973, em decorrência de alguns aspectos, tais como: a crise do petróleo; queda tendencial da taxa de lucro, em função do aumento do preço da força de trabalho e conquistas de direitos após-45; mundialização e financeirização do capital e crise do bloco soviético.

Na verdade, a crise do fordismo e keynesianismo surge como expressão fenomênica da crise estrutural do capitalismo e de tendência da queda das taxas de lucro, que como resposta exige a “reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação”, que provoca fortes repercussões nas condições materiais e subjetivas da classe trabalhadora (ANTUNES, 1999, p. 31).

Com a crise da década de 1970, marcada pelo processo de superprodução e superacumulação, ocorre à queda da taxa de lucro do capital, com isso, é formulado novo projeto político econômico da classe dominante propondo saídas para a crise. Por outro lado, o capital financeiro se expande e os Estados nacionais abrem as fronteiras para a financeirização da economia.

Neste sentido, a partir da década de 1970, é implementado o atual Regime de Acumulação Flexível, que estabelece um conjunto de medidas de reestruturação econômica, política e social. Com isso, em contraposição ao regime de acumulação fordista-keynesiano, instaura-se a “flexibilidade nos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e padrões de consumo”. Surgem novas mudanças culturais, sociais e tecnológicas, tendo por modelo de regulação o neoliberalismo. (HARVEY, 1993, p. 140)

O regime de Acumulação flexível “Caracteriza-se pelo surgimento de setores inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional”. Este regime impõe mudanças no padrão de “desenvolvimento desigual, tanto entre os setores como entre regiões geográficas”, com crescimento de empregos nos setores de serviços e instalação de complexos industriais em países em desenvolvimento. Para ele, esse período envolve um novo movimento chamado ‘compressão do espaço-tempo’ (HARVEY, 1993, p. 140).

Os governos de diversos países passam a implementar a agenda neoliberal, sendo inclusive adotadas políticas de ajustes fiscais por governos de esquerda, a partir da década de 1980 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Assim, em um processo de mundialização da

economia, o projeto neoliberal, com a associação da hegemonia do capital financeiro, provoca a diminuição do investimento no setor produtivo em função de remuneração sob a forma de juros, impondo suas regras e sua lógica de acumulação aos Estados nacionais.

Para os neoliberais a crise resultou do poder excessivo dos sindicatos e aumento dos gastos sociais realizados pelo Estado. Assim, defendem a mínima intervenção do Estado na economia, a redução do tamanho do Estado, promovendo cortes sociais, contrarreformas e ajustes fiscais. Mas cabe ressaltar que nos períodos de crises os Estados utilizam o orçamento público para socorrer as finanças do grande capital, além de realizar renúncias, isenções em benefício do grande capital, como por exemplo, no Brasil.

Portanto, o projeto político e econômico da classe dominante é difundido, tendo em vista obtenção de consenso, com isso, “os aparelhos privados de hegemonia”, incluindo os meios de comunicação (empresariais) possuem papel fundamental na disseminação da ideologia hegemônica burguesa, de seus projetos e interesses para o conjunto da sociedade.

O Estado, enquanto representante dos interesses da classe dominante, assume papel ativo na desregulamentação, privatização de serviços estatais, assim como de liberalização de ativos econômicos, humanos e naturais para acumulação e valorização do capital, à custa dos interesses coletivos da maioria da população e da classe trabalhadora.

Neste sentido, o projeto político-econômico neoliberal utiliza-se dos aparelhos privados de hegemonia para formar consensos no âmbito da sociedade civil e papel ativo do Estado, com a finalidade de deslegitimar e criminalizar as lutas da classe trabalhadora; desregulamentar e flexibilizar direitos trabalhistas e sociais; enfraquecer as organizações sindicais e precarizar as condições e relações de trabalho.

Desta forma, o Estado passa a realizar o desmonte do sistema de proteção social, e em nome da crise fiscal e redução de custos, privatizar e mercantilizar serviços públicos, reduzindo os gastos na área social, preconizando a remuneração do capital financeiro, através do pagamento da dívida pública.

1.2 As Políticas Sociais no Brasil

No Brasil, o desenvolvimento do modo de produção capitalista ocorre de forma combinada e desigual, em uma relação de dependência ao capitalismo dos países centrais. Além disso, a formação social se configura com fortes marcas do processo de colonização e escravidão. Com isso, o Estado se expressa como instrumento de decisão política,

responsável por institucionalizar os interesses da elite burguesa (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

De acordo com as referidas autoras, em razão da formação histórica do Brasil, marcada pelo escravismo, no século XIX, não houve um movimento de lutas operárias. Apesar da presença da questão social e do pauperismo no país, somente na primeira década de XX a questão social emerge como questão política com as lutas dos trabalhadores e primeiras legislações relacionadas ao mundo do trabalho.

A primeira iniciativa de proteção social surgiu na década de 1920, com a aprovação da Lei Eloy Chaves, que institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) destinadas a algumas categorias profissionais (como ferroviários e marítimos) e financiadas pela União, empregadores e empregados, mas organizadas por empresas privadas. Eram previstos benefícios, conforme as contribuições, de “assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral” (BRAVO, 2006, p. 3)

Na década de 1930, inicia-se o processo de industrialização do país, colocando como desafios a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação, exigindo a intervenção do Estado e sua redefinição nas respostas às reivindicações dos trabalhadores a essas expressões da questão social (BRAVO, 2006).

Neste sentido, as políticas sociais se desenvolveram, a partir do Estado Novo, de forma crescente para responder às expressões da questão social produzidas no processo de industrialização e urbanização do país. Neste período, o Estado realiza o processo denominado de revolução passiva, incorporando as demandas da classe trabalhadora, ao mesmo tempo, excluindo-os dos processos decisórios, tendo o objetivo de conter o potencial revolucionário da classe trabalhadora, passando a atuar na regulamentação das relações de trabalho e enfrentamento da questão social, para além da repressão e questão de polícia.

Assim, a proteção social no país surgiu atrelada ao trabalho e, por um longo período, o acesso à cidadania era regulado pela via do mercado de trabalho formal. Sendo instituído pelo Estado, a partir da década de 1930 um conjunto de medidas de regulação social como, por exemplo, a carteira de trabalho e o sistema público de previdência e saúde.

O Sistema Público de Previdência originou-se com os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), criadas em 1933, abrangendo categorias profissionais estratégicas, tendo por objetivo cobrir a perda da capacidade laborativa decorrentes de doenças, invalidez, morte e

idade avançada, contudo, com pouca uniformidade e em uma lógica de seguro (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Outro marco foi a criação da Legião Brasileira de Assistência Social (LBA), em 1942, coordenada pelo primeiro-damismo, com fortes marcas clientelistas e de favor e cunho assistencialistas na relação entre Estado e sociedade. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Apenas com a Constituição Federal de 1988 a Assistência Social é transformada em política pública e garantida como direito.

No contexto da ditadura militar ocorre a expansão da cobertura das políticas sociais e, contraditoriamente, a restrição dos direitos políticos civis e políticos. No final da década de 1970, este regime político entra em declínio impulsionado por fatores internos e externos. Nos anos de 1980 inicia-se um processo de redemocratização do país e, através de amplo movimento de lutas sociais e disputas, elabora-se a Constituição Federal de 1988 com avanços quanto aos direitos humanos, políticos e sociais, especialmente, na regulamentação da Seguridade Social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A aprovação da Constituição de 1988 e, consequentemente da seguridade social brasileira, aconteceu em um contexto de adoção do neoliberalismo no cenário mundial, que preconiza e promove a reestruturação produtiva, desregulamentação dos direitos sociais, flexibilização das relações trabalhistas e desmonte dos direitos sociais, afetando diretamente a implementação das políticas públicas e sociais. Por isso, ocorre tensionamento entre a previsão do texto legal e a efetivação do direito na realidade.

Sendo assim, as mudanças ocorridas no capitalismo contemporâneo, com a implementação do regime de acumulação flexível e o neoliberalismo, provocaram profundas transformações nas relações entre Estado e sociedade, nos padrões de financiamento e execução de serviços sociais e no mundo do trabalho, no Brasil a partir de 1990.

Conforme Behring e Boschetti (2001), a partir da década de 1990, sob a égide do projeto neoliberal, implementa-se no Brasil o processo de contrarreforma³ do Estado e, em nome do ajuste fiscal e eficiência do Estado, são criadas instituições sociais e regulamentado o terceiro setor, tendo em vista transferir a responsabilidade estatal na execução das políticas sociais. Assim, as políticas sociais passam a ser direcionadas pela lógica da focalização, privatização e descentralização.

O Estado reduz a atuação na área social, delegando esta função para iniciativas do chamado “terceiro setor”. Além disso, o Estado, atendendo interesses econômicos, promove o

³ Ver análises de Behring (2003).

desmonte e desfinanciamento das políticas e serviços sociais, visando à transformação dos direitos sociais em mercadoria e a utilização de mecanismos de criminalização/ repressão e assistencialismo para enfrentamento da questão social.

1.3 Contexto histórico da Política de Saúde no Brasil

A intervenção estatal no campo da saúde pública⁴ no Brasil ocorreu a partir da década de 1930, devido às transformações na sociedade nos planos econômicos e políticos (BRAVO, 2006). Antes desse período a assistência médica era ofertada por práticas liberais e ações caritativas e filantrópicas, exercidas por instituições como a Santa Casa, destinadas aos pobres e indigentes. A saúde pública baseava-se em soluções imediatas, com campanhas e vacinação obrigatória.

Com a substituição das CAPs pelos IAPs, as intervenções do Estado na área da saúde passaram a ser realizadas através de “dois eixos: saúde pública e medicina previdenciária” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 107). A saúde pública destinava-se a campanhas sanitárias e a medicina previdenciária às categorias profissionais ligadas aos IAPs. Desta forma, a assistência à saúde no Brasil se desenvolveu, predominantemente, no âmbito da previdência social, buscando recuperar a saúde do trabalhador, mas apenas o trabalhador formal tinha direito à medicina previdenciária, em uma lógica de cidadania regulada.

Em 1960 foi criada a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS) que garantiu a uniformização dos benefícios. Em 1966, no contexto da ditadura militar, são unificados os IAPS, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que uniformizou e centralizou a previdência social, principal órgão de financiamento dos serviços de saúde, vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974. Com a unificação dos IAPs amplia-se a cobertura, embora a estrutura pública dos serviços não tenha se expandido na mesma proporção, havendo uma decisão política de favorecer a expansão das instituições prestadoras de serviços privados.

A criação do INPS constituiu fator importante na conformação do modelo médico-assistencial privatista, no qual se privilegia “a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública” e favorece um padrão de assistência à saúde orientada para lucratividade do setor saúde (MENDES, 1993, p. 24).

⁴ Na contextualização do processo histórica de formação da Política de Saúde Pública utilizou-se produção, de nossa autoria, do Trabalho de Conclusão de Residência: A intersetorialidade no processo de trabalho do Serviço Social na garantia do direito à saúde de adolescentes hospitalizados no NESA (FIGUEREDO, 2017).

O referido autor afirma que em 1975, tendo por base as diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, é promulgada a lei 6229 que institui o modelo médico- assistencial privatista, regulamentando as competências das instituições públicas e privadas. Com isso, a ‘saúde pública’ não rentável ficava destinada ao setor estatal e ‘atenção médica’, rentável, era prestada pelo setor privado. O Estado assume a opção de incentivar e financiar o setor privado, por meio de convênios, contratos com médicos e hospitais existentes no país e pagamento dos serviços produzidos, propiciando o “aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial” (POLIGNANO, 2001, p. 15).

Segundo Polignano (2001) e Mendes (1993) esse sistema tornou-se tão complexo, dentro da estrutura do INPS que levou à criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978, consolidando uma estrutura administrativa própria e apresentando forte centralização do poder político.

Conforme Cavalcanti e Zucco (2008), no final dos anos de 1970, o sistema de saúde era dividido em dois subsistemas: a) saúde pública, destinada à população que não estava vinculada ao mercado formal de trabalho, administrado pelo Ministério da Saúde, criado em 1953, responsável pela medicina preventiva e b) medicina previdenciária, destinada aos trabalhadores formais, com carteira assinada, contribuintes da previdência social, que tinha como gestor o Ministério da Previdência e Assistência Social e suas ações eram voltadas à especialização clínica e medicina hospitalar.

Com a crise econômica e política da ditadura militar, o modelo de saúde previdenciária começa a revelar problemas como: “aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente”; “incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema” (POLIGNANO, 2001, p. 17).

No cenário internacional, as Conferências de Saúde, como a de Alma-Ata de 1978, colocam a necessidade de expansão da modalidade assistencial de baixo custo para a população excluída pelo modelo médico-assistencial privatista. Neste contexto, surge no Brasil o movimento contra-hegemônico nas Universidades influenciado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e são criados os Departamentos de Medicina Preventiva onde se gestou e difundiu um pensamento crítico ao modelo de saúde vigente e constitui a base político-ideológica do Movimento da Reforma Sanitária (MRS).

Desta forma, o Movimento da Reforma Sanitária surge, na década de 1970, fazendo críticas ao modelo de saúde vigente e questionando a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, entendendo o processo saúde-doença em suas multidimensões. Desta forma, propõe transformações nos três níveis de práticas: teórica, voltada para construção do saber; ideológica, cujo objetivo era a transformação da consciência; e o político que buscava a transformação das relações sociais, assim como a criação de outro modelo de saúde. (PAIM, 1997)

Tendo como referência as recomendações internacionais e a necessidade de expandir a cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), sendo o primeiro programa de medicina simplificado do nível Federal que absorve técnicos oriundos do Movimento Sanitário no aparelho do Estado. Esse Programa se expande no território nacional, resultando na expansão da rede ambulatorial pública.

Com o processo de redemocratização do país, surgem diversos movimentos sociais na arena pública. No âmbito legislativo emergem projetos e grupos de interesses distintos para a política de saúde.

Em 1983, foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), que cria a infraestrutura fundamental da rede de cuidados básicos de saúde para o desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização do sistema de saúde.

Desta forma, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, marcada pelo caráter democrático, com participação de forças sociais e representantes da área da saúde, envolvendo as conferências nos níveis municipais, estaduais e federal, incorporou as discussões formuladas pelo Movimento da Reforma Sanitária.

De acordo com Mendes (1993) a Reforma Sanitária estabelece três conceitos relacionados à saúde. O primeiro diz que a saúde: “define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”. Sendo, portanto, “o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. O segundo coloca a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, não no sentido de cidadania regulada, mas plena. E, por último, propõe a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, criando o Sistema Único de Saúde.

Em 1987, por meio do Decreto 94.657, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), incorporando os princípios da reforma Sanitária, mas segundo Mendes (1993), reforçando os mecanismos de universalização excludente. Assim,

não conseguiu superar as relações de corporativismo e clientelismo estabelecidas entre Estado e sociedade.

O Projeto da Reforma Sanitária composto por profissionais da saúde, pesquisadores e representantes da sociedade civil organizada, formou um processo de lutas e mobilizações para a democratização da saúde e a materialização da concepção ampliada de saúde na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde.

Neste contexto, a Constituição Federal de 1988, também chamada de Constituição cidadã, inaugura nova configuração dos direitos e estabelece como direitos sociais: “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (art. 6º).

No capítulo da seguridade social, define a saúde como direito de todos e dever do Estado: “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196). Além disso, estabelece as bases de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade no atendimento, bem como, regionalização, com base no território e respeitando a necessidades de cada região; hierarquização segundo grau de complexidade e tecnologia dos serviços, divididos por níveis de atenção (primária secundária e terciária); descentralização político-administrativa nas três esferas federativas, e participação da comunidade no controle social democrático, com a função de propor e fiscalizar as ações de saúde.

Neste sentido, o direito à saúde foi regulamentado por duas leis orgânicas. A Lei 8080/90, que estabelece as ações e serviços de saúde, em âmbito nacional, reconhecendo como determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” e ressalta a saúde como expressão da organização econômica e social do país, ampliando assim, o conceito de saúde, não como ausência de doença, mas como produto das relações sociais e destas como o meio físico, social e cultural. A outra é a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da sociedade civil na gestão do SUS e da transferência de recursos financeiros intergovernamentais para área da saúde. A referida lei institui mecanismos de controle pela sociedade na gestão do SUS, mediante as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Sendo assim,

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (art. 1º§1º).

Enquanto os Conselhos de Saúde

em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (art. 1º§ 2º).

Esses espaços representam os interesses contraditórios e antagônicos da sociedade, por isso são permeados de conflitos, dissensos e disputas, por outro lado, podem contribuir para a democratização das decisões, no reconhecimento de novos direitos, na construção das respostas às necessidades sociais e na alteração da correlação de forças em disputas em prol do fortalecimento dos interesses dos trabalhadores. Além disso, possibilita à sociedade civil interferir na elaboração, gestão, implementação e fiscalização das políticas públicas. Desta forma, a participação social estabelece novas bases de relação entre Estado e sociedade no acesso às políticas públicas e serviços sociais.

Neste sentido, o SUS se estrutura a partir da descentralização política-administrativa, com a transferência de responsabilidade e recursos públicos dos níveis federais e estaduais para os entes municipais na execução dos serviços, frente às especificidades, diversidade e complexidade das esferas regionais. As Conferências e Conselhos de Saúde também se organizam de forma descentralizada, fortalecendo assim o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas e na construção e consolidação da democracia de massas, cidadania e justiça social.

A saúde pública, historicamente, tem sido um campo de disputas e interesses antagônicos. Com isso, o SUS vem sofrendo pela correlação de forças, tendo de um lado o setor privado que defende a saúde como mercadoria, fonte de lucro e de outro os grupos progressistas da sociedade civil que defendem a saúde como direito de todos, promovida pelo setor público (BRAVO; MENEZES, 2011).

Desta forma, no campo da saúde existem dois projetos em disputa: o da “Reforma Sanitária”, vinculado ao Estado Democrático e de Direito, que propõe uma nova relação entre Estado e Sociedade Civil, com primazia do Estado na condução e execução das políticas sociais e o “projeto de saúde articulado ao mercado ou reatualização do modelo médico assistencial privatista” (BRAVO; MATOS, 2012, p. 203), voltado aos interesses econômicos do grande capital e lucratividade neste serviço.

Neste sentido, o direito à saúde na perspectiva de Seguridade Social, tal como inscrita na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas, baseado no Projeto de Reforma Sanitária, encontra-se ameaçado. Conforme Correia (2011, p. 43) “na década de 1990, o SUS foi alvo das contrarreformas neoliberais que têm atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde”.

Assim, conforme Bravo e Matos (2012), o modelo de saúde “articulado ao mercado ou reatualização do modelo médico-assistencial privatista” está associado à Política neoliberal que defende mínima intervenção do Estado na área social e máxima ao capital. Com isso, defende a contenção dos gastos sociais, descentralização, ou seja, desresponsabilização do Estado na prestação direta dos serviços sociais e a focalização das ações do Estado para atender os mais necessitados, estimulando a ampliação do seguro privado.

Em 2003, a eleição presidencial de um candidato do Partido dos trabalhadores (PT) oriundo da classe operária, trouxe novas expectativas quanto ao rumo do Estado, principalmente no campo social, porém, ocorreu a continuidade do processo de contrarreforma do Estado, iniciada no governo de Fernando Henrique Cardoso, “[...] encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado— não só as atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados” (BRAVO; MENEZES, 2011, p17).

No programa governamental, a política de saúde foi apresentada como direito fundamental, com o compromisso de garantir os princípios da universalidade, equidade e integralidade nas ações e serviços de saúde. Ocorreram alguns avanços como: o retorno das discussões da concepção da Reforma Sanitária; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde para discussões acerca do plano plurianual, realizada em 2003; e a participação de Ministros nos Conselho Nacional de Saúde etc. Mas apesar das expectativas de fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária, do SUS constitucional, o governo adotou a lógica de subordinação das políticas sociais aos ditames econômicos e ao projeto de ajuste neoliberal. Assim, explicitando a disputa dos dois projetos no campo da Saúde: da Reforma Sanitária e o privatista. O projeto de saúde enquanto direito social perdeu espaço em relação ao projeto privatista (BRAVO; MENEZES, 2011).

No segundo mandato, na XIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 2007, o governo federal propôs o Projeto de Fundação Estatal de Direito Privado no âmbito da saúde, mas foi rejeitado. No entanto, o Ministro da Saúde não aceitou esta decisão, continuando a defender o referido projeto, como apontado por Bravo e Menezes (2011).

Com isso, o governo Lula apresentou ao Legislativo o Projeto de Lei N°. 92/2007, propondo as Fundações Estatais de Direito Privado, em diversas áreas consideradas atividades estatais, mas não exclusiva do Estado, em consonância com os ditames das agências internacionais, dando continuidade ao processo de contrarreforma, iniciado em anos anteriores e redimensionando os rumos da gestão pública. Esta iniciativa, embora prevista para as áreas da assistência social, cultural, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, é na área da saúde que mais avançou (MATOS, 2014). O Rio de Janeiro foi o primeiro Estado a aprovar a Lei que regulamenta as Fundações Estatais de Direito Privado.

A proposta de criação das fundações iniciou no governo Fernando Henrique Cardoso, por meio da contrarreforma do Estado realizada sob a gerência de Bresser Pereira, avançando no governo petista, com o argumento ideológico de ineficácia do Estado, “em razão da estabilidade dos servidores públicos” e “burocratização da gestão”. Sendo assim, na área da saúde, instituem-se os novos modelos e instrumentos de gestão: Organizações Sociais (OS) e Organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) (GRANEMANN 2011; MATOS, 2014). Com isso, esses novos modelos de gestão têm por objetivo institucionalizar a lógica privada na saúde pública, ameaçando o direito à saúde como direito social universal e seu controle por parte da sociedade civil organizada, mercantilizando as políticas e serviços sociais.

Para completar a ação de contrarreforma do Estado, o governo Lula no último dia de governo, aprova a Medida provisória 520, autorizando o poder Executivo a criar Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para reestruturar os Hospitais Universitários (HUs) federais. O prazo de votação desta medida se encerrou em junho de 2011, sendo formulado pelo governo o Projeto de Lei 1749/2011, com mesmo teor da proposta original para votação no Congresso Federal.

Em 2011, Dilma Rousseff foi eleita presidente pelo Partido dos Trabalhadores. No primeiro mandato firmou o compromisso de consolidação do SUS e garantia da qualidade dos serviços e respeito à população usuária. Por outro lado, defendeu a parceria com setor privado na área da saúde. Desta forma, Conforme Matos (2014), a gestão do governo Dilma deu continuidade e ampliou a contrarreforma em direção a outras políticas do Estado. Portanto, valorizou a adoção desses novos modelos de gestão nas unidades de saúde, inclusive nos Hospitais Universitários.

De acordo com a CF de 1988, os serviços de saúde privados deveriam atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, no entanto, a ênfase tem sido a privatização, por meio de parcerias público-privadas, em detrimento de serviço estatal, com subordinação da política social aos projetos político-econômicos, ampliando o espaço do mercado.

Desta forma, o Estado além alocar baixo aporte financeiro na área da saúde, tem utilizado diversos mecanismos para drenar recursos públicos para os setores privados do capital, contribuindo diretamente com a privatização da política de saúde, com a destinação de orçamento público ao setor privado. De acordo com Cislighi (2015), a política de saúde vem sendo privatizada, por meio de novos modelos de privatização, compreendendo a apropriação do fundo público por grupos privados, mesmo quando os serviços são ofertados de forma não-contributiva e na lógica do direito.

O fundo público é apropriado de diversas formas. Dentre elas, Cislighi (2015) destaca o “Estado Consumidor”, que compreende o repasse do fundo público para o setor privado, através da “compra de medicamentos e equipamentos”, de serviços privados de saúde para complementação da rede de serviços do SUS, e também pelo custeamento de planos privados aos servidores públicos. Outra forma de drenagem do fundo público ao setor privado é por meio do “Gasto Tributário”, ou seja, o Estado faz a renúncia fiscal de impostos e contribuições, inclusive isentando despesas de saúde do Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas, deixando de arrecadar as receitas e investir no financiamento da Saúde pública (Idem, 2015, p. 133)

Outro mecanismo de privatização da saúde e canalização dos recursos para a iniciativa privada ocorre pela “Transferência Direta do fundo Público”, por meio da qual o Estado destina “orçamento da função saúde diretamente a instituições privadas” que são denominadas de instituições ‘sem fins lucrativos’. (Ibidem, 2015, p. 133). Também é realizada a “Transferência Direta do Fundo Público e Patrimônio Público” por meio do repasse do Estado, não só do fundo público, mas também de seu patrimônio através de contratos de gestão com grupos privados sem fins lucrativos, como as OS’s e OSCIP’s. Além destas, o fundo público é repassado para grupos privados, através das “Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista” que fazem parte do Estado, tem patrimônio e recebem recursos do fundo público, no entanto, são reguladas por direitos privados, podendo inclusive transformar seu capital em ações negociáveis no mercado financeiro (Ibidem, 2015, p. 133).

Com isso, o Estado tem utilizado diversos mecanismos para destinar cada vez mais recursos do fundo público a grupos privados, desonerando o grande capital, penalizando a classe trabalhadora com tributação regressiva e expropriação de direitos conquistados

historicamente, transformando a saúde em mercadoria, adquirida por quem pode pagar, tendo por objetivo a valorização do capital.

Sendo assim, o Estado vem se desresponsabilizando da prestação da saúde à população, repassando a gestão ao setor privado. Desta maneira, a implementação e concretização do SUS tem sido marcada por inúmeros desafios: “precarização dos serviços públicos”, através do subfinanciamento, focalização e terceirização dos recursos humanos; “não concretização da universalidade”; dificuldade na “construção de práticas baseadas na integralidade e intersetorialidade”; prevalência do “modelo de saúde centrado na doença” e “não privilegiamento da atenção primária de saúde” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 24). Isso dificulta o acesso à saúde nos níveis básicos e também de média e alta complexidade, compromete a prevenção, promoção, além de agravar os danos à saúde e causar impactos às possibilidades de tratamento, recuperação e reabilitação.

No governo ilegítimo de Temer, a área de saúde pública sofre ainda mais retrocessos com a aprovação da Emenda Constitucional 95, em 2017, que estabelece um teto para os gastos públicos primários, por período de 20 anos, atingindo principalmente o financiamento das políticas sociais como saúde e educação. No entanto, sem comprometer o pagamento da dívida pública, e nem qualquer discussão e alteração das formas de pagamento e sobre os impactos da dívida pública no orçamento fiscal. Ao contrário: cortam-se os direitos sociais para garantir a remuneração do grande capital.

A Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Nº 28 de 2016, aponta que a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 impõe cortes e perdas orçamentárias no âmbito da política pública de saúde estimadas em cerca de R\$ 654 bilhões de 2016 até 2036. E considera que “O único cenário sem perda em relação ao orçamento de 2016 é o de crescimento econômico zero” (p. 12).

Com base em pesquisa realizada em 2018 na plataforma do Siga Brasil, constatou-se que os recursos destinados ao financiamento da Função Saúde, representando a soma de todas as despesas com o sistema público de saúde, não chegam a 2% do Produto Interno Bruto (PIB). Assim, segundo Vieira e Benevides (2016) com a EC 29 de 2016, o gasto federal em relação ao PIB manteve-se em torno de 1,7%, mesmo nos períodos de maior expansão econômica.

Os gastos públicos per capita com saúde no Brasil eram um dos mais baixos entre os países que possuem sistema universal de saúde (R\$ 946 equivalente a US\$ 591), enquanto Alemanha US\$ 3.696, este valor será ainda menor com a E/C 95 com a obrigação de congelamento dos gastos na área social (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Com isso, a drenagem do fundo público para grupos privados e para pagamento da dívida pública em detrimento de maior aporte para o custeio da política de saúde consiste em uma decisão política de reprodução ampliada do capital, implicando na expropriação da classe trabalhadora de usufruir parte da riqueza socialmente produzida, suprimindo direitos, penalizando a classe trabalhadora que não tem condições de contratar serviços privados.

Por isso, é necessário articulação com setores progressistas, para denunciar a questão da dívida à sociedade e lutar para que o Estado realize a auditoria da dívida, estabelecendo mecanismos de fiscalização e transparência no pagamento de juros, encargos e amortizações ao capital financeiro. Para tanto, é fundamental alteração da correlação de forças, fortalecendo a defesa dos interesses da classe trabalhadora, a democracia, a defesa dos direitos sociais e enfrentamento dos projetos políticos, econômicos e ideológicos do grande capital e a supremacia do capital portador de juros.

Portanto, é imprescindível considerar esse contexto⁵ - contraditório e de disputas - na configuração histórica das políticas sociais, pois as feições destas vão impactar a possibilidade de constituição da intersetorialidade, e conseqüentemente, os limites e potencialidades no trabalho dos assistentes sociais. Para tanto, no próximo capítulo desenvolveremos reflexões sobre o Serviço Social, partindo da compreensão deste como uma especialização do trabalho.

⁵ O governo Bolsonaro não é analisado, em virtude da pesquisa se ater a produções sobre a intersetorialidade, do período de 2010 a 2019. Ainda que esse governo tenha se iniciado em 2019, não existem no universo pesquisado referências a esse período governamental.

2 TRABALHO E SERVIÇO SOCIAL

A compreensão do trabalho intersetorial, em uma perspectiva crítica, pressupõe articulação com os processos históricos, econômicos, sociais de (re) produção da sociedade burguesa e não restrita a procedimentos administrativos. Sendo necessário considerar as formas que o trabalho assume e suas transformações nesta sociedade, inclusive, na área do Serviço Social.

2. 1 O Trabalho e sua configuração na sociedade capitalista

O trabalho é uma atividade exercida apenas pelos homens⁶. O homem transforma a natureza e a si mesmo pelo trabalho. Assim, transforma as formas naturais em produtos que satisfazem necessidades sociais, ou seja, através do trabalho a humanidade se constitui como tal, como ser social. Desta forma, o trabalho, por mais que seja exercido por um indivíduo, possui abrangência coletiva e social, pois se compõe como uma engrenagem construída historicamente e que contribui para o funcionamento do trabalho de toda a sociedade. Constituindo, portanto, em uma atividade coletiva, a base da atividade econômica.

O trabalho é uma categoria fundante do ser social, por meio do qual os homens estabelecem mediações para satisfazer suas necessidades e possibilita a criação de novas necessidades que se modificam historicamente. Desse modo, o trabalho consiste em uma atividade ‘prático-concreta’, promovendo transformações na natureza/matéria/objeto, assim como nos sujeitos sociais.

Com isso, o trabalho, como fundamento ontológico do ser social, possibilita o desenvolvimento de mediações que o distingue dos outros animais, como a sociabilidade, a consciência, a universalidade e liberdade. Desta forma, o desenvolvimento da sociabilidade decorre pela capacidade dos homens de (re) criar necessidades e formas de satisfazê-las, transformando tanto o ser social quanto a natureza.

No processo de trabalho, a ação humana, para atingir determinado fim, realiza a transformação do objeto, através dos meios de trabalho. Para isso é necessário conhecimento da natureza e dos objetos de trabalho, além da capacidade de fazer escolhas, de valoração dos objetos, dando origem à consciência humana. Assim, como ser consciente, o homem age teleologicamente, porém, suas necessidades e formas de satisfação são determinadas histórica

⁶ Neste caso, homem tem sentido de gênero humano, compreende o humano-genérico, não sendo utilizado para designar o gênero masculino.

e socialmente. Portanto, o trabalho refere-se a uma atividade humana com dimensões éticas e valorativas.

Assim, o valor é uma categoria indissociável da práxis, existindo várias expressões, com mediações cada vez mais complexas. Com isso, “as ações humanas são sempre orientadas por categorias de valor”. Desse modo, na sociedade capitalista, com a centralidade da produção material, o valor econômico tende a determinar outras esferas da vida social (BARROCO, 2001, p. 31).

De acordo com Barroco (2001) a universalidade, sociabilidade, consciência e liberdade são capacidades humano-genéricas, necessárias para realização das potencialidades emancipatórias da práxis social. No entanto, na sociedade burguesa, o trabalho como atividade alienada não se realiza em suas potencialidades emancipadoras, pois o indivíduo social é alienado da atividade, objetos e frutos do seu trabalho.

A sociedade capitalista se funda e desenvolve-se a partir das transformações das relações sociais de produção e reprodução entre terra/capital e trabalho, situadas historicamente. Com isso, instituem novas formas de sociabilidade, suprimindo costumes e direitos que eram usufruídos pelos trabalhadores e criando novas legislações para normatizar a propriedade privada.

A partir do conceito de “Acumulação Primitiva”, Marx aponta a expropriação e a violência como lógica originária e estruturante do desenvolvimento da sociedade capitalista. Para Marx, a acumulação primitiva possibilitou o desenvolvimento das relações sociais e o processo de a acumulação que deu origem ao modo de produção capitalista. Sendo esse processo marcado por violências, como a escravidão, dominação, rapinagem e dizimação de vidas. Com isso, através da obra marxiana é possível desvelar e analisar os processos de formação e configuração da sociedade do capital.

Desse modo, o sistema capitalista pressupõe a separação entre trabalhadores e a propriedade dos meios de trabalho, transformando estes em capital e os trabalhadores em assalariados. Assim, a “chamada acumulação primitiva é apenas o processo histórico que dissocia o trabalhador dos meios de produção. É considerada primitiva porque constitui a pré-história do capital e do modo de produção capitalista” (MARX, 1987, p. 830)

Com isso, para tornar o produtor direto em trabalhador livre para vender sua força de trabalho como mercadoria, é necessário superar formas econômicas pré-capitalistas e expropriar os trabalhadores de seus meios de produção, transformando-os em assalariados.

Desta forma, Marx (2006) afirma que a relação de trabalho com o capital pressupõe um processo histórico de dissolução das diversas formas de trabalho em que o trabalhador era

proprietário e produzia seus meios de vida. O autor destaca que essas dissoluções ocorrem em relação a terra, aos instrumentos de trabalho produzidos pelo próprio trabalhador, seus meios de consumos e meios de vida, constituem pré-requisitos para o aparecimento do trabalhador livre.

Segundo Marx (1987), o processo de acumulação primitiva serve de base à ascensão da classe capitalista em formação. Assim, “a expropriação do trabalhador rural, do camponês, que fica assim privado de suas terras, constitui a base de todo esse processo” (Ibidem, p.831).

Desta forma, com o declínio do sistema de produção feudal no século XV e o surgimento do Estado Absolutista são lançados ao mercado de trabalho “uma massa de proletários, de indivíduos sem direitos” (Ibidem, p. 833). E as terras que eram de uso comum são expropriadas dos camponeses (estes são expulsos do campo) e transformadas em pastagens para ovelhas, a fim de abastecer o mercado em ascensão da manufatura de lã. Com isso, ocorre a concentração da propriedade da terra, a qual se transforma em mercadoria, bem como a acumulação de riqueza a partir do arrendamento da terra, ao mesmo tempo em que ocorre a formação de enorme contingente de pessoas privadas de suas condições de vida e até de prover seu próprio sustento. Surge assim o pauperismo. (MARX, 1987).

Neste processo, a lei foi utilizada enquanto instrumento para usurpação das terras comuns, tornando os bens comuns em propriedade particular. Isso põe a necessidade de as famílias, que antes extraíam os produtos da terra para seu sustento, passem a depender do recebimento de salários para adquirir esses produtos no mercado.

No entanto, conforme Marx (1987), muitos trabalhadores expulsos de suas terras não foram absorvidos na manufatura, sendo compelidos à mendicância e à vadiagem. E, ao mesmo tempo, eram disciplinados, criminalizados e punidos por mecanismos violentos (a exemplo do acoite e da tortura) pelo sistema de trabalho assalariado.

Desse modo, a burguesia nascente empregava a força do Estado para ampliação da produção de mais-valia e submetia o trabalhador à lógica de produção do capital. Institui-se o Estatuto dos trabalhadores para regular os salários, estabelecendo valor máximo, mas não mínimo ao salário (MARX, 1987, p. 856). Portanto, o processo de expropriação das terras comunais possibilitou a formação das classes capitalistas: arrendatários da terra; industriais e financeiros.

Desta forma, a sociedade capitalista se funda pela constituição da unidade dialética e antagônica de duas classes fundamentais: de um lado os proprietários dos meios de produção cujo objetivo é acumulação de riqueza, através da compra da força de trabalho alheio e de

outro os trabalhadores livres, detentores apenas de sua força de trabalho, necessitando vendê-la aos proprietários dos meios de produção para manter sua própria subsistência.

2.2 Processo de (re) produção do capital

O modo de produção capitalista se expressa através das mercadorias, um “objeto externo, um produto”, que atendem necessidades diversas, sejam materiais ou subjetivas. As mercadorias possuem duplo valor: qualidade de valores de uso, trabalho útil concreto, voltado ao atendimento de necessidades sociais. As mercadorias também apresentam valor de troca, que inicialmente aparece como uma relação quantitativa, seu uso é destinado a outros, sendo um trabalho abstrato (MARX, 2005, p. 97). Mas é o trabalho a substância social comum a toda mercadoria, pois

Como criador de valor de uso, como trabalho útil, o trabalho é assim, uma condição de existência do homem, independente de todas as formas sociais, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza, e portanto, da vida humana (MARX, 2005, p. 102).

Dessa forma, o trabalho constitui-se em um processo que envolve a relação homem e natureza,

em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (...). Põe em movimento as forças naturais de seu corpo - braços e pernas, cabeça e mãos -, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo forma útil à vida humana (MARX, 2006, p. 211).

Neste processo o homem emprega a dimensão teleológica ao seu trabalho, e isso o distingue dos demais animais. Assim, o trabalho constitui-se uma atividade exclusivamente humana que se modifica historicamente em função do desenvolvimento de novas habilidades e surgimento de novas necessidades sociais.

No processo de trabalho, a ação humana para atingir determinado fim, realiza a transformação do objeto, através dos meios de trabalho, resultando em um produto que possui valor de uso. Desta forma, este produto pode ter diferentes funções, servir como matéria-prima, meios ou produto. O processo de trabalho pressupõe, portanto, emprego de trabalho anterior (MARX, 2006).

Na sociedade capitalista o trabalho assume dupla dimensão: trabalho concreto e trabalho abstrato. Com isso, o trabalho depende de dispêndio de força humana para produzir trabalho concreto, ou seja, valor de uso, mas que no modo de produção capitalista é destinado

à troca e transforma-se em mercadoria. Assim, segundo Marx (2006), a mercadoria possui valor de uso e, ao mesmo tempo, valor de troca.

Desta forma, o valor de uma mercadoria é medido pelo dispêndio de força de trabalho em média necessário para sua produção ou o tempo médio de trabalho socialmente necessário. Neste sentido, a força de trabalho é uma mercadoria especial no capitalismo, seu valor é fixado como qualquer outra mercadoria na relação de troca salarial, determinado pela quantidade de trabalho necessário para sua reprodução em cada período histórico. Porém, neste processo, é pago ao trabalhador apenas a parte do trabalho representado pelo tempo de trabalho realizado necessário à sua reprodução, mediada pelo salário, e a outra parte, o sobretrabalho, se transforma em mais-valia, apropriada privadamente pelo comprador desta força de trabalho, o capitalista.

O capitalista, ao produzir mercadoria, visa extrair valor excedente do processo produtivo (meios produtivos e força de trabalho) e se apropriar do mesmo. Assim, o trabalho útil é subordinado à condição de gerar mais-valia, ao trabalho abstrato, a produção de mercadorias e valorização do capital.

Desse modo, o trabalho abstrato se caracteriza em razão da troca adquirir forma social no processo de produção, ou seja, a produção se transformar em um processo mercantil. Assim, “o modo de produção capitalista, enquanto produção generalizada de mercadorias” (MANDEL, 1985, p.265) tem permeado todas as áreas da vida social, tanto nas necessidades materiais quanto subjetivas, transformando as necessidades sociais, os costumes e as relações humanas, assim como promovendo constantes mudanças na divisão social do trabalho.

Com isso, de acordo com Rubin (1987), no processo de troca, o produtor mercantil individual apresenta-se como integrante do trabalho social, sendo o trabalho concreto igualado a outras formas de trabalho concreto, inclusive com trabalhos com distintos níveis de qualificação e condições técnicas, ocorrendo ainda a igualação de dispêndio do emprego de trabalho individual ao trabalho social. Segundo ele, o trabalho possui determinadas propriedades, tais como: duração, intensidade, qualificação do trabalho, mas estas diferenças são eliminadas no processo de troca.

O trabalho como fundante do ser social, na sociedade capitalista, assume a forma de trabalho alienado, fetichizado e abstrato. O trabalho se converte em meio de subsistência e torna a força de trabalho uma mercadoria cujo objetivo é a valorização do capital.

Sendo assim, a produção do trabalhador e a riqueza social não são voltadas para atender as necessidades e desenvolvimento dos próprios trabalhadores, e sim de valorização e acumulação do capital. Desta forma, conforme aponta Marx (2005), o aumento salarial não

modifica a estrutura da relação capital e trabalho, impacta apenas na quantidade de mais-valia apropriada pelo capitalista, ou seja, o aumento dos salários reduz a mais-valia e vice-versa.

E nesse processo de expropriação da mais-valia, ocorre o que Marx denomina de Lei Geral da Acumulação Capitalista. Segundo ele, a composição do capital possui dois aspectos: do ponto de vista do valor, determinado pela “proporção em que o capital se divide em constante”, composto pelos meios de produção e “variável”, que se refere ao valor da força de trabalho, isto é, a soma global dos salários. E a composição técnica que é “determinada pela relação entre a massa dos meios de produção empregada e a quantidade de trabalho necessária para eles serem empregados” (MARX, 2005, p. 712-713).

Desta forma, o processo de acumulação capitalista é estimulado pela introdução de inovações tecnológicas no processo produtivo, pois possibilita aumentar o volume da produção, em menor tempo, e diminuir a necessidade de emprego da parte variável. Com isso, reduzem-se os custos da produção. Assim, a dinâmica da acumulação reproduz em escala ampliada a relação capitalista: mais capitalistas de um lado e mais trabalhadores, de outro, ou seja, na medida em que o capital se acumula e se reproduz, aumenta também o proletariado. Havendo, portanto, concentração de riqueza em um polo e de pobreza no outro.

Esse processo mantém a relação de dependência do trabalhador em relação ao capital, transformando a força de trabalho em força crescente de valorização do capital. Assim, o caráter específico do modo de produção capitalista é que a compra da força de trabalho pelo capitalista não é para satisfazer suas necessidades pessoais, mas seu objetivo “é aumentar seu capital, produzir mercadorias que contém mais trabalho do que ele paga, e cuja venda realiza também a parte do valor obtida gratuitamente” (MARX, 2005, p. 719).

Conforme Marx (2005), o desenvolvimento das forças produtivas se expressa no volume dos meios de produção que possibilita o trabalhador transformar um produto, em dado tempo, com a mesma quantidade de força de trabalho. Desta forma, o incremento tecnológico, modifica a composição orgânica do capital: valor do capital e composição técnica, gerando aumento do conjunto dos meios de produção e redução da necessidade de emprego da força viva de trabalho, correspondendo, aumento do capital constante e retração do capital variável, respectivamente.

Isso possibilita mais acumulação, e crescimento do número de capitalistas individuais, tendo por consequência a concentração do capital que se caracteriza pela fragmentação de capitalistas e concorrência entre si na produção das mercadorias. Porém, com a formação de capitais já concentrados ocorre o processo de atração entre eles e a “transformação de muitos capitalistas pequenos em poucos capitalistas grandes”, dando origem à centralização de

capitais. Constituindo, assim, uma das suas maiores alavancas: a concorrência e o crédito (Ibidem, p. 728).

Esse processo de centralização provoca inúmeras consequências à sociedade e à natureza, tendo em vista o monopólio econômico destes capitalistas que visam à defesa de interesses individuais e não interesses da coletividade, podendo controlar um ou mais ramos da atividade econômica. Além disso, a centralização amplia e acelera as transformações da composição técnica do capital, aumentando o capital constante de modo que reduza os custos com o capital variável, provocando aumento do desemprego e da desigualdade social.

Assim, ocorre o aumento do capital global, mas por outro lado, o crescimento absoluto da população acontece de forma mais acelerada do que a necessidade de absorção da parte variável do capital na produção. Forma-se assim uma “população trabalhadora supérflua relativamente”, excedente ou um “exército industrial de reserva” para o capital (Ibidem, 731). Essa população é relativamente supérflua, contudo, possui função de pressão na oferta e na procura de trabalho, acirrando a concorrência entre os trabalhadores, interferindo na regulação dos salários e na produtividade por meio da intensificação e extensão nas jornadas dos trabalhadores ativos e na sujeição destes ao capital. Com isso, aumenta a extração da mais-valia relativa e lucratividade dos capitalistas, ao mesmo tempo, engrossa as fileiras dos desempregados.

Sendo assim, conforme Marx (2005) a classe trabalhadora na mesma medida em que produz a acumulação do capital, também reproduz as condições que a mantém como uma população relativamente supérflua. Com isso, a população excedente é necessária ao processo de acumulação do capital e “ela proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e sempre pronto para ser explorado” (Ibidem, p. 734). Portanto, Marx (2005) define a população relativa em:

- 1) Flutuante: que são os trabalhadores da indústria que ora são repelidos ora absorvidos na produção;
- 2) Latente: referente aos trabalhadores da agricultura que em função da industrialização no campo sua demanda é reduzida e também falta capacidade de sua absorção nos centros urbanos;
- 3) Estagnada: constituída pelos trabalhadores inseridos em ocupações irregulares, trabalhos precários, temporários.

Nesta sociedade a pobreza não surge pela escassez de recursos naturais, falta de condições materiais em função do baixo desenvolvimento das forças produtivas, pelo contrário, cresce na mesma proporção da capacidade de produção social da riqueza.

Portanto, a lei geral da acumulação capitalista consiste em: quanto maior o desenvolvimento das forças produtivas e a riqueza socialmente produzida, maior será a expansão da classe trabalhadora disponível, bem como a pobreza. Dito de outra forma, a sociedade capitalista na mesma proporção que produz riqueza gera pobreza, miséria, desigualdade.

2.3 O Processo de Trabalho na Contemporaneidade

É importante situar o trabalho inserido no processo sócio-histórico de formação da classe trabalhadora no Brasil para compreendê-lo na atualidade. Neste sentido, Badaró (2008) busca analisar, no período da segunda metade do século XIX e início do século XX, no contexto do Rio de Janeiro, o processo de formação da classe trabalhadora, sua relação entre classe e raça, apontando a heterogeneidade na formação desta classe sob o estatuto do trabalho livre.

De acordo com Badaró (2008), a inserção de escravos e ex-escravos junto com trabalhadores pobres e brancos, constituía a base de formação heterogênea da formação da classe trabalhadora, antes da instituição da república. Em 1888, a escravidão foi legalmente abolida, no entanto, deixa marcas na formação da identidade dos trabalhadores.

Com isso, o referido autor destaca como experiências de exploração dos trabalhadores e suas condições de vida: a situações precárias e insalubres de trabalho, com jornadas prolongadas e sem descanso; moradias coletivas, com aluguéis elevados, em regiões periféricas, dando origem aos subúrbios e as construções desordenadas (favelas). Em relação à saúde registrava-se elevado índice de epidemias, devido às condições de trabalho e habitação, além dos baixos salários que não eram suficientes para atender as necessidades básicas de reprodução desses trabalhadores.

Badaró (2008) coloca a necessidade de pensar as contradições na formação e diferenciação entre as classes sociais, a partir do contexto sócio-histórico de conformação das relações sociais capitalistas da sociedade brasileira. Desta forma, Badaró (2008), destaca a importância de pensar a formação das classes sociais a partir da relação dialética entre estrutura e superestrutura, ou seja, a formação material e subjetiva da classe trabalhadora,

determinada pelas relações econômicas e, também, pelo conjunto das relações sociais ou patrimônio cultural sócio-histórico.

Assim, no Brasil, o processo de desenvolvimento do sistema de produção capitalista ocorre de forma combinada e desigual, em uma relação de dependência em relação ao capitalismo dos países centrais. Conforme Fernandes (2009), esse modelo de capitalismo que surge na América Latina e no Brasil, reproduz elementos de apropriação e expropriação do capitalismo moderno, no entanto, promove a expansão concomitante do capitalismo hegemônico externo e interno. Desta forma, a elite burguesa nacional é espoliada dos excedentes econômicos pela burguesia dos países centrais, porém, essa espoliação ocorre à custa de “sobreapropriação e sobre-expropriação” dos trabalhadores pelas elites nacionais (Idem, p. 52). Sendo assim, o moderno se constrói por meio do arcaico, deixando marcas na configuração das classes sociais, nas formas de produção e reprodução social e nas relações entre Estado e Sociedade.

O desenvolvimento do capitalismo na sociedade brasileira é baseado na democracia restrita e formação sócio-histórica da classe trabalhadora permeada pela “sobre-expropriação”, gerando disparidades econômicas, sociais e regionais que são exponenciadas pelas desigualdades raciais e de gênero. Ressaltamos que as mudanças ocorridas no capitalismo contemporâneo, com a implementação do regime de acumulação flexível⁷ e o neoliberalismo⁸, provocaram profundas transformações e impactos no mundo do trabalho, a partir da década de 1990, no Brasil.

Neste sentido, Antunes (1999), buscando compreender as novas configurações da classe trabalhadora na contemporaneidade, utiliza a expressão ‘classe-que-vive-do-trabalho’, visando à ampliação do conceito de classe trabalhadora marxiano. Segundo ele,

Portanto, ao contrário dos autores que defendem o fim das classes sociais, o fim da classe trabalhadora, ou até mesmo o fim do trabalho, a expressão classe-que-vive-do-trabalho pretende dar contemporaneidade e amplitude ao ser social que trabalha, à classe trabalhadora hoje, apreender sua efetividade sua processualidade e concretude (ANTUNES, 1999, p. 101).

Ele define como a “classe-que-vive-do-trabalho” ou classe trabalhadora a totalidade daqueles que vendem sua força de trabalho, apresentando como núcleo central os

⁷ Conforme Harvey (1993) a acumulação flexível (ou ofensiva neoliberal) em contraposição à rigidez do fordismo, baseia-se na flexibilização dos processos de trabalho, mercados, produtos, e formas de consumo, sendo caracterizado pelo que ele chama de ‘compreensão do espaço-tempo’ na sociedade capitalista (p. 140).

⁸ O Neoliberalismo constitui um projeto político-econômico e ideológico pautado na defesa do livre mercado e Estado mínimo, especialmente, na área social, mas máximo na defesa dos interesses do capital. Assim, se expressa por meio da reestruturação produtiva; ofensiva ao trabalho e suas formas de organização e contrarreforma do Estado.

trabalhadores produtivos que são aqueles que produzem diretamente mais-valia e participam do processo de valorização do capital. Além disso, engloba os trabalhadores improdutivos que são utilizados nos serviços, tendo seu trabalho consumido como valor de uso, e não de troca, portanto, não produzem diretamente mais-valia, no entanto, são fundamentais no circuito de valorização do capital. Com isso, defende-se haver imbricação entre trabalho produtivo e improdutivo no capitalismo contemporâneo.

Portanto, em uma noção ampliada de classe trabalhadora, o autor inclui “todos aqueles e aquelas que *vendem sua força de trabalho em troca de salário*, incorporando além do proletariado industrial, dos assalariados do setor de serviço, também o trabalhador rural que vende sua força de trabalho para o capital”. Além, das novas modalidades de trabalho: “proletariado precarizado”, “subproletariado moderno”, trabalhadores hifenizados, trabalhadores terceirizados, os trabalhadores assalariados das economias informais, além dos desempregados (ANTUNES, 1999, p. 103).

Sendo assim, a associação entre neoliberalismo, financeirização e reestruturação produtiva alteram a morfologia da classe trabalhadora. A ofensiva neoliberal busca deslegitimar e criminalizar as lutas da classe trabalhadora, destruir direitos trabalhistas e sociais, assim como enfraquecer as organizações sindicais e precarizar as condições e relações de trabalho.

Neste sentido, o regime de Acumulação flexível provocou mudanças no mundo do trabalho e organização da classe trabalhadora, aumentando os níveis de desemprego estrutural e enfraquecendo as lutas políticas e o poder dos sindicatos da “classe-que-vive-do-trabalho”. Assim, no âmbito produtivo ocorre o aumento do desemprego com o processo de automação da produção; intensificação dos ritmos de trabalho e prevalência do acordado sobre o legislado.

Desta forma, no contexto de hegemonia do capital financeiro e fusão do capital bancário e industrial, registra-se crescente processo de concentração de riquezas nas mãos de poucos, enquanto a maioria da população encontra-se excluída da possibilidade de vender sua força de trabalho, em decorrência da instituição de novos padrões de produção e gestão do processo de trabalho.

Com o processo de reestruturação do mercado de trabalho ocorre a redução de postos de emprego estáveis por trabalho em tempo parcial, temporário, subcontratado, informal, terceirizado e precarizado.

De acordo com Antunes (1999), surgem novas formas de organização do trabalho e reaparecem formas antigas, como o trabalho doméstico e familiar, assim como crescem

também as economias informais. Além disso, são adotadas novas formas de gestão e administração do processo produtivo, sob influência do toyotismo⁹, pautadas por: estoques mínimos; diversificação de produtos; Círculos de Controle de Qualidade; trabalho polivalente; estabelecimento de metas; formação da subjetividade do trabalhador com a indução de sua participação no processo produtivo e direcionamento para fomentar a necessidade de consumo; aumento da competitividade entre os trabalhadores e fragmentação das lutas sociais.

Segundo Antunes, até a década de 1990, o Brasil possuía estrutura produtiva de bens de consumo duráveis, voltado para o mercado interno e produtos primários destinados à exportação, mantendo uma relação de dependência com as economias de países centrais. O padrão de acumulação era sustentado na superexploração da força de trabalho: “baixos salários, ritmos de produção intensificados, jornadas prolongadas, combinando uma extração tanto do mais-valor absoluto quanto relativo”, tendo por tripé o setor produtivo estatal, capital nacional e internacional. (ANTUNES, 2018, p. 118).

Com advento do neoliberalismo, é implementado o processo de reestruturação produtiva e novos modelos organizativos e tecnológicos na dinâmica da produção e das relações de trabalho. Ao mesmo tempo, são associados elementos presentes no fordismo com novos instrumentos da acumulação flexível. Com isso, ocorre a intensificação da precarização, flexibilidade e informalidade da classe trabalhadora (ANTUNES, 2018).

Este autor sinaliza que entre 1980 e 2008 o setor de serviços cresceu em 30,6%, enquanto houve retração nos setores primários e secundários, em 44,9% e 27,7%, respectivamente, em relação ao PIB. Aponta que com a expansão desse setor, como *call-centers* e *telemarketing*, surge um novo “proletariado de serviços, o infoproletariado ou *cibertariado*”. Assim, a informatização do trabalho potencializa o trabalho precarizado (ANTUNES, 2018, p. 119).

Portanto, a superexploração do trabalho apresenta como consequências: intensificação e aceleração dos ritmos de trabalho, maior robotização do processo produtivo, demissões diretas ou por plano de demissão voluntária, maior controle por sistema de metas e resultados e avaliação de desempenho frequentes. Além de redução de salários, remuneração por produção e a submissão dos trabalhadores a práticas de assédio moral. Sendo assim, registra-se o aumento da exploração, maiores índices de adoecimento no corpo físico e psicológico do

⁹Esse modelo de produção surgiu na indústria Japonesa, por isso, é denominado modelo Japonês. Em oposição ao modelo taylorista/ fordista, baseia-se na produção em menor escala, com estoque mínimo, isto é, no sistema just in time (na hora certa) ou produção conforme a demanda. Os trabalhadores possuem múltiplas funções e são controlados por sistemas de qualidades e metas.

trabalhador, acidentes, mutilações, gerando incapacidade para o trabalho, envelhecimento precoce e descarte quando sua produtividade não acompanha o ritmo da produção.

2.4 Trabalho Coletivo em Saúde e o Serviço Social

O Serviço Social surge no período monopolista com a ampliação das funções do Estado que, pressionado pelas lutas sociais, assume o papel de regular a relação capital e trabalho, passando a regulamentar legislações sociais e trabalhistas. Nesse contexto o Estado passa a organizar as políticas e serviços sociais para enfrentamento dos conflitos de classe, tratando a questão social não só pela coerção, mas também pelo consenso.

De acordo com Iamamoto (2001), a gênese da produção/reprodução da questão social origina-se no processo de acumulação capitalista, ou seja, na Lei Geral de Acumulação, expressa na alteração da “composição técnica e valor do capital” que com a introdução dos avanços tecnológicos no processo produtivo, reduz-se proporcionalmente a parte variável em face do capital constante. Com isso, o processo de acumulação gera o crescimento da classe trabalhadora relativamente supérflua e subsidiária às necessidades do capital. Além disso, o capitalista em busca de maior extração de mais-valia promove a intensificação e ampliação das jornadas de trabalho, aprofundando o desemprego e a concorrência entre os trabalhadores (Idem, p. 14).

O período histórico de emergência da questão social possui relação com a luta da classe operária e seu ingresso no cenário político, que passa a exigir seu reconhecimento enquanto classe e seus direitos ao Estado e classe burguesa. Assim, com o processo de lutas sociais, a relação capital/ trabalho passa da esfera privada para o cenário público, e com isso, exige-se o reconhecimento e intervenção do Estado nas refrações da questão social, dando origem a um conjunto de direitos sociais, consubstanciados nos serviços e políticas sociais, no período do *Welfare* nos países centrais. Assim,

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão. (IAMAMOTO, 2009, p. 77)

Para Iamamoto (2001) a questão social é indissociável das configurações do trabalho e encontra-se em uma arena de disputas entre projetos societários. Por isso, critica a concepção sociológica da questão social relacionada à ‘disfunção’, ‘ameaça’, à coesão social e à ordem

societária e a tese de que existiria uma nova questão social derivada pela crise do 'Estado Providência' que passa a ter como respostas mecanismos na esfera do mercado e organizações privadas, cabendo ao Estado implementar programas focalizados de combate à pobreza.

Conforme Iamamoto (2001) ao se descontextualizar a questão social de sua gênese, corre-se o risco de pulverizá-la e fragmentá-la, autonomizar as múltiplas expressões da questão social e atribuir à análise dos 'problemas sociais' ao indivíduo, desassociando das relações de classe na produção das desigualdades sociais. Segundo ela, outra armadilha é realizar a análise a partir de um discurso genérico, sem levar em consideração as particularidades da questão social e sua conexão com a realidade concreta. Portanto, para Iamamoto, a questão social assume “outras roupagens e novas condições sócio-históricas em sua produção/reprodução” na contemporaneidade, sendo aprofunda suas contradições (Idem p. 18).

Desse modo, na contemporaneidade, a questão social se reconfigura em função das transformações do capital, a partir da década de 1970, que altera as formas de produção e gestão do trabalho, o mercado de trabalho e direitos sociais. Este contexto reconfigura os espaços sócio-ocupacionais e as condições de trabalho do Assistente Social.

No Brasil, o Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social e técnica do trabalho, no bojo do desenvolvimento industrial e expansão urbana, requisitado pelo bloco dominante para intervir nas expressões da questão social. Com isso, a profissão possui um caráter contraditório, tendo em vista que atende interesses sociais antagônicos, pois seus profissionais são contratados por representantes do capital para atender os interesses da classe trabalhadora.

Assim, o Serviço Social participa do processo de reprodução das relações sociais, tanto na perspectiva do trabalho quanto do capital e, através dos serviços sociais, reproduz também as contradições fundamentais da sociedade capitalista. Porém, através do processo formativo, intelectual e a relativa autonomia é possível o profissional vislumbrar as contradições, e ao mesmo tempo, refletir sobre suas escolhas, sob condições determinadas, podendo fortalecer os interesses da classe dominante ou dos trabalhadores.

Desta forma, o trabalho do assistente social interfere na reprodução da força de trabalho, através de sua atuação nos serviços sociais previstos em diferentes políticas sociais, como a saúde. A objetivação deste trabalho incide no “processo de reprodução material e social da força de trabalho”¹⁰, ou seja, o profissional, ao viabilizar o acesso a algo material

¹⁰ Lessa (2007) diverge da concepção de trabalho elaborada por Iamamoto na obra “O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional”, porque ele não compreende a questão social como

atua na reprodução material, mas também realiza intervenção utilizando-se de recursos subjetivos, relacionados aos valores, conhecimentos e comportamentos. Por isso, a profissão possui objetividade social, pois interfere na vida dos sujeitos (IAMAMOTO, 2011, p.67).

Neste contexto, o Serviço Social compreendido na perspectiva do trabalho, possui dupla dimensão, pois como trabalho especializado também se torna mercadoria nesta sociedade capitalista. É um trabalho concreto, possui valor de uso, atende a necessidades úteis, ou seja, “produz serviços que atendem as necessidades sociais” (IAMAMOTO, 2011), ao mesmo tempo, enquanto atividade profissional inscrita na relação de compra e venda, os assistentes sociais tornam-se trabalhadores que necessitam vender sua força de trabalho em troca de salário para se reproduzir socialmente, sendo inscritos no circuito do valor.

Desta forma, o trabalho do assistente social no âmbito estatal, na prestação dos serviços sociais, não produz diretamente mercadoria, mas participa do processo de reprodução e distribuição de mais-valia, enquanto nas empresas pode participar do “processo de reprodução da força de trabalho” e /ou da produção da mais-valia. Com isso, “seu trabalho não resulta apenas em serviços úteis, mas ele tem efeito na produção ou na redistribuição do valor e da mais-valia” (IAMAMOTO, 2011, p.24).

Cabe ressaltar que a implementação dos serviços sociais disponibilizados via política social, materializados em “aparatos legais e organizacionais”, possui relação com a correlação de forças entre sociedade/ Estado. Assim, as políticas públicas envolvem um amplo leque de princípios, diretrizes, objetivos, instâncias gestoras, programas, projetos e atividades que dão substrato material para a realização do trabalho do assistente social (ALMEIDA; ALENCAR, 2011, p.146).

Conforme Iamamoto (2011) a “prática profissional” está relacionada ao trabalho, consiste em atividade em si, sendo um dos elementos do processo de trabalho. “Sendo a prática profissional compreendida como especialização do trabalho, partícipe de um processo de trabalho”. Desse modo, a prática não deve ser entendida como atividade individual do sujeito, mas articulada ao conjunto de determinações que interfere neste trabalho (IAMAMOTO, 2011, p.59). Nesta concepção, o trabalho constitui uma categoria fundante do ser social, por meio do qual os homens estabelecem mediações para satisfazer suas necessidades e possibilitar a criação de novas necessidades as quais se modificam

matéria-prima do Serviço Social, já que em sua concepção a matéria-prima envolve relação direta com a natureza. Além disso, na discussão de trabalho, possui perspectiva diferente de Iamamoto (2011), entende o trabalho como fundante do ser social, porém não considera o processo de reprodução social relacionado diretamente ao trabalho, mas para além deste, pressupõe mediações “dos complexos como a ideologia, a filosofia, a arte, a educação, a sexualidade, a alimentação, o Estado, o direito, a política, etc. para citar apenas alguns” (LESSA, 1999, p. 32 apud ALMEIDA; ALENCAR, 2011, p. 135).

historicamente. Desse modo, o trabalho consiste em uma atividade ‘prático-concreta’, promovendo transformações na natureza/matéria/objeto, assim como nos sujeitos sociais. Portanto, o trabalho refere-se a uma atividade humana com dimensões éticas e valorativas.

Segundo Marx, o processo de trabalho pressupõe a existência de três elementos: “atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho”; “a matéria que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho” e “os meios de trabalho”, ou seja, os instrumentais de trabalho. Segundo ele, os objetos de trabalho se transformam em matéria-prima quando modificados pelo trabalho, já os meios de trabalho são instrumentos fabricados pelo homem para atingir determinada finalidade, em dado contexto histórico e social (2006, p. 212).

Com isso, pensar o Serviço Social como processo de trabalho implica indagar qual matéria-prima ou objeto que incide a ação profissional, além disso, requer pensar o próprio trabalho e os meios ou instrumentos mobilizados para sua efetivação. Sendo importante indagar sobre os elementos que constituem os processos de trabalho, ou seja, “Qual é o objeto de trabalho do Serviço Social? Como repensar a questão dos meios de trabalho dos Assistentes Sociais? Como pensar a própria atividade e/ou atividade dos sujeitos? E qual é o produto do trabalho do assistente social?” (IAMAMOTO, 2011, p. 62).

Dessa forma, o Serviço Social tem como objeto as múltiplas expressões da questão social, que tem sua gênese nas relações sociais de produção, ou seja, no caráter coletivo da produção, contraposto a sua apropriação de forma privada. Assim, a profissão é indissociável do processo de acumulação e expressão das desigualdades sociais situadas historicamente.

A questão social se manifesta através das desigualdades sociais e da pobreza, representando disparidades não só econômicas, mas também políticas, culturais, raciais, de gênero, envolvendo amplos segmentos da população. Assim, seu enfrentamento requer responsabilidade do Estado e políticas sociais de caráter universal (IAMAMOTO, 2001).

Neste sentido, é imprescindível o desvelamento da realidade e de suas particularidades, a fim de possibilitar ao profissional se munir de meios para responder às necessidades sociais de forma qualificada e competente. Com isso, o conjunto de conhecimentos adquiridos no processo formativo se transforma em instrumento de trabalho, pois permite ao profissional decifrar a realidade e criar estratégias de efetivação do seu trabalho.

Com isso, é necessário articular a análise do Serviço Social ao contexto estrutural, macroscópico e não aprisionado no interior da profissão. Assim, é colocado como desafio à profissão “decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de

preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes do cotidiano” (Idem, 2011, p. 20).

Sendo assim, embora se caracterize como profissão liberal¹¹, o Serviço Social não dispõe dos meios necessários para efetivação do seu trabalho. O assistente social tem seu trabalho condicionado pelas instituições empregadoras, pois “fornecem meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional” (IAMAMOTO, 2011, p. 63).

O Serviço Social depende dos recursos disponibilizados pelas instituições empregadoras para concretização de suas atividades as quais “interferem no conteúdo, nas formas assumidas pelo seu trabalho e nos seus resultados”. Portanto, estabelecem as condições de materialização do projeto ético-político profissional (IAMAMOTO, 2012, p. 46).

Assim, o Assistente social não trabalha isoladamente, pois as demandas e respostas profissionais são forjadas coletivamente na relação Estado, sociedade, instituições empregadoras e usuários dos serviços sociais. Com isso, o Serviço Social se constitui como um tipo de trabalho especializado, “inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo da sociedade”. Compreender a profissão nesta perspectiva exige apreensão dos processos sócio-históricos que alteram a “divisão do trabalho na sociedade” e a “divisão técnica do trabalho” e mudanças nas formas de organização e gestão do trabalho de todas as profissões, inclusive o Serviço Social (IAMAMOTO, 2011, p. 22).

Neste sentido, conforme Iamamoto (2011), o (a) assistente social participa do “trabalho coletivo”¹², ou seja, faz parte do conjunto de especialidades que são requisitadas pelas instituições empregadoras, seja no âmbito governamental ou não-governamental, para respostas às necessidades sociais. A autora afirma que os assistentes sociais se inserem em processos de trabalho, pois desenvolvem suas atividades em diferentes campos de atuação, e isso coloca o desafio de decifrar as particularidades do exercício profissional.

¹¹ O Serviço Social foi regulamentado como profissão liberal, atribuindo aos Assistentes Sociais relativa autonomia, mas pela natureza do trabalho desenvolvido como trabalhador assalariado atua, maioritariamente, na operacionalização das políticas públicas. Possuindo algumas características próprias das ‘profissões liberais’, a saber: “capacidade de apresentar propostas de intervenção, a partir de seus conhecimentos técnicos; “caráter não rotineiro do seu trabalho; Código de ética, Lei de regulamentação da Profissão que trata do exercício profissional, competências e atribuições; Conselhos deliberativos e participativos responsáveis pela regulamentação, defesa e disciplinamento do exercício da profissão (VERDÉS –LEROUX, 1986; YAZBEK, 2009 apud RAICHELIS; VICENTE; ALBUQUERQUE, 2018, P. 91).

¹² Lessa (2007) discorda da ampliação da categoria “trabalho coletivo”, discutido por Iamamoto, pois segundo ele em Marx o trabalhador coletivo faz parte da “classe fundante da riqueza social”, mas em Iamamoto é diluído no interior dos assalariados, fazendo parte tanto os trabalhadores produtivos quanto os improdutivos (p. 103).

Além disso, a autora afirma que o trabalho especializado do Assistente Social se situa como trabalho “cooperado” ou “combinado” no interior do trabalho coletivo, pois se constitui por um conjunto de trabalhadores com determinadas formações, desenvolvendo atividades de forma multidisciplinar, interdisciplinar ou intersetorial. Sendo assim, o trabalho coletivo é constituído por diferentes especialidades e processos de trabalho.

Iamamoto (2011) compreende o trabalho como atividade dos sujeitos, no entanto destaca que os profissionais de Serviço Social não detêm as condições de organização do processo de trabalho, sendo atribuição das instituições empregadoras a organização das funções das especialidades inseridas na divisão sociotécnica do trabalho.

Como participante do trabalho coletivo, os assistentes sociais possuem como competências e atribuições, o planejamento de suas atividades e a mobilização de recursos socioassistenciais no âmbito das políticas sociais. Com isso, na efetivação de suas ações nos serviços sociais o profissional utiliza-se de um conjunto de meios ou instrumentos, que em decorrência da configuração das políticas sociais de forma fragmentada e descentralizada, além da escassez de recursos nestes serviços, necessita conhecer e articular diferentes políticas sociais e serviços não-governamentais para viabilizar acesso aos direitos dos usuários.

No entanto, com as mudanças ocorridas no Brasil com a implementação da política de cunho neoliberal, a partir da década de 1990, impactaram profundamente o financiamento, gestão, oferta e execução dos serviços sociais, reconfigurando os espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais, as ações profissionais, em decorrência das contrarreformas empreendidas pelo Estado no âmbito das políticas sociais e nos mecanismos de proteção social e enfrentamento das desigualdades sociais.

Desse modo, as políticas sociais estão cada vez mais ameaçadas pelas contrarreformas do Estado, desfinanciamento e mercantilização, provocando a restrição do acesso aos direitos da população. Todo esse contexto sócio-histórico “atravessa e conforma o cotidiano do exercício profissional do Assistente Social, afetando as suas condições e relações de trabalho, assim como as condições de vida da população usuária dos serviços sociais” (IAMAMOTO, 2011, p. 19).

Sendo assim, as condições de trabalho do Assistente Social dependem da configuração do Estado, seu papel no financiamento e condução das políticas sociais e reconhecimento dos direitos sociais voltados aos trabalhadores. Portanto, o trabalho do Assistente Social se configura e se altera em função do alargamento ou retração do Estado no atendimento das

necessidades sociais do conjunto de trabalhadores, por meio de redistribuição da mais-valia canalizada via impostos e alocada na área social.

Neste contexto, o mercado de trabalho para o Serviço Social também se modifica pelas transformações do modelo de produção, gestão, consumo, relações de trabalho e ideologia hegemônica. Assim, o Assistente Social enquanto trabalhador assalariado também vivencia os impactos da precarização do mundo do trabalho, como a terceirização, subcontratação, contratos temporários, desemprego, tendo como desafio garantir sua reprodução e a viabilização de direitos aos demais trabalhadores que dependem dos serviços sociais ofertados via políticas sociais, cada vez mais ameaçadas pela lógica da mercantilização, desresponsabilização e desfinanciamento pelo Estado em prol de interesses do grande capital.

Além disso, as expressões da questão social, objeto de intervenção da profissão, se reconfigura e se complexifica, como aponta Iamamoto (2001) que o trabalho do assistente social no enfrentamento da questão social tem sido tensionado por projetos sociais distintos, o primeiro de “caráter universalista e democrático”, respaldado na CF de 1988, e o outro de “inspiração neoliberal que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica”. Desse modo, segundo ela, há uma tendência de deslocamento das ações governamentais no atendimento às necessidades sociais para o âmbito da privatização, instituindo a lógica da seletividade, e com isso, a cidadania “tende a ser reduzida a suas dimensões civil e política, erodindo a cidadania social”. Assim, a responsabilidade do Estado é transferida para organizações da sociedade civil, o que afeta o espaço ocupacional dos assistentes sociais (Idem, p. 22-25).

Assim, a questão social se modifica e assume novas manifestações, em decorrência de novos estágios de desenvolvimento das forças produtivas, das particularidades dos contextos sócio-históricos, culturais, políticos e regionais, aprofundadas nas conjunturas de crises do capital.

Desse modo, as expressões da questão social têm se acentuado ainda mais frente à dinâmica de acumulação do capital e conjuntura político-econômica. Assim, os serviços e políticas públicos voltados ao enfrentamento das manifestações da questão social vêm sendo desmontados, deslocando seu caráter público para esferas privadas.

Segundo Yazbek (2001), os ajustes estruturais pautados no ideário neoliberal transformam os direitos em ajuda, favor, reconhece apenas o “dever moral” de assistir os pobres, retornando ao passado, quando as expressões da questão social eram enfrentadas por meio de ações solidárias e filantrópicas. Desse modo, a questão social brasileira é

desqualificada como questão pública. Além disso, registra-se um processo de restrição dos gastos públicos na área social, privatização, sucateamento dos serviços públicos e destruição dos direitos sociais.

Atualmente, a questão social vem sendo criminalizada, naturalizada e passando a ser objeto de “programas assistenciais focalizados de ‘combate à pobreza’ ou medidas de “segurança” e “repressão oficiais, retornado ao passado quando era “caso de polícia” Desse modo, o enfrentamento da questão social vem ocorrendo pelo binômio assistência/repressão (YAZBEK, 2001, p. 17).

Portanto, é fundamental decifrar suas manifestações na atualidade, tendo em vista, projetar e forjar novas formas de resistência, pois sua eliminação pressupõe a superação da sociedade do capital.

Sendo assim, para analisar e apreender o exercício profissional exige-se mediações com os processos e relações sociais, pois a profissão e seus profissionais não estão imunes aos rebatimentos provocados pelas alterações do mundo do trabalho e as determinações sócio-históricas.

2.5 O trabalho do Serviço Social na dimensão interventiva

O Serviço Social é uma profissão reconhecida pelo seu caráter interventivo¹³ nas múltiplas expressões da questão social. Ao atuar principalmente na execução das políticas sociais, se molda a partir dos desdobramentos das dinâmicas macroscópica de reprodução social, mas também pelo movimento interno da categoria. Assim, as ações do Serviço Social são requisitadas por diferentes dimensões de intervenção na órbita da formação, organização política e no campo socioassistencial.

Com isso, os profissionais, para atingir os objetivos e finalidades da ação profissional, alteram as condições objetivas e subjetivas de atuação no cotidiano da própria profissão, transformando seus meios e instrumentos. Neste sentido, o trabalho do Serviço Social é dotado de instrumentalidade, ou seja, capacidade de transformação dos meios/instrumentos para satisfação de necessidades e alcance de finalidades.

¹³ Cabe destacar que é realizada a abordagem do trabalho do Serviço Social pela dimensão interventiva, em virtude de as questões relativas à intersetorialidade emergirem da intervenção profissional.

Segundo Guerra (2000), a instrumentalidade refere-se ao domínio sócio-histórico da profissão, com o intuito de possibilitar o atendimento das demandas e dos objetivos (profissionais e sociais). Desta forma,

[...] a instrumentalidade no exercício profissional refere-se, não ao conjunto de instrumentos e técnicas (neste caso, a instrumentação técnica), mas a uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico (GUERRA, 2000c, p. 53).

O instrumental do Serviço Social se constitui das dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa, sendo interligadas, interdependentes e complementares, mas possuindo especificidades. Cabe destacar que no trabalho do assistente social essas dimensões devem ser articuladas com o projeto ético político profissional, tendo em vista o rompimento e a superação de práticas conservadoras na atuação profissional.

É através do referencial teórico-metodológico e ético-político que o profissional fundamenta sua leitura sobre a realidade e imprime a intencionalidade e a direção social que será objetivada em sua ação. Esse processo possibilita a escolha das técnicas e instrumentos empregados para materializar sua intencionalidade. O conhecimento teórico também fornece as condições para análise dos conteúdos dos instrumentais, apreensão da realidade em sua totalidade e para respostas as necessidades sociais.

A dimensão ético-política relaciona-se à intencionalidade das ações sociais e implica em tomada de partido, posições, porém esse caráter político tem sustentação em dada fundamentação teórica. Já a ética é uma reflexão teórica crítica dos valores presentes na ação humana, voltada ao humano-genérico, tendo por base os valores de constituição do ser social. Enquanto a dimensão técnica se caracteriza como um produto humano, voltada a atender suas necessidades, ou seja, se concretiza por meio das atividades interventivas, mas, necessariamente, contém e expressa às demais dimensões.

A dimensão teórico-metodológica dá direção social às ações profissionais e ilumina a análise da realidade tanto em relação às demandas quanto às formas de respondê-las, enquanto a dimensão ético-política corresponde às escolhas, os valores e reflexão sobre suas implicações.

É através da dimensão técnico-operativa que a profissão se legitima socialmente, mas a instrumentalidade no Serviço Social não se restringe aos instrumentos e técnicas, engloba um conjunto de ações e procedimentos utilizados pelo profissional, tais como: conhecimentos específicos inerentes à profissão, sobre o contexto institucional, as particularidades do objeto de intervenção, recursos teóricos, direção ético-político. Dessa forma, essa dimensão articula

um conjunto de saberes, valores e normas que dão direção ao seu fazer profissional, criando e recriando os meios e instrumentos para atingir determinada finalidade.

Segundo Santos; Souza Filho; Backy (2017) as ações profissionais referem-se às atividades desenvolvidas no exercício profissional, com isso, expressam o fazer profissional e estão relacionadas com as competências e atribuições da profissão, enquanto os procedimentos são os meios empregados para consecução dessas atividades.

Desta forma, as ações profissionais materializam o caráter interventivo da profissão, na medida em que responde às requisições colocadas a profissão, o profissional mobiliza instrumentos e procedimentos interventivos. Por meio dessas ações os assistentes sociais intervêm na regulação das relações sociais, podendo contribuir na construção de padrões culturais, normativos e ideológicos.

Assim, para concretizar seus objetivos, os sujeitos sociais utilizam determinada racionalidade, seja de forma consciente ou inconsciente. Como aponta Guerra (2013) é através da instrumentalidade que se manifesta o tipo de racionalidade utilizada pelos profissionais para efetivação de suas ações nas diferentes formas de intervenção.

Deste modo, a discussão de instrumentalidade perpassa a concepção de projeto profissional o qual possui relação com projetos societários, expressam valores e a direção social que deve orientar o corpo profissional. Assim,

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 1999, p. 04).

Os projetos profissionais são construídos pelo conjunto de membros, ou seja, pelo coletivo ou pela categoria profissional que dão efetividade à profissão. São processos dinâmicos que se alteram em decorrência do conjunto de necessidades sociais que demanda intervenção da profissão, das transformações econômicas, históricas e culturais, e do desenvolvimento das concepções políticas e práticas da profissão.

De acordo com Vasconcelos (2015), desde a década de 1970, o Serviço Social vem consolidando seu projeto profissional articulado com os interesses da classe trabalhadora. Neste sentido, Netto (1999) afirma que o projeto ético- político profissional é datado da segunda metade dos anos noventa do século XX, constituído pelo tripé: código de ética (1993), diretrizes curriculares (1996) e lei de regulamentação da profissão. Este projeto

conquistou hegemonia na década de 1990, a partir da consolidação do conhecimento no nível de pós-graduação e da maioria intelectual da profissão, porém, ainda sofre embates dos diferentes projetos sociais existentes no interior da categoria e que norteiam a operacionalização do trabalho cotidiano.

Com isso, a palavra ‘projeto’ remete à intencionalidade, construção ideal do que se pretende alcançar, da realização de escolhas dos meios e fins que se deseja alcançar, refere-se à ideia de algo em construção. O termo ‘ético’, deriva da palavra ética que diz respeito ao conjunto de valores “que norteiam a concepção de homem e mundo”, enquanto ‘político’ refere-se à ausência de neutralidade nos projetos profissionais, pois estão vinculados a um determinado projeto societário (MATOS, 2013, p.95).

O projeto Ético Político do Serviço Social se vincula a um projeto societário contra-hegemônico que propõe a construção de uma nova ordem societária, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. Além disso, tem a liberdade como valor ético central, compreendida como possibilidades de escolhas concretas, determinada historicamente, e das demandas delas decorrentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais. Também são princípios fundamentais do projeto profissional: a defesa dos direitos humanos; a ampliação e consolidação da cidadania, no sentido da garantia direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora; a equidade e justiça social na perspectiva da universalização do acesso as políticas, serviços e programas sociais; a eliminação de todas as formas de preconceito e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

Desse modo, ainda é um desafio tornar esse projeto referência para o exercício profissional, assim como sua implementação efetiva. Por isso, “é necessário articular as dimensões ético-políticas, acadêmicas e legais que lhe atribuem sustentação com a realidade do trabalho profissional” o qual se materializa (IAMAMOTO, 2012, p. 44).

As demandas se apresentam ao Serviço Social no cotidiano através das múltiplas expressões da questão social, sendo requisitado aos profissionais, através dos serviços e políticas sociais, operacionalizar políticas sociais setorializadas e fragmentadas e responder as necessidades sociais de forma paliativa, focalizada e individual.

Ademais, é no cotidiano, espaço de contradição e múltiplas determinações, onde se manifestam as situações concretas do exercício profissional. Apresentando como características a heterogeneidade, ou seja, as demandas se apresentam de forma diversa; a espontaneidade: os sujeitos se apropriam e reproduzem de forma espontânea os costumes, normas e comportamentos sociais; a imediatez que consiste em ações voltadas às respostas imediatas, visando o cumprimento das rotinas, procedimentos e a superficialidade

extensiva que se refere a respostas superficiais por parte dos sujeitos às demandas, sem apreensão com processos sociais e históricos (GUERRA, 2017).

Com isso, no cotidiano, em função de suas características, as condições objetivas e requisições postas à profissão ainda existe a ideia de haver desarticulação entre teoria e prática e que os instrumentais técnicos estão isentos de direção social, política e valores éticos. No entanto, este pensamento está ancorado na razão instrumental (sendo esta uma das dimensões da razão dialética) em que a atividade prática se limita a ações imediatas, pragmáticas, manipuladoras e fragmentadas. Assim, esta razão tem como finalidade resultados imediatos, tornando mecanismo de reprodução do instituído, por isso é funcional a lógica de reprodução da sociedade burguesa.

O cotidiano analisado por meio da razão instrumental não ultrapassa a aparência nem se vislumbra mecanismos de resistência para sua transformação. Sendo necessário para ultrapassar o instituído no cotidiano processo reflexivo sobre as questões que se apresentam, articulando com as determinações e conexões dos processos sociais.

Desse modo, a instrumentalidade possui outra direção: razão substantiva, orientada pela razão-crítico dialética e valores universais, sociocêntricos, envolvendo processo de reflexão, capacidade de escolhas e clareza dos objetivos e finalidades das ações profissionais. Nesta perspectiva o assistente social em sua intervenção se vincula à “defesa da universalidade de acesso a bens e serviços, dos direitos sociais e humanos, das políticas públicas e da democracia” (GUERRA, 2000 c, p. 61).

Assim, a instrumentalidade também pode ser compreendida como mediação, permitindo uso das referências teóricas de análise das dinâmicas sociais para desvendar as particularidades do exercício profissional em seu cotidiano. A instrumentalidade como mediação da ação profissional, compreende o Serviço Social em sua totalidade, constituído pelas dimensões teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativa (GUERRA, 2000).

A atuação do Assistente Social sobre situações concretas exige leitura do contexto sócio-histórico, formação teórica, ética e política de qualidade que possibilite fazer escolhas conscientes no seu exercício profissional e apreensão dos “processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade”; bem como, o desenvolvimento histórico da sociedade brasileira, as particularidades do capitalismo no país e o significado da profissão (VASCONCELOS, 2015, P. 442).

A intervenção profissional implica ação teleológica, ou seja, projeção idealmente de suas ações; capacidade de escolha entre as alternativas concretas, quanto aos meios a serem utilizados e os fins que se busca atingir.

Desse modo, frente ao contexto de hegemonia do capital financeiro, as contrarreformas do Estado, a destruição e violação dos direitos dos trabalhadores pela classe dominante - o assistente social, mesmo com formação crítica, tem como desafio concretizar princípios sociocêntricos emancipadores em seu cotidiano profissional, já que não detém os meios e instrumentos necessários para efetivar seu trabalho e depende dos recursos disponibilizados pelas instituições empregadoras.

Com isso, embora o Assistente Social tenha relativa autonomia no seu exercício profissional, pode reiterar práticas conservadoras, e não efetivar plenamente as ações referenciadas pelo projeto ético-político profissional seja em função da conjuntura sócio-histórica, condições de trabalho, ou por questões da formação e cultura da categoria profissional e/ou de outras profissões que compõem o trabalho coletivo nos diferentes espaços sócio-ocupacionais.

O Serviço Social na objetivação do seu trabalho é requisitado à competência de trabalho intersetorial, exigindo o conhecimento e mobilização de diferentes políticas sociais para promover o acesso dos direitos dos usuários, numa perspectiva de totalidade e integralidade. Desta forma, o assistente social no desenvolvimento de suas ações pode contribuir com a politização crítica dos usuários e outros profissionais em defesa da efetivação e ampliação dos direitos da classe trabalhadora.

O Assistente Social trabalha sob condições concretas, complexas dinâmicas e contraditórias. Por isso, não existem fórmulas pré-estabelecidas para serem aplicadas a realidade, mas arcabouços teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo que em uma perspectiva crítica possibilitam leitura e apreensão da realidade em sua totalidade e intervenção competente.

Desta forma, entendemos ser relevante a apreensão e a análise do debate conceitual em torno da intersetorialidade e sobre o trabalho dos (as) Assistentes Sociais na articulação intersetorial na política de Saúde, tema que será abordado no próximo capítulo.

3 O DEBATE CONCEITUAL E O TRABALHO DOS ASSISTENTES SOCIAIS DA SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE

3.1 Situando o debate sobre a intersectorialidade¹⁴

A intersectorialidade possui conceituação polissêmica, com vários significados e possibilidades de aplicação, presentes nas diferentes áreas do conhecimento, dentre elas a Administração, Medicina, Serviço Social, Sociologia, dentre outras. Ao longo dos últimos 20 anos, esse termo vem ganhando visibilidade no âmbito das políticas públicas e, conseqüentemente, entre os saberes que aí se movimentam. (PEREIRA, 2014).

Assim, a intersectorialidade, além de princípio norteador das políticas públicas, tem sido considerada como “nova lógica de gestão, que transcende um único ‘setor’ da política social; e/ ou uma estratégia política de articulação entre ‘setores’ sociais diversos e especializados”. Outro entendimento concede ao termo o significado de integração entre saberes para a prática social, na medida em que o conceitua como “[...] instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo em comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas” (PEREIRA, 2014, p.23).

A autora destaca que as políticas sociais públicas (a exemplo da saúde, educação, previdência social, assistência social, transporte), compõem um todo indivisível, já que “cada política contém elementos das demais”, dificultando, assim, o financiamento, gestão, e execução de forma isolada (PEREIRA, 2014, p.25).

De acordo com Pereira (2014) o termo ‘setor’ empregado nas políticas sociais consiste em um arranjo técnico ou burocrático para facilitar o gerenciamento das demandas sociais no complexo campo das políticas sociais. Por isso, a intersectorialidade ora é definida “[...] como *articulação, soma, síntese, unidade, rede*, ora como *superação* da fragmentação desses ‘setores’”, significando, portanto, a integração dos setores (2014, p. 26).

O Prefixo *inter* deriva do latim e significa “posição no meio”, “reciprocidade”, “entre”, mas conforme Pereira (2014) a intersectorialidade numa concepção dialética, não se reduz a agrupamento de partes, mas um todo, formado por unidade de complexos, dependentes e condicionantes entre si.

Desta forma, o trabalho intersectorial possibilita mudanças da lógica de fragmentação das políticas sociais, gerando novas formas na prestação do serviço à população, e com isso,

¹⁴ Utilizou-se parte da discussão conceitual da Intersectorialidade produzida no nosso Trabalho de Conclusão da Residência sobre a temática, referente ao ano de 2017.

produzindo novos conceitos, valores e culturas, na organização do processo de trabalho e na estruturação da rede que concretiza as políticas sociais.

No âmbito da produção bibliográfica, destaca-se a reflexão sobre a temática nos campos de conhecimento da Saúde Coletiva e da Administração Pública. Sendo que na Saúde, a ênfase sobre intersectorialidade ocorreu com o debate do conceito ampliado de Saúde, no bojo do Projeto da Reforma Sanitária (MONNERAT; SOUZA, 2014).

No âmbito da Administração Pública, Junqueira; Inojosa; Komatsu (1997, p. 24), entendem a intersectorialidade como: “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social”. Os autores defendem a intersectorialidade no sentido de gestão e complementaridade entre os setores.

Cabe destacar que Junqueira; Inojosa; Komatsu (1997) apresentam análises sobre a intersectorialidade, sem aprofundamento dos processos histórico, econômico e social de conformação da fragmentação das instituições e estrutura governamental brasileira.

Na área da saúde, segundo Andrade (2004, p. 79) a intersectorialidade surge a partir do novo paradigma do processo saúde-doença, pautado nas determinações da saúde e nas estratégias de promoção à saúde que demandam “uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersectoriais”.

Neste sentido, Andrade (2004) compreende a intersectorialidade vinculada à concepção ampliada de saúde, enquanto estratégia de enfrentamento das múltiplas e complexas determinações do processo saúde-doença, envolvendo mais de uma política e instância que se encontram fora da área da saúde nas respostas às demandas sociais.

Para Andrade (2004) problemas complexos requerem abordagens interligadas e interdependentes. Mas o autor afirma que as políticas constituem modelos de “casinhas” paralelas, representadas por cada setor, operacionalizando as ações de forma desarticuladas com as outras políticas. Desse modo, “as casinhas representam os setores de saúde, educação, habitação, meio ambiente, urbanismo, cultura, esporte obras, etc. E cada uma se desenvolve em razão de suas demandas e de suas próprias soluções, operando a reafirmação do setor, em si para si” (ANDRADE, 2004, p. 309).

A intersectorialidade é compreendida por Andrade (2004) no sentido de práticas e saberes, baseada na construção de um novo espaço, a partir dos problemas concretos e a complexidade da realidade. Desta forma, a construção desse processo intersectorial, emerge

com a mediação entre os setores e a contribuição de cada, em suas particularidades, inclusive com suas práticas, saberes e identidade.

Esse espaço será construído com a contribuição dos setores, que ali aportam seu acúmulo histórico e organizacional, teórico e metodológico, reconhecendo, no entanto, não ser esse acúmulo setorial suficiente para uma formulação no campo das políticas públicas com capacidade de respostas à complexidade (ANDRADE, 2004, p. 310).

Neste sentido, as práticas intersetoriais possibilitam o envolvimento de cada setor, de forma articulada, no atendimento conjunto das necessidades da população. Andrade (2004) defende que a construção das práticas e saberes intersetoriais sejam feitas nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, hegemonicamente setorizados.

Na discussão da intersetorialidade identifica-se também a concepção do princípio de trabalho em redes, como estratégia da moderna gestão na garantia de direitos, para viabilização do processo de inclusão, sendo uma alternativa de enfrentamento das manifestações da "exclusão social", em especial na atenção às necessidades da família, criança e adolescente. Uma das representantes desta vertente é BOURGUIGNON (2001) e, em sua opinião a intersetorialidade:

Trata-se da articulação entre as políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas a proteção, inclusão e promoção da família vítima do processo de exclusão social. Considera-se a intersetorialidade um princípio que orienta as práticas de construção de redes municipais (Idem, p. 4).

De acordo com esta concepção, “o termo rede sugere a idéia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal” (BOURGUIGNON, 2001, p. 4).

A intersetorialidade, na perspectiva do trabalho em rede, se contrapõe à tradicional organização das políticas públicas de forma setorizada e desarticulada, pautada em uma gestão com características centralizadoras e hierarquizadas “[...] deixando prevalecer práticas na área social que não geram a promoção humana. Além disto, percebe-se que - cada área da política pública - tem uma rede própria de instituições e/ou serviços sociais”. (BOURGUIGNON, 2001, p. 2). Neste sentido, essa forma de gestão da política pública:

[...] gera fragmentação da atenção às necessidades sociais; paralelismo de ações; centralização das decisões, informações e recursos; rigidez quanto às normas, regras, critérios e desenvolvimento dos programas sociais; divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, unidade, instituição ou serviço participante da rede; fortalecimento de hierarquias e poderes políticos/decisórios e fragilização do usuário - sujeito do conjunto das atenções na área social (BOURGUIGNON, 2001, p. 2-3).

A autora destaca que as redes sociais constituem importante estratégia de enfrentamento das expressões da questão social em dada localidade, por isso, pressupõe articulação, conhecimento, aproximação da realidade local e de sua cultura. Assim como, vinculação à sociedade civil forte e organizada, através da participação social perante a administração pública.

Para Bourguignon (2001) as redes intersetoriais são aquelas que articulam o “conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente”. (BOURGUIGNON, 2001, p. 6)

A Política Nacional de Promoção de Saúde (2010) também compreende a intersectorialidade como articulação de diferentes setores para discussão das questões complexas de saúde, co-responsabilização pela garantia do direito à saúde enquanto direito de cidadania e mobilização de mecanismos para sua efetividade. Com isso, essa política aponta as ações intersetoriais como um processo que implica:

[...] na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2010, p.13-14).

Neste sentido, no âmbito da saúde, por exemplo, o Programa da Saúde da Família possui em sua formulação a perspectiva de trabalho intersectorial, busca envolver diferentes segmentos sociais para intervir nos determinantes sociais para além do setor saúde, produzindo impactos na promoção e condições de saúde e modificando as condições de vida da população, conforme aponta Monnerat e Souza (2014).

Sendo assim, a intersectorialidade consiste na articulação dos setores e instituições, equipes/ profissionais para responder determinada expressão da questão social que fora recortada, fragmentada por áreas, especialidades e políticas sociais, já que devido à complexidade da realidade, as necessidades e demandas dos sujeitos extrapolam um único setor.

A intersectorialidade também é definida como:

integração desses diversos setores para a consecução das ações públicas, ao mesmo tempo em que mantém as especificidades de cada área, vai além de cada setor, buscando a superação de práticas fragmentadas e a eficiência para atingir os objetivos e resultados. Dessa forma, a intersectorialidade nas políticas públicas é compreendida como uma articulação maior entre diversos saberes para alcançar um objetivo mais amplo (BELLINI et al. 2014).

Desse modo, compreendendo a realidade em suas múltiplas determinações e em sua totalidade, a organização das políticas sociais de forma setorial, embora possua particularidades, constitui arranjo burocrático, administrativo, bem como, arena de disputas teóricas, políticas e ideológicas, não dando conta de responder as demandas sociais em sua integralidade.

Assim como Costa (2010), entendemos que “a intersectorialidade não é mero somatório de partes, mas ação coordenada, conjugada e compartilhada por um objeto comum com base em clara direção social e/ou intencionalidade”.

Desta forma, apesar dos avanços na discussão da intersectorialidade, observa-se que muitos autores abordam esta temática a partir da lógica do planejamento/gestão das políticas sociais, porém, sem articulação com a gênese das desigualdades sociais e mediações com os projetos societários de classe, políticos, ideológicos, de dominação e de poder.

A construção da intersectorialidade e sua efetivação para além da dimensão técnica envolvem decisões políticas em fomentar ações conjuntas de planejamento, gestão e execução das políticas sociais.

Portanto, a materialização da intersectorialidade possui relação com os projetos societários e as respectivas direções e concepções teóricas a eles vinculados. Também perpassa o papel do Estado e sua responsabilidade na área social, especialmente nas políticas sociais, a configuração e formas de gestão e execução destas; estruturação dos serviços sociais, formação e inserção profissional em condições adequadas para viabilização e garantia dos direitos sociais.

A intersectorialidade vem sendo abordada na relação com a interdisciplinaridade, que busca superar o modelo disciplinar emergente com o capitalismo, em decorrência da divisão sociotécnica do trabalho e valorização da especialização, fragmentação do saber, dos objetos e práticas profissionais, tema a ser abordado no próximo item.

3.1.1 Disciplinaridade x Interdisciplinaridade

Em busca da superação da organização da ciência de forma disciplinar, autônoma e fragmentada, surgem novas modalidades de produção de conhecimento e práticas, visando intervir sobre objetos complexos no campo da realidade social.

Desta forma, em contraposição à abordagem disciplinar são formulados novos conceitos como a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade. Com

isso, novas modalidades de “práxis científicas” são construídas como alternativa à lógica da disciplinaridade e no enfrentamento das expressões da questão social que se apresentam na realidade de forma multifacetada.

Cabe destacar que estes conceitos não são neutros e constituem-se baseados em determinada concepção de mundo e matriz teórico-metodológica. Por isso, apresentam abordagens diversificadas e polissêmicas (ALMEIDA FILHO, 2000; MARIANO, 2013). Na literatura, diversos autores têm associado à discussão de intersectorialidade à interdisciplinaridade, como Junqueira (2000), Monnerat e Pereira (2009), Pereira (2014). Por isso, é importante trazer à tona os principais elementos deste debate.

Conforme aponta Pereira (2014), o termo interdisciplinaridade surgiu pela necessidade de superação do “estado de carência no campo do conhecimento, causado pelo aumento exagerado das especializações e pela rapidez no desenvolvimento de cada uma delas” (p. 27).

Na concepção de Pereira (2014), a interdisciplinaridade, contraposta à disciplinaridade, busca superar a metodologia positivista de cientificidade que levou à fragmentação do saber, tendo em vista aglutinar os saberes desconexos e independentes e recompor o conhecimento segmentado.

Neste sentido, Almeida Junior (2000), buscando avaliar e analisar criticamente as definições de disciplinaridade, bem como sua aplicação no campo prático-científico na área da saúde coletiva, com base nos estudos de Jantsch os quais foram adaptados por Bibeau (1996), apresenta abordagens e conceitos alternativos à lógica disciplinar, conforme elencadas a seguir:

multidisciplinaridade — conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico; é um sistema que funciona através da justaposição de disciplinas em um único nível, estando ausente uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares; *pluridisciplinaridade* — justaposição de diferentes disciplinas científicas que, em um processo de tratamento de uma temática unificada, efetivamente desenvolveriam relações entre si; seria, portanto, ainda um sistema mononível (como na multidisciplinaridade), porém os objetivos aqui são comuns, podendo existir algum grau de cooperação entre as disciplinas; de todo modo, por envolver campos disciplinares situados num mesmo nível hierárquico, há uma clara perspectiva de complementaridade, sem, no entanto, ocorrer coordenação de ações nem qualquer pretensão de criar uma axiomática comum; (...) *interdisciplinaridade* — para além da disciplinaridade, a noção de interdisciplinaridade implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas científicas conexas, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas; esta última, geralmente determinada por referência à sua proximidade a uma temática unificada, atua não somente como integradora e mediadora da circulação dos discursos disciplinares, mas principalmente como coordenadora do campo disciplinar; *transdisciplinaridade* — indica uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; estruturada em sistemas de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma base de conhecimento comum, com tendência à horizontalização das relações

interdisciplinares; a transdisciplinaridade piagetiana implica a criação de um campo novo que idealmente seria capaz de desenvolver uma autonomia teórica e metodológica perante as disciplinas que o originaram, como teria ocorrido com a moderna ecologia, oriunda da biologia evolucionista, em sua interface com as geociências (JANTSCH, 1972, apud ALMEIDA FILHO, 2000, P. 16 e 17 grifos originais).

Assim, Almeida Junior (2000), aponta a multidisciplinaridade como ineficaz para romper o paradigma disciplinar, já que pretende superá-lo a partir do somatório das partes, através do mecanismo espontâneo, ou seja, “como se a síntese pudesse ser produzida por meio de uma operação de adição” (p. 19).

O referido autor também faz a crítica aos conceitos de pluridisciplinaridade e interdisciplinaridade, já que em sua concepção estes apresentam “caráter ideológico, prescritivo ou normativo”, e não, de fato, à construção de uma proposta prática de apreensão-aproximação de objetos complexos, apresentando limitações em sua aplicabilidade (ALMEIDA JUNIOR, 2000, p. 19).

Por outro lado, defende a transdisciplinaridade como radicalização da interdisciplinaridade. Em sua concepção, a transdisciplinaridade compreende um processo, estratégia de ação e uma modalidade de prática, possuindo potencial transformador, na medida em que possibilita formulação de novos paradigmas revolucionários tanto no campo científico como na prática social. Para ele, a transdisciplinaridade se constitui como possibilidade de comunicação não entre as diferentes áreas ou disciplinas, mas com os “agentes da prática científica”, isto é, com os sujeitos que constituem estes campos de saberes, que através de formação transdisciplinar, seria possível transitarem por mais de um campo disciplinar, diferente dos especialistas que ficam restritos aos seus campos de atuação (ALMEIDA JUNIOR, 2000).

No entanto, diferente de Almeida Junior (2000), Pereira (2014), considera o prefixo inter como mais adequado em relação aos prefixos multi, pluri e trans na discussão da disciplinaridade, pois segundo a autora, o termo inter possui relação de totalidade e serve para expressar tanto a intersetorialidade como interdisciplinaridade, como explicitado a seguir:

O prefixo inter, aqui adotado, e que serve tanto para nomear a interdisciplinaridade quanto a intersetorialidade, remete à relação dialética; isto é, à relação que não redunde em um amontoado de partes, mas em um todo unido, no qual as partes que o constituem ligam-se organicamente, dependem umas das outras e condicionam-se reciprocamente (PEREIRA, 2014, p. 33).

Assim como Pereira (2014), compreendemos que a interdisciplinaridade se constitui de relações horizontais e de reciprocidade entre saberes distintos, objetivando recompor o

conhecimento e responder a complexidade da realidade social em sua totalidade (Pereira 2014).

Desta forma, como aponta a referida autora, a interdisciplinaridade não busca suprimir as particularidades, e sim construir uma unidade formada por diversos saberes. Contudo, a partir de um novo paradigma diverso do positivista o qual predomina a disciplinaridade e permeia, inclusive, propostas que visam à superação desta concepção.

Portanto, a interdisciplinaridade é fundamental para efetivação da intersetorialidade, pois permite a produção do conhecimento e intervenção prática por diferentes campos de saberes, de forma compartilhada e interdependente, já que uma única área do saber é incapaz de apreender a realidade em suas múltiplas dimensões e responder as necessidades dos sujeitos sociais em sua totalidade.

Outra categoria importante na discussão da intersetorialidade é a integralidade que constitui um dos pilares do SUS, uma política transversal, e que também possui diferentes sentidos, significados e concepções.

3.1.2 Relação entre intersetorialidade e integralidade

A integralidade remete à dimensão de totalidade, em suas múltiplas determinações, conexões e contradições. Na compreensão crítico-dialético, a totalidade é mediada por distintos níveis de complexidade, e não como agrupamento de partes, desconstituído dos processos históricos e das relações sociais e econômicas de produção e reprodução social que as determinam.

A integralidade pode ser entendida “tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação”, assim como, na garantia do acesso aos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 6).

Com isso, a integralidade não é apenas uma diretriz ou princípio constitucional, mas, segundo Mattos (2009) é uma bandeira de luta, uma “imagem-objetivo”, ou seja, a diferenciação do plano ideal do real, indicando a direção de transformação que se quer imprimir a realidade. Por isso, o autor afirma que a integralidade se refere a um conjunto de valores que valem a pena lutar, pois está relacionada a um ideal de sociedade mais justa e solidária.

Mattos (2009) atribui diferentes sentidos à integralidade, sendo o primeiro relacionado ao movimento da medicina integral, onde faz a crítica ao modelo de medicina fragmentada, reducionista e estritamente biologicista. Neste sentido, a integralidade consiste na promoção da saúde, compreendendo as necessidades de saúde para além da prevenção e controle das doenças, pautada na atuação conjunta entre os profissionais da saúde.

Desse modo, a integralidade expressa a concepção de saúde ampliada, pois relaciona outras dimensões sociais que a determinam e condicionam, para além dos aspectos biológicos. Para tanto, necessita de um conjunto de ações e serviços articulados para atender as necessidades dos sujeitos sociais, sejam de caráter individual ou coletivo.

Conforme Mattos (2009), o segundo sentido de integralidade está relacionado à organização dos serviços e práticas de saúde. Este sentido corresponde à crítica a dissociação que havia entre assistência médica (responsabilidade da Previdência) e saúde pública (gerida pelo Ministério da Saúde) que gerava consequências na organização e nas práticas dos serviços de saúde. Por isso, fez-se a posposta de articulação desses dois modelos de saúde, o que resultou na transformação das unidades de saúde pública e atividades profissionais, marcadas por programas e práticas verticais e fragmentadas.

Este segundo sentido de integralidade exigiu a construção da horizontalidade dos programas, organização dos serviços, para responder mais adequadamente as necessidades de saúde da população, levando em consideração os dados epidemiológicos. Assim,

a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2009, p. 61).

Assim, a integralidade compreende a organização da rede de atenção e processos de trabalho, ou seja, como se estrutura os serviços de saúde e de que maneira é prestada a assistência à saúde a população.

A integralidade é associada ainda ao sentido de especificidade, isto é, à configuração de certas políticas para responder questões específicas de saúde de determinados grupos populacionais. Para ele, a integralidade neste sentido, refere-se a “respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos” (MATTOS, 2009, p. 61).

Na concepção de Cecílio (2009) a integralidade, em uma primeira dimensão, resulta no esforço e cooperação de cada profissional e dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço de saúde. Denominada de ‘integralidade focalizada’, pois está

adstrita a determinado serviço e realizada através da apreensão e identificação das necessidades de saúde da população.

Neste sentido, a garantia da integralidade deve ser de responsabilidade do sistema de saúde, devendo ser objetivo da rede intrasetorial e não apenas do serviço, exigindo a construção dos fluxos de atendimento, já que as diferentes tecnologias em saúde se encontram distribuídas por variados serviços.

A outra dimensão Cecílio (2009) denomina de ‘integralidade ampliada’, consiste na articulação em rede, composta por cada serviço, equipe profissional e os outros serviços e instituições, a partir das necessidades concretas, materiais e espirituais dos sujeitos.

Por exemplo, o momento de alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel do contra-referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico (CECILIO; MERHY, 2003, p. 6).

Na dimensão citada acima, a integralidade tem sentido semelhante ao da intersectorialidade, pois defende a articulação entre os setores e profissionais na garantia do atendimento e necessidades de saúde dos usuários.

Desta forma, na direção crítica, a intersectorialidade é um mecanismo de materialização da integralidade, pois busca articular as políticas e serviços para promover os direitos dos cidadãos, considerando-os enquanto sujeitos dotados das dimensões particular, singular e universal.

Portanto, a intersectorialidade é um meio de consecução das ações em uma perspectiva de totalidade, ou seja, refere-se à articulação entre as políticas públicas no enfrentamento das determinações do processo saúde-doença, tendo em vista promover a integralidade. Assim, a articulação intersectorial é imprescindível na efetivação da integralidade no campo da intervenção prática.

Neste sentido, na concepção de Silva (2007), “o princípio de integralidade, aponta para o profissional a necessidade de, sistematicamente, escapar aos reducionismos da prática, ampliando a percepção das necessidades da população que cotidianamente busca o serviço” (2007, p. 11).

Contudo, a integralidade, enquanto princípio fundamental de atenção à saúde, tem se restringido ao “acesso de exames, consultas e procedimentos, com ênfase ao acesso a serviços e atenção de alta complexidade”, pautado no acesso à assistência médica, e não na concepção

ampliada de saúde que necessita de ações de caráter intersetorial para sua efetivação (COSTA, 2010, p. 135).

Além disso, Costa (2010) aponta que a integralidade é reduzida ao acesso e articulação entre os níveis de complexidade do SUS, sendo ignorada a formulação de estratégias para articulação de ações com as demais políticas sociais.

A integralidade, como princípio norteador de atenção à saúde, envolve: compreensão dos sujeitos na relação com o todo; a organização da política e serviços de saúde de maneira descentralizada e articulada entre os níveis de complexidade e demais políticas e relações de trabalho horizontais, pautadas em saberes e práticas compartilhadas, visando à garantia da saúde ampliada e proteção social.

Portanto, a noção de integralidade perpassa a relação Estado/ sociedade, a configuração e concepção de políticas sociais, as formas de organizações dos serviços e como são materializadas as práticas profissionais.

Outra categoria central vinculada à intersetorialidade é a descentralização, prevista na CF de 1988, e que estabelece a delegação de poderes, competências e responsabilidades entre os entes governamentais, além de mecanismo de participação e controle social.

3.1.3 Interface entre intersetorialidade e descentralização

A descentralização é uma diretriz importante na estrutura governamental, na gestão e execução das políticas sociais. Além disso, redefiniu a relação entre Estado e Sociedade, prevendo a democratização e participação social no planejamento, gestão, execução e avaliação das políticas públicas e sociais.

A descentralização na gestão das políticas sociais representou avanços, ao permitir maior participação e controle social dos cidadãos na elaboração, execução e fiscalização das normatizações, projetos e programas sociais. No entanto, não significou alteração nos padrões de organização e práticas, pois “apesar dos serviços serem dirigidos aos mesmos grupos sociais, que ocupam o mesmo espaço geográfico, eles são executados isoladamente por cada política pública” (JUNQUEIRA, 1997, p. 32), não considerando os sujeitos sociais em sua integralidade.

No debate entre intersetorialidade e descentralização, Junqueira (1997), a partir da experiência concreta de gestão desenvolvida no município de Fortaleza-CE, defende a gestão articulada não apenas das políticas sociais, mas do conjunto das políticas públicas, como forma de melhorar a qualidade de vida dos munícipes. Apesar das contribuições, o autor não

aborda a temática articulada na dinâmica das relações sociais e reduz a desigualdade à questão de gestão das políticas sociais.

Na área da saúde, a descentralização modifica as formas de organização do trabalho, uma vez que os serviços e unidades de saúde devem ser implementados de forma regionalizada/territorializada, de acordo com níveis de complexidade, exigindo o trabalho articulado para responder as questões de saúde da população.

No entanto, ainda existem inúmeros desafios para efetivação da descentralização, como: a centralização de recursos no âmbito federal; a existência de teto dos gastos na área social e a falta de capacidade financeira de muitos Estados e municípios para arcar com a oferta da rede de serviços em condições adequadas para atendimento da população.

Assim, a descentralização possibilita a transferência de poder de decisão, apreensão e incorporação das requisições dos sujeitos situados em dado território, a democratização dos processos de gestão e a execução das políticas sociais e controle social da sociedade sobre a esfera pública e ações do Estado.

Desse modo, ao mesmo tempo em que a descentralização permite a incorporação das demandas da população no arcabouço legal, em função da reestruturação político-administrativa, também representa mudanças na formulação, gestão e execução dos serviços sociais no âmbito estatal, com transferência de responsabilidades do nível federal para Estados e municípios. Por outro lado, a partir da contrarreforma do Estado, a descentralização vem sendo defendida e implementada no sentido de transferência da responsabilidade estatal a instituições não-governamentais e instituições privadas

Sendo assim, com a descentralização na execução dos serviços sociais pelo Estado, transferindo a sua iniciativa ao setor privado, o acesso aos direitos, isto é a cidadania em suas diferentes esferas torna-se relativizada, passando a adquirir novos significados perpassados pela lógica do mercado/ assistencialização e negação.

As ações desenvolvidas pelas diversas instituições denominadas não-governamentais na área social não são planejadas para atuar de forma articulada em prol da resolução de objetivos em comum, mas são movidas por objetivos e finalidades particulares, ou seja, cada uma atua segundo seus interesses, e isso pode dificultar o processo de desenvolvimento de ações intersetoriais tanto no âmbito do planejamento, gestão das políticas e serviços sociais quanto no nível de execução e estabelecimento de mecanismo de controle social.

É importante destacar que para além das políticas sociais, a intersetorialidade possui interface com outras dimensões que interferem na organização social e na configuração dos sujeitos. Desta forma, a intersetorialidade engloba ações no âmbito da macropolítica, ou seja,

estratégias de formulação, planejamento, gestão e execução de planos, programas e projetos articulados entre as políticas sociais e demais políticas públicas, além da micropolítica relacionada às práticas e competências profissionais (COSTA, 2010).

Assim, o trabalho intersetorial não se trata de um processo espontâneo, mas envolve ações planejadas e coletivas, compartilhamento de saber e poder, criação de canais de comunicação e novas formas de intervir na realidade social (SILVA, 2007). O trabalho na perspectiva intersetorial exige mudanças organizacionais e culturais, assim como mudanças de paradigmas e práticas sociais.

Com isso, a intersetorialidade compreende o planejamento, gestão, financiamento, execução e compartilhamento das responsabilidades entre os níveis governamentais. Além da delimitação das competências, levando em consideração a realidade e particularidades de determinado território, região geográfica e população, tendo em vista a construção de serviços articulados e ações conjuntas em torno de objeto em comum.

Portanto, a perspectiva do trabalho intersetorial consiste em uma estratégia de articulação de diferentes instâncias governamentais, instituições/ setores e profissionais para responder as múltiplas e complexas determinações no processo de saúde-doença, buscando garantir os direitos sociais e atenção à saúde em sua concepção ampliada. Desse modo, a intersetorialidade representa

uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais [...] (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 7).

No entanto, um dos desafios da intersetorialidade refere-se à abrangência geográfica de cada política, em função de disputas políticas, corporativas, de saberes, orçamento e poder, dificultando, assim, a delimitação de objetos de intervenção em comum (MONNERAT; SOUZA, 2014).

Além disso, com o desmonte das políticas sociais e a contrarreforma do Estado na área social, o modelo fragmentado das políticas tende a agravar o processo de desproteção social e o não acesso aos direitos sociais de responsabilidade do Estado.

Embora a intersetorialidade constitua possibilidade de enfrentamento da desarticulação do acesso aos serviços pelos sujeitos sociais, “não tem o poder de superar iniquidades que se vinculam às desigualdades de classes, cuja superação vincula-se ao nível de participação e organização das classes dominadas em torno de construção de um projeto de classe para si” (COSTA, 2010, p. 123).

A intersetorialidade em uma perspectiva crítica constitui uma bandeira de luta, um processo dialético de negação/afirmação, buscando romper a lógica de fragmentação da formulação e implementação das políticas e serviços sociais. Portanto, é um movimento de resistência à agenda neoliberal e de luta para assegurar o acesso aos direitos legalmente instituídos, apesar do processo oposto de negação e desmonte dos mesmos.

3.2 O trabalho do Assistente Social na articulação intersetorial na área da saúde

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho que tem como mediação privilegiada do seu trabalho a atuação no campo das políticas públicas. Na área da saúde desenvolve seu fazer profissional dentro das equipes de saúde, pois na efetivação dos princípios dos SUS nenhuma especialidade isoladamente é capaz de realizar a totalidade das ações em saúde. Assim,

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, e particularmente na saúde integram o processo coletivo do trabalho em saúde. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 10)

Desta forma, o Assistente Social, no campo da saúde, tem papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes do SUS, contribuindo na “[...] promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde” (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 8).

Portanto, existe uma afinidade entre o projeto ético-político profissional e o Projeto da Reforma Sanitária. Ambos os projetos têm como pontos em comum: a defesa do Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde, além da defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.

Nesta perspectiva, o documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” afirma que cabe ao Serviço Social, em uma ação articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS, “reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária”. (CFESS, 2010, p. 29 apud FIGUEREDO, 2017)

De acordo com o referido documento, a atuação competente e crítica do Serviço Social, na área da saúde, dentre outras ações, consiste em:

conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; (...) buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde (...) e 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, 2010, p. 30 apud FIGUEREDO, 2017, p. 51).

Desta forma, o assistente social possui como competência o levantamento de dados socioeconômicos, a fim de conhecer as condições de vida dos usuários e seus familiares que interferem no processo saúde-doença, bem como, elaborar estratégias, fazer orientações e encaminhamentos para viabilizar promoção, tratamento e acompanhamento, conforme as necessidades de saúde, nos serviços de referência e contrarreferência dos SUS e em outras políticas sociais.

O assistente social em seu exercício profissional mobiliza diversos serviços de diferentes políticas sociais para a materialização dos direitos demandados pelos usuários, por isso, é necessário conhecer a rede de serviços disponível para além do espaço sócio-ocupacional onde o profissional se insere (FIGUEREDO, 2017).

No cotidiano profissional, os (as) assistentes sociais realizam a socialização de informações aos usuários sobre a rede de serviços e a forma de seu funcionamento, contatos e articulações institucionais, além da sistematização desse processo, no entanto, ainda existe uma lacuna teórica na discussão da intersetorialidade no interior da profissão (FIGUEREDO, 2017).

Com isso, como aponta Costa (2010), é necessário que o assistente social, em sua intervenção, conheça o seu espaço socioinstitucional, a dinâmica e capacidade de atendimento das políticas sociais, bem como das instituições públicas e privadas, com o intuito de buscar dar respostas às necessidades da população atendida.

Neste sentido, diante das diversidades de demandas emergentes das expressões da questão social, o assistente social precisa se apropriar de diferentes campos de conhecimento e trabalhar com outras especialidades tanto no nível intrasetorial quanto no campo intersetorial.

No campo da intersetorialidade, o Serviço Social tem contribuído na viabilização do “acesso de parcela significativa dos usuários do SUS a direitos, bens e serviços negligenciados, ignorados pelas mais diversas políticas sociais públicas” (COSTA, 2010, p. 229).

Sendo assim, é necessário que o assistente social, em seu exercício profissional, se instrumentalize das competências teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política para desenvolver um trabalho competente, qualificado e comprometido com os interesses da população. Além disso, para realizar os encaminhamentos e socializar as informações, o profissional precisa conhecer e fazer o levantamento dos recursos da rede assistencial.

Desta forma, os assistentes sociais, em seu cotidiano, trabalham com diversos setores e políticas sociais, realizando articulação e desenvolvendo ações, através de contatos e encaminhamentos, com a finalidade de viabilizar acesso aos direitos e a proteção social da população atendida. Neste sentido, Mioto e Schütz (2011, p. 15) afirmam que os assistentes sociais

[...] Buscam-se todos esforços possíveis para atender as famílias em sua integralidade. Há a tentativa de trabalhar com a rede familiar, informal, e a com a rede formal ampla, entre os profissões e setores, na qual demanda-se que o Serviço Social acione as diversas políticas públicas.

Na área da saúde, o Serviço Social vem atuando no interior das equipes de saúde, multidisciplinar e interdisciplinar, estabelecendo articulações com profissionais de saúde, setores e instituições de maneira intrasetorial e intersetorial, buscando suprir as necessidades sociais básicas que afetam diretamente a saúde dos usuários.

No seu exercício profissional, os Assistentes Sociais fazem contatos, envio de relatórios, reuniões (multiprofissionais e interinstitucionais), tendo em vista, envolver outros profissionais e unidades de saúde na resolutividade de questões complexas, bem como, compartilham responsabilidade com outros níveis de atenção na continuidade da assistência à saúde dos usuários, promovendo a construção de formas de intervenção articuladas entre a alta complexidade, serviços especializados e a atenção básica.

Sendo assim, faz parte do trabalho do assistente social desenvolver ações de caráter intersetorial, isto é, no âmbito interventivo, a intersetorialidade constitui uma particularidade do Serviço Social, em função da matéria de trabalho e formação generalista, no entanto, depende da responsabilidade e papel do Estado na formulação, gestão e implementação das políticas públicas para viabilizar acesso aos serviços e direitos sociais individuais e coletivos da população em suas diferentes necessidades.

No próximo capítulo apresentamos os resultados da pesquisa referente ao estado da arte da intersetorialidade produzida pelo Serviço Social Brasileiro na política de saúde, a partir do banco de dados da CAPES.

4 POLÍTICA DE SAÚDE, INTERSETORIALIDADE E SERVIÇO SOCIAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

4.1 Pressupostos metodológicos

Este trabalho se baseia na revisão bibliográfica de produções identificadas junto ao banco da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com recorte da intersectorialidade no trabalho do Assistente Social na área da saúde.

Sendo assim, esta pesquisa é proveniente de fontes secundárias de pesquisa bibliográfica que consiste numa “modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico”, assim como “[...] ‘estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica’” (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 5).

Além disso, realizou-se, neste estudo, análise documental das legislações que regulam as políticas públicas e o exercício profissional do Serviço Social no âmbito da saúde, no sentido de examinar a intersectorialidade nas diretrizes, objetivos, linhas de ação, bem como, outros aspectos relevantes relacionados à temática, confrontando com os dados da pesquisa.

De acordo com Helder (2006 apud SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUNINANI, 2009, p. 3) “A técnica documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor. [...] é uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas’. Sendo assim, a pesquisa documental, “propõe-se a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos” (OLIVEIRA, 2007 apud SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 14).

O presente estudo tem abordagem qualitativa, pois trabalha com nível de realidade que não pode ser traduzido em números ou quantificado, expressa os significados e valores.

Esta pesquisa foi realizada junto à base bibliográfica da CAPES, utilizando-se a palavra-chave “intersectorialidade”, abrangendo teses e dissertações. No entanto, em razão do elevado número dos resultados encontrados com o descritor acima e a necessidade de estabelecer critérios direcionados ao objeto de estudo, refinou-se a busca pela Área do Conhecimento, com recorte na área de Serviço Social, e o filtro “Serviço Social” e “Serviço Social Aplicado”.

A escolha pela pesquisa no Banco da CAPES ocorreu em função da relevância e capilaridade que esta instituição possui na produção de conhecimento no âmbito da pós-graduação na esfera nacional. E também porque as pesquisas científicas feitas nas “bases de dados e sistema de busca” vem assumindo grande importância com os avanços tecnológicos e a informatização que têm propiciado “a ampla disseminação de materiais bibliográficos em formato eletrônico” (GIL, 2008, p. 65).

Conforme Gil (2008), as teses e dissertações são fontes importantes para a pesquisa científica, já que muitas são formadas por investigações científicas originais ou por revisão bibliográfica rigorosa.

Assim, neste estudo, utilizou-se a pesquisa bibliográfica das teses e dissertações produzidas pelo Serviço Social que discutem a intersectorialidade na Política de Saúde no Brasil. A referida pesquisa ocorreu em dezembro de 2019 e foi desenvolvida sem demarcação temporal para que fosse identificada a totalidade das produções elaboradas pela categoria relacionadas à temática.

A partir do parâmetro estabelecido, no primeiro levantamento, localizou-se um total de 135 produções, sendo 23 teses e 112 dissertações. Com o objetivo de fazer o recorte do objeto, foi necessário analisar, através da leitura dos títulos e análise dos resumos, a pertinência das produções encontradas com a temática de estudo e, posteriormente, selecionar os trabalhos sobre a intersectorialidade com interface com a política de saúde e o trabalho do Assistente Social.

Na seleção do material encontrado também foram analisadas as palavras-chave com o intuito de averiguar se as produções possuíam menção às políticas sociais, incluindo a "Política de Saúde", "intersectorialidade", "Serviço Social", visando definir melhor o recorte da pesquisa.

Além da leitura dos resumos para identificar e selecionar as produções com relação direta ao objeto em estudo, em alguns trabalhos, por falta de clareza e objetividade dos resumos, foi necessário a leitura do trabalho para avaliar a pertinência ou não à pesquisa proposta. Assim, foram adotados como critérios de exclusão as produções sem relação direta com intersectorialidade, política de Saúde e o trabalho do Assistente Social.

Com base nos critérios estabelecidos, em relação ao total das 23 teses pesquisadas, 04 (quatro) produções possuem relação com o objeto de estudo. Enquanto do total de 112 dissertações, somente 11 (onze) estavam relacionadas à intersectorialidade, política de saúde e o Serviço Social.

Dessa forma, após seleção acurada, encontrou-se, no Banco da CAPES, o total de 15 teses e dissertações referentes ao objeto de estudo, mas havia apenas 7 arquivos disponíveis para acesso, sendo três teses e 4 dissertações. Face ao exposto, realizou-se a busca das produções sem arquivo em outras Plataformas e Bibliotecas virtuais de Teses e Dissertações das Universidades onde estes trabalhos eram vinculados.

Havia cinco títulos¹⁵ com divulgação no banco da CAPES apenas com os resumos, porém, através da busca no acervo da Biblioteca virtual da Universidade foram encontrados os arquivos completos (pdf's) destas dissertações.

Cabe destacar, que entre as produções não encontradas no Banco de Pesquisa da CAPES, uma dissertação era anterior à Plataforma Sucupira, por isso esta¹⁶ encontra-se indisponível para consulta no Banco de pesquisa da Capes e também na Biblioteca virtual da Universidade vinculada, o que inviabiliza a análise dos dados. Outro trabalho¹⁷ não possui arquivo em formato completo disponibilizado no banco de dados da CAPES nem foi possível localizá-lo em outros bancos de dados.

Além disso, uma das dissertações selecionada apresentava como tema de estudo a Política de Saúde, Serviço Social e Intersetorialidade¹⁸, porém após leitura minuciosa verificou-se que a política de habitação é que era enfatizada no debate da temática, por isso, foi excluída da análise.

Desta forma, o universo da pesquisa envolve o total de 12 produções entre teses e dissertações encontradas na base da CAPES, datas de 2010 a 2019. Evidenciando um quantitativo pequeno e relativamente recente do debate da intersectorialidade no interior da profissão.

Desta forma, neste estudo, pretendeu-se examinar como a discussão da intersectorialidade vem sendo construída no interior do Serviço Social e retratada na produção bibliográfica, a fim de traçar um panorama do estado da arte sobre a temática.

Assim, com o intuito de apreender o cenário das produções ao respeito do tema, buscou-se realizar o mapeamento das produções envolvendo os seguintes critérios: unidade de ensino, ano, orientador, gênero dos pesquisadores, políticas sociais relacionadas na discussão da intersectorialidade, categorias relevantes ao objeto de estudo.

¹⁵ Todas vinculadas a Universidade Federal da Paraíba.

¹⁶ A dissertação de autoria de Abreu (2009), intitulada “A intersectorialidade no processo de construção da política de saúde Brasileira”.

¹⁷ Dissertação de Pozzer (2017). “A intersectorialidade da política pública de saúde: reflexões necessárias”.

¹⁸ Dissertação de MENDES (2017). “POLÍTICA DE SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: um estudo no município de Ituiutaba/MG”.

Também buscou-se identificar no material de pesquisa as categorias do método de estudo e os eixos que têm interface com o debate da intersectorialidade, dentre eles: interdisciplinaridade, integralidade, descentralização, saúde ampliada e atuação do Assistente Social no trabalho intersectorial.

Com isso, procurou-se identificar a fundamentação teórica-metodológica que permeia o debate da temática, analisar a concepção de intersectorialidade construída pela categoria e as contribuições dos assistentes Sociais da Política de Saúde na construção da intersectorialidade. Pretendeu-se ainda situar os limites, desafios e possibilidades para efetivação da intersectorialidade no exercício profissional dos (as) Assistentes Sociais inseridos (as) na Política de Saúde.

Desse modo, a análise da intersectorialidade requer compreender sua importância no contexto de implementação das políticas sociais, bem como, a reflexão das abordagens conceituais, pois a discussão dessa temática constitui “um processo que extrapola o âmbito da dimensão técnica, tendo como conjugação as dimensões políticas, ideológicas e culturais” (MARIANO, 2013, p. 68).

Desta forma, após levantamento e coleta dos dados, foi feita a seleção do material, por meio da leitura exaustiva, a fim de verificar a presença ou ausência de elementos e a pertinência do material encontrado com o objeto de estudo. No momento da exploração do material, procedeu-se a codificação, por meio recorte do texto em unidades de registro, classificação dos dados, identificação e agrupamento em determinadas categorias. Posteriormente, realizou-se a análise e interpretação dos dados a luz do referencial teórico-metodológico que fundamenta o presente trabalho. (LAKATOS; MARCONI, 1986).

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (1997) consiste em:

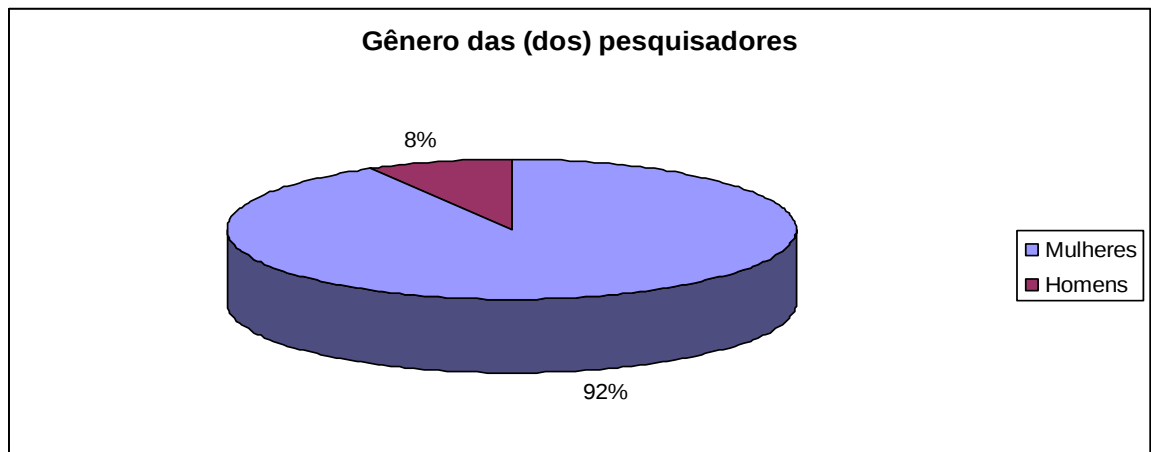
Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1997, p.42)

Essa técnica busca desvendar os sentidos dos dados contidos nos documentos, falas e depoimentos, com a finalidade de analisá-los e interpretá-los.

4.2 Panorama da Produção bibliográfica do Serviço Social na área da saúde sobre a intersectorialidade

Esta pesquisa procurou traçar um breve perfil sobre as produções do Serviço Social a respeito da intersectorialidade no contexto da saúde, buscando compreender o gênero dos (as) pesquisadores (as), regiões do país, unidades de ensino, ano de publicação e as áreas articuladas na discussão da intersectorialidade, conforme a seguir.

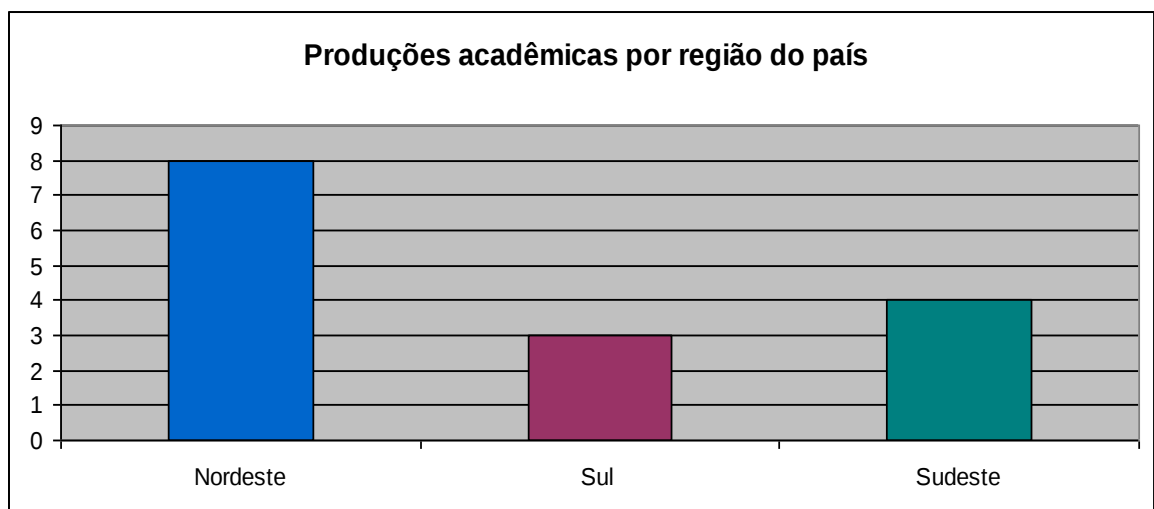
Gráfico 1 Produções Acadêmicas do Serviço Social sobre a intersectorialidade na saúde, segundo gênero dos pesquisadores, com base na CAPES



Elaboração Própria. Fonte: CAPES, dezembro de 2019

Mais de 90% das produções acadêmicas investigadas foram elaboradas por mulheres, refletindo o perfil da categoria do Serviço Social composta, majoritariamente, pelo gênero feminino.

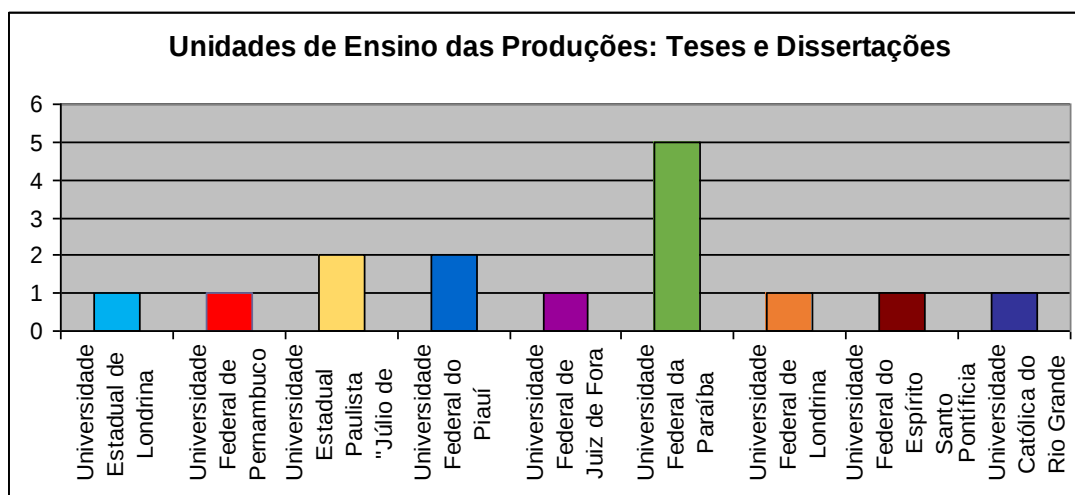
Gráfico 2 Produções Acadêmicas do Serviço Social sobre a intersectorialidade na saúde, segundo regiões do país, com base na CAPES



Elaboração Própria. Fonte: CAPES, dezembro de 2019

A região nordeste concentra maior número, com 08 produções acadêmicas referentes ao debate da intersectorialidade. Cabe ressaltar que, deste total, cinco publicações são oriundas da Universidade Federal da Paraíba e fazem parte da mesma área de concentração, vinculadas ao núcleo de Pesquisa que discute a temática, e as demais são da Universidade Federal de Pernambuco e do Piauí. Em seguida aparece região sudeste com 04 produções referentes à Universidade Federal do Espírito, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho e Universidade Federal de Juiz de Fora. Depois, a região Sul com total de 03 produções, sendo duas da Universidade Estadual de Londrina e outra Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, conforme gráfico a seguir

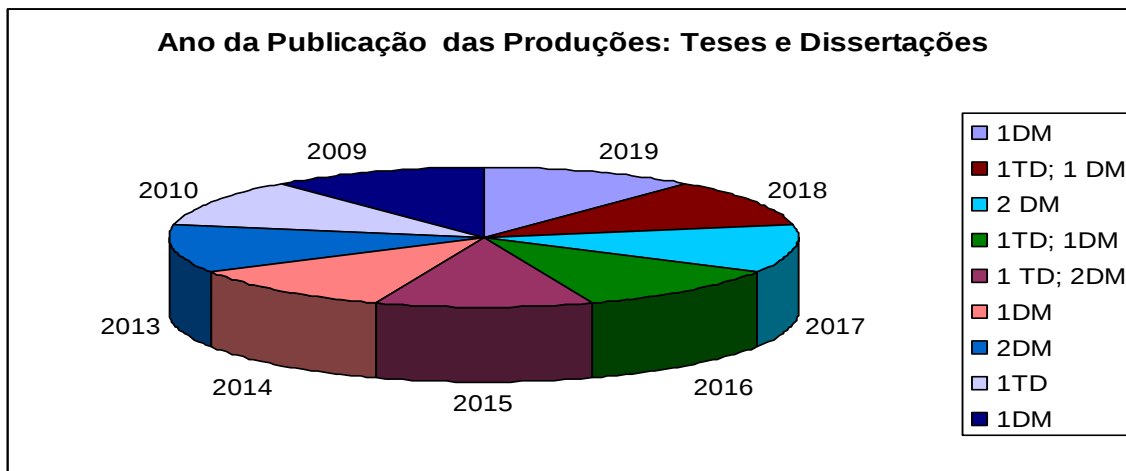
Gráfico 3 Produções Acadêmicas do Serviço Social sobre a intersectorialidade na saúde, segundo unidades de Ensino, com base na CAPES



Elaboração Própria. Fonte: CAPES, dezembro de 2019

No que se refere à natureza das Unidades de Ensino, apenas uma das produções analisadas é vinculada à Universidade particular, a ampla maioria são oriundas de universidades federais e estaduais, evidenciando a relevância das instituições públicas na produção, pesquisa e difusão da ciência e conhecimento na sociedade brasileira.

Gráfico 4 Produções Acadêmicas do Serviço Social sobre a intersectorialidade na saúde, segundo ano de publicação, com base na CAPES



Elaboração Própria. Fonte: CAPES, dezembro de 2019

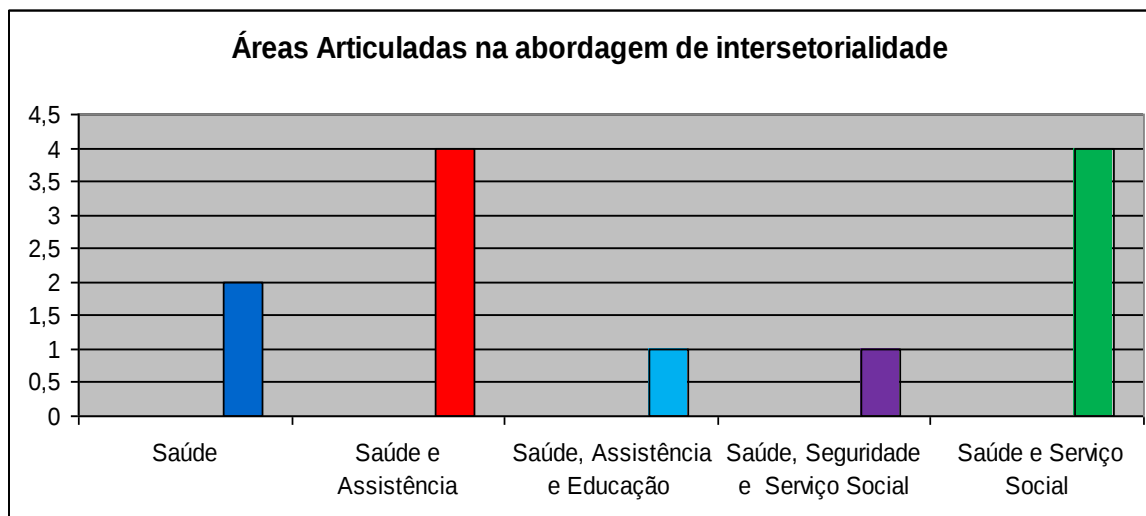
Como informado anteriormente, a pesquisa no banco da CAPES foi realizada sem estabelecimento de critério temporal, mas somente a partir de 2009 foram encontradas produções do Serviço Social dentro dos critérios estabelecidos.

A produção referente ao ano de 2009 não foi contemplada no presente estudo, pois não foi localizada no banco da CAPES nem nas Unidades/ Programas de pós-graduação. Além disso, foram excluídas as produções do ano de 2017¹⁹, uma delas devido à ausência de publicização do trabalho e a outra porque após leitura aprofundada verificou-se que enfatizava a política de habitação, em desacordo com os critérios estabelecidos neste estudo.

Considerando os critérios de exclusão, os trabalhos selecionados para análise, em conformidade com nosso objeto de estudo proposto, correspondem ao total de 12 (doze) produções entre teses e dissertações, circunscritas entre os anos de 2010 até 2019, retratadas no gráfico a seguir.

¹⁹ As Dissertações de Pozzer (2017) e de Mendes (2017).

Gráfico5 Produções Acadêmicas do Serviço Social sobre a intersectorialidade na saúde, segundo áreas de articulações, com base na CAPES



Elaboração Própria. Fonte: CAPES, dezembro de 2019

Como é possível verificar neste gráfico, a maioria das produções analisadas articula a discussão da intersectorialidade na política de saúde com outras políticas sociais, sobressaindo a política de assistência social, totalizando 04 trabalhos e a área do Serviço Social com a mesma quantidade.

Desta forma, percebe-se que os autores buscaram compreender a intersectorialidade na sua relação com outras políticas e no exercício profissional do Assistente Social, tendo em vista que as demandas de natureza intersectorial têm recaído sobre estes profissionais.

A pesquisa demonstra que embora a intersectorialidade venha ganhando relevância no debate da política social, seja no plano normativo ou na operacionalização, ainda existe pouca produção acadêmica do Serviço Social sobre a temática.

Quadro 1. Teses produzidas pelo Serviço Social sobre intersectorialidade na saúde

Área do Conhecimento	Nº	ANO
Intersectorialidade, Saúde e Assistência Social	2	2015; 2016
Intersectorialidade, Saúde ²⁰ e Serviço Social	2	2010; 2018
Total	4	-

Elaboração Própria. Fonte: CAPES, dezembro de 2019

²⁰Também debate a intersectorialidade a partir da atuação dos assistentes sociais na Política de Saúde Mental

Quadro 2. Dissertações produzidas pelo Serviço Social sobre intersectorialidade na Saúde

Área do Conhecimento	Nº	ANO
Intersectorialidade e Saúde ²¹	2	2013; 2015
Intersectorialidade, Saúde ²² e Assistência Social	2	2014; 2015
Concepções de Intersectorialidade	1	2019
Intersectorialidade, Serviço Social e Seguridade Social	1	2018
Intersectorialidade, Serviço Social e Saúde	2	2013; 2016
Total	8	-

Elaboração Própria. Fonte: CAPES, dezembro de 2019.

Um dos achados da pesquisa é que mais da metade das produções do Serviço Social discutem a intersectorialidade no contexto da política social, especialmente a partir da política de saúde articulada a Seguridade Social. Destas, duas são referentes à intersectorialidade e saúde, com ênfase na Política de Saúde Mental e outras quatro debate a intersectorialidade em articulação com a Política de Saúde e Assistência Social, especialmente, os Programas Estratégia Saúde da Família e o Programa Bolsa Família.

Esses dados corroboram a literatura que aponta a política de saúde mental e a Estratégia Saúde da Família como as áreas da saúde que mais tem avançado na construção da intersectorialidade enquanto diretriz de trabalho.

Verifica-se um número considerável de produções na área da Saúde que articulam a discussão da Intersectorialidade com a Política de Assistência Social, isso pode ser explicado pelo fato de a intersectorialidade constituir diretriz da Política de Assistência Social e em razão da grande demanda da população de ser inserida em programas, projetos e serviços no âmbito desta política, em consequência do agravamento da questão social.

E embora faça parte do exercício profissional do Assistente Social, menos da metade das produções investigadas, totalizando cinco trabalhos, analisam a contribuição do Serviço Social na materialização da intersectorialidade na saúde. Estas produções procuram desvendar a especificidade do Serviço Social no trabalho intersectorial, compreender a natureza das demandas e respostas profissionais, os meios empregados, às ações realizadas pelo Assistente

²¹ Cabe destacar que um trabalho se refere à discussão da intersectorialidade na Política de Saúde Mental e o outro no Programa Estratégia de Saúde da Família.

²²Um deles analisa a intersectorialidade na interface da Estratégia de Saúde da Família e Programa Bolsa Família.

Social na concretização intersectorialidade, assim como, os limites na efetivação desse trabalho.

Nas produções investigadas, os (as) autores relacionam diversos conceitos para debater a conceituação e efetivação da intersectorialidade, conforme explicitado a seguir.

Quadro 3. Principais conceitos utilizados nas produções do Serviço Social para debater a intersectorialidade

Integralidade
Saúde Ampliada
Interdisciplinaridade
Descentralização/ território
Terceiro Setor
Controle social

Elaboração Própria. Fonte: CAPES, dezembro de 2019.

A integralidade é o conceito associado à intersectorialidade mais recorrente nas produções analisadas. E Pereira (2012) destaca-se como a autora do Serviço Social mais utilizada na conceituação de integralidade, possivelmente em razão da análise dialética destes termos e de apreendê-los no sentido de totalidade e associado a direitos. Com isso, a integralidade é entendida para além de acesso aos níveis de complexidade de saúde, demandando articulação com diversos níveis de determinações do processo saúde-doença.

A intersectorialidade também é atrelada à categoria de saúde ampliada com base em Andrade (2005); Costa (2010) e Monnerat (2011) que colocam a necessidade de articulação e planejamento conjunto entre os setores no enfrentamento aos determinantes e condicionantes de saúde.

Encontrou-se ainda a intersectorialidade relacionada à categoria de interdisciplinaridade que, contraposta à lógica positivista de fragmentação do conhecimento, visa à produção e prática de saberes compartilhados, por meio de relações horizontais. As principais autoras atreladas a esta discussão são Inojosa (2001); Junqueira (2000) e Pereira (2012).

Outra categoria associada à intersectorialidade é a descentralização cujos autores mais utilizados são oriundos da área da Administração, como: Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) que compreendem a descentralização como nova forma de conhecimento das necessidades locais e possibilidade de participação social no atendimento das necessidades sociais. Algumas produções criticam esta perspectiva porque tais autores (as) defendem a atuação das instituições não-governamentais na prestação das ações de natureza intersectorial. Observa-se

que as produções do Serviço Social, apesar de utilizarem os conceitos dos autores (as) citados (as), compreendem a descentralização como mecanismo de democratização, participação e transferência de poder, responsabilidade e recursos das instâncias federais para os governos estaduais e municipais. A descentralização é tida como ferramenta importante de corresponsabilização e cogestão no planejamento, execução e avaliação conjunta entre as três esferas governamentais para efetivação da intersetorialidade.

O terceiro setor é outro conceito que aparece na discussão da intersetorialidade, seja através das direções sociais e formulações teóricas de autores que sustentam a perspectiva neoliberal de transferência estatal às instituições não-governamentais na prestação dos serviços sociais, seja por causa das consequências da contrarreforma formulada por Bresser Pereira que provoca o enxugamento de serviços socioassistenciais de responsabilidade estatal, ao mesmo tempo, em que fomenta a ampliação das instituições/organizações do chamado terceiro setor, colocando a necessidade de os profissionais recorrerem a estas em busca de resolutividade das demandas dos usuários.

Nas produções investigadas, a participação e controle social democrático também são conceitos considerados indissociáveis na construção da intersetorialidade, pois pressupõe atuação conjunta de diferentes setores, poderes, gestores, segmentos de trabalhadores e usuários. Neste sentido, a intersetorialidade pode contribuir na garantia da democratização da gestão e execução das políticas sociais, efetivação e ampliação da cidadania e dos direitos dos usuários das diferentes políticas sociais.

4.3 Concepções e sentidos de intersetorialidade analisadas na produção do Serviço Social da Política de Saúde articulada com outras políticas sociais, com base no banco de Produção da CAPES

4.3.1 Intersetorialidade enquanto componente do processo de gestão

Parte das produções investigadas defende a importância da intersetorialidade como componente estruturante da gestão pública e das políticas sociais para ser efetivada tanto na direção mais progressista e ampliada quanto na lógica do modelo gerencial de eficiência, otimização dos recursos e integração.

Conforme estudo de Brevilheri²³ (2016), a intersetorialidade como estratégia de gestão requer decisão política, especialmente, dos gestores para ser efetivada. A autora defende que a

²³ Tese de Doutorado (T.D).

intersectorialidade não deve se restringir a operacionalização no nível local, mas fazer parte das decisões do nível central, tendo em vista sua estruturação como estratégia de gestão.

De acordo com Brevilheri (2016) a intersectorialidade, enquanto estratégia de gestão, não visa à superação da organização setorializada das políticas sociais, mas busca “contribuir no enfrentamento da ausência de articulação, de comunicação e da fragmentação das políticas sociais, que impedem a visão de totalidade da realidade social e a garantia da integralidade da proteção social” (p. 210).

A autora acrescenta que a “intersectorialidade não desconsidera a importância das ações setoriais, mas supõe ações coletivas entre os distintos setores que trazem saberes e experiências acumuladas”. (p. 82). Sendo assim, aponta que a intersectorialidade requer mudanças de práticas e valores, respeito às diferenças, além do compartilhamento de saberes e poderes.

Na discussão entre intersectorialidade e integralidade, com base em Mattos (2001), Cecílio (2004), a autora afirma que a “a integralidade pode ser pensada tanto de forma endógena ao setor saúde, quanto em relação à articulação com outras políticas setoriais, ou seja, exigindo articulações intersectoriais” (2016, p. 85). Para Brevilheri (2016), o conceito da integralidade envolve múltiplas dimensões, pressupondo a articulação entre as políticas sociais para atendimento das necessidades dos sujeitos.

O território também é apontando como estratégico na articulação intersectorial. Segundo Brevilheri (2016), o território é o espaço onde se manifestam a complexidade da realidade social, possibilitando a articulação entre as políticas na direção da intersectorialidade, visando à concretização de direitos. Além disso, o território é utilizado na conformação da descentralização política-administrativa e como diretriz da gestão das políticas públicas. Assim, a associação entre intersectorialidade e território, “mais que viabilizar diferentes olhares sobre o mesmo “objeto”, pressupõe a produção de informações que permitam reconhecê-lo na sua dinâmica e complexidade, tendo em vista potencializar ações e resultados” (Idem, p. 92).

A tese da referida autora, analisa os Planos referentes às políticas de saúde e Assistência Social dos municípios investigados e destaca a relevância deles enquanto instrumentos de gestão. No entanto, sinaliza que na área da saúde nos municípios investigados estes documentos fazem pouca referência a intersectorialidade (BREVILHERI, 2016).

Na pesquisa empírica, a autora entende que o diálogo, “a troca de informações, a 'conversa' permitem a articulação dos saberes e experiências acumuladas em cada uma das áreas, assim como a construção de soluções de forma integrada”. Sendo assim, Brevilheri

(2016) compreende a intersetorialidade na perspectiva de Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997). E ressalta que a intersetorialidade, na perspectiva de “articulação de saberes e experiências”, é fundamental no alcance de melhores resultados na política social, além de possibilitar a comunicação entre os setores, visando à eficácia e eficiência das ações (Idem, p. 173-174).

A partir dos dados da pesquisa empírica, identifica a noção de intersetorialidade como sinônimo de trabalho em rede, “entendidas como aquelas que articulam o conjunto de serviços das diferentes políticas tendo em vista a priorização do atendimento integral às necessidades dos usuários das políticas” (BREVILHERI, 2016, p.178).

Quanto à compreensão da intersetorialidade diz ocorrer de maneira endógena, o que ela chama de perspectiva de intersetorialidade focalizada e utilizada com a ideia de ‘parceria’. Faz referência a Inojosa (2001) para reforçar a tese de que não ocorre um planejamento na perspectiva intersetorial no cenário pesquisado.

Além disso, sinaliza que os participantes da pesquisa reconheceram a existência de programas, tais como o Programa Bolsa Família e Estratégia Saúde da Família, do âmbito federal, que possuem princípios e diretrizes de natureza intersetorial, mas que ainda não concretizam a intersetorialidade, pois a atuação continua ocorrendo de forma fragmentada e sem comunicação entre os setores. Portanto, um dos resultados da pesquisa é que, embora a intersetorialidade esteja presente nos planos das políticas de saúde da realidade investigada, ainda não é materializada no cotidiano dos serviços (BREVILHERI, 2016).

A pesquisa de Barra²⁴ (2013) também se propõe a analisar a materialização da intersetorialidade no processo de gestão do trabalho na saúde. E em sua concepção a “intersetorialidade constitui uma importante diretriz que deve estar presente tanto no desenvolvimento do trabalho pelas equipes, quanto nas atividades de gestão e coordenação”, necessitando de mecanismos da esfera gestora para sua concretização. (p. 14). No entanto, para ela “não basta que a articulação intersetorial seja incorporada apenas pelas equipes no cotidiano do trabalho”, mas deve ser incorporada na gestão que tem o papel de estabelecer diretrizes e definir estratégias capazes de promover essa “integração” (BARRA, 2013, p. 92).

Para a autora a gestão engloba planejamento, monitoramento e avaliação e deve servir para orientar o trabalho cotidiano, compreender as demandas e necessidades de saúde da população, bem como a organização do trabalho das equipes de saúde.

²⁴ Dissertação de Mestrado (D. M).

A autora vincula a discussão da intersetorialidade no âmbito da gestão a outras categorias, como “rede integrada” que deve ser de responsabilidades de todos envolvidos no cuidado em saúde e pressupõe horizontalidade entre os serviços. E considera que “essa noção de integração da rede deve perpassar especialmente no âmbito da gestão, assegurando o diálogo, a comunicação e a construção conjunta de uma rede integrada de serviços de saúde” (BARRA, 2013, p. 89).

Além disso, conforme Barra (2013), o conceito de integralidade aponta para necessidade de “integração de serviços por meio de redes assistenciais, considerando a interdependência entre os serviços, e o fato de que nenhum deles dispõe da totalidade dos recursos necessários à intervenção nos problemas de saúde de uma população” (BARRA, 2013, p. 90).

E em sua concepção a intersetorialidade “remete a construção de uma gestão ampla que não pode ser concebida apenas no âmbito de um programa ou política, mas sim no âmbito da gestão” nos três níveis governamentais (Barra, 2013, p. 97). Portanto,

A intersetorialidade envolve articulação, planejamento, execução e avaliação de diversos setores e sujeitos no desenvolvimento de políticas e programas em um determinado território. Implica no compartilhamento e na articulação contínua e horizontal dos diversos setores que traçam objetivos comuns no atendimento às necessidades dos grupos abrangidos (BARRA, 2013, p. 97).

Desta forma, Barra (2013) traz uma conceituação abrangente da construção da intersetorialidade enquanto mecanismo de gestão, envolvendo gestores e trabalhadores da política de saúde das três esferas de governo, bem como, definição de instrumentos capazes de promover a articulação entre os setores.

Um dado importante da pesquisa empírica de Barra (2013) é que as ações de caráter intersetorial no âmbito Conselho Municipal de Saúde ocorrem de forma pontual e fragmentada, havendo a necessidade de avanços na “problematização dos determinantes sociais do processo saúde/ doença e na articulação com outros conselhos” (p. 114). Por isso, defende a articulação entre os órgãos gestores e espaços de controle social, tendo em vista a gestão democrática e fortalecimento da agenda intersetorial norteadas pela perspectiva de saúde ampliada.

Além disso, o estudo de Barra (2013) revela que os gestores entrevistados desconhecem a existência de mecanismos de articulação intersetoriais e isso, na sua hipótese, reforça a ideia de que a “intersetorialidade ainda não foi incorporada como um projeto de gestão permanente” (p. 104).

Desta forma, a dissertação de Barra (2013) aponta que a intersectorialidade no âmbito da gestão ainda é um processo em construção, apresentando fragilidade nas articulações entre o setor de saúde e os demais setores. Portanto, os dados da pesquisa de Barra (2013) demonstram a inexistência de instrumentos de articulação, como: planejamento, avaliação, espaços de discussão conjuntos, por isso, as articulações são motivadas por demandas específicas e ocorrem por meio de ações pontuais e imediatas.

Em sua investigação empírica, Barra (2013) também analisa a intersectorialidade a partir das “Parcerias com o setor privado e terceiro setor” que, segundo ela, acontecem pelas dificuldades de efetivação da intersectorialidade no setor público (p. 138). Embora, utilize o termo “parceria” para designar a articulação com as instituições não-governamentais, a autora desenvolve uma reflexão crítica da incorporação desse termo pela agenda neoliberal como forma de desresponsabilização do Estado frente às expressões da questão social e transformar os direitos em mercadoria, caridade e ações de filantropia.

Desta forma, apresenta importantes contribuições referentes à concepção da intersectorialidade enquanto componente da gestão pública e das políticas sociais, no entanto, não apresenta a problematização da gestão inserida no contexto das relações sociais de (re)produção e reprodução do capital e como parte de projetos sociais em disputa.

O trabalho de França²⁵ (2014) busca analisar as articulações intersectoriais entre as Estratégias de Saúde da Família e o Programa Bolsa Família, também compreende a intersectorialidade a partir da gestão.

Na concepção da referida autora, a intersectorialidade surge “enquanto estratégia de gestão capaz de fornecer um respaldo maior para as ações sociais, podendo culminar em respostas eficientes para atender as demandas sociais por permitir uma leitura ampliada da realidade” (Idem, 2014, p. 13). Desse modo, a intersectorialidade é associada à esfera da gestão e a lógica da eficiência. Segundo a autora, a concretização da intersectorialidade implica papel ativo do Estado, envolvimento da sociedade civil e decisão dos gestores.

No debate teórico, França (2014) analisa criticamente a concepção de intersectorialidade de Junqueira (2000), pois esta defende que as mudanças promovidas pela lógica intersectorial no âmbito estatal têm possibilitado a transferência de responsabilidade “as organizações privadas autônomas voltadas para o interesse coletivo” (apud FRANÇA, 2014, p. 62). Diferente desta perspectiva, para ela a descentralização constitui na divisão de poderes

²⁵ Dissertação de Mestrado.

e responsabilidades entre os entes federativos, além de mecanismo de garantia da autonomia governamental e controle social pela sociedade.

Sendo assim, França (2014) problematiza a relação entre intersectorialidade e descentralização e trabalha o conceito de interdisciplinaridade numa perspectiva crítica, ancorada em Pereira (2012), porém avança pouco neste debate.

França (2014) concorda com a perspectiva de intersectorialidade proposta por Pereira (2012), pois esta “parte da premissa que a realidade é contraditória e a intersectorialidade não concorre para manutenção do status quo na medida em que tem como ideal o atendimento integral da população garantida pelo Estado enquanto direito social” (p. 66).

Ela defende a adoção da intersectorialidade como modelo de gestão da Seguridade Social, considerando que a “vontade política de implementar a intersectorialidade não está desvinculada da dimensão social, econômica e cultural”, com isso, no planejamento da intersectorialidade deve-se “privilegiar um projeto ético-político comprometido com os interesses” da população usuária dos serviços das políticas sociais (FRANÇA, 2014, p. 77).

No entanto, afirma que a intersectorialidade enquanto estratégia de gestão tem se distanciado dos princípios da democratização das decisões, descentralização entre as esferas governamentais, pactuação entre as diferentes políticas e universalização das mesmas (FRANÇA, 2014).

O trabalho de França (2015) evidencia que a intersectorialidade na atenção básica de saúde é evocada não na perspectiva de universalização de direitos e garantia da integralidade social, mas na lógica da otimização dos recursos. Ademais, afirma que a efetivação da integralidade, enquanto atendimento de todas as necessidades do cidadão, não é possível em decorrência da estrutura desigual e excludente do capital. E acredita não ser possível a concretização da intersectorialidade “mesmo nos níveis mais elevados de articulação e colaboração mútua entre as políticas” (p. 150).

Apesar de reconhecer a importância da intersectorialidade para apreensão e respostas das necessidades sociais e democratização dos direitos, apresenta uma visão fatalista, nos termos de Iamamoto (2009), sem vislumbrar as possibilidades postas pela própria contradição do capitalismo e da natureza da profissão do Serviço Social nesta sociedade.

Contudo, França (2014) possui contribuições importantes na discussão da temática fundamentada na perspectiva crítico-dialético, vinculando o conceito da intersectorialidade as determinações sociais, históricas e econômicas e não restrita a procedimentos administrativos.

A pesquisa de Fuentes²⁶ (2019) analisa a intersectorialidade a partir do marco regulatório das políticas de Saúde, Assistência e Educação. Em sua compreensão a intersectorialidade na gestão das políticas públicas “surge como uma nova possibilidade para o enfrentamento das desproteções sociais²⁷”. Sendo considerada “uma perspectiva importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções” (FUENTES, 2019, p. 19). Esta última parte expressa a mesma concepção de Junqueira (2004).

Em uma perspectiva mais crítica, baseada nas análises de Pereira (2014), Fuentes (2019) utiliza a expressão ‘concertação intersectorial’, por acreditar ser a melhor designação de intersectorialidade, pois a concebe numa perspectiva “histórica, dialética, contraditória” e envolvendo não apenas aspectos técnicos e operacionais, mas também a construção de conceitos e paradigmas.

Ancorada em Pereira (2012), Fuentes, emprega a expressão ‘concertação intersectorial’ para designar a intersectorialidade como processo em permanente aprimoramento, fruto do trabalho dos “sujeitos executores das políticas públicas rumo a uma Proteção Social Integral” (FUENTES, 2019, p. 21).

Para delimitar sua concepção de intersectorialidade, Fuentes (2019) parte de Pereira (2014) e trabalha o sentido intersectorial a partir das categorias de totalidade, reciprocidade e contradição. Neste sentido, afirma que tanto a reciprocidade quanto a contradição são elementos da relação inter e, portanto, dialética, que pode levar a mudança e superação. Por isso, em sua percepção a relação intersectorial contém esses elementos indispensáveis para construir o novo, a partir da articulação entre os setores.

Em consonância com Pereira (2014), Fuentes (2019) afirma que a interdisciplinaridade se consolidará quando na relação dialética for possível construir uma ‘nova concepção’ pautada em diversos saberes. Declara a interdisciplinaridade contraposta a disciplinaridade, mas sem suprimir a especialização, “já que parte do pressuposto dialético de que o universal se realiza no particular e vice-versa” (FUENTES, 2019, p 101).

A autora situa o enfrentamento da pobreza e a fragilidade do sistema de proteção social como fatores que impulsionam o debate da intersectorialidade na agenda das políticas sociais. E reconhece que a intersectorialidade no campo das políticas sociais, tem sido utilizada pelo Estado para manutenção e desenvolvimento do modo de produção capitalista e, ao mesmo tempo, incorporação dos interesses dos trabalhadores (FUENTES, 2019).

²⁶ Dissertação de Mestrado

²⁷ Com base em estudos da Política de Assistência Social, como Jaccoud (2009), e Sposati (2009, 2012), Couto (2010), utiliza-se o conceito de desproteção para explicar ausência do Estado na consolidação dos direitos sociais, o que gera situações de risco e vulnerabilidade social.

Identifica duas abordagens de intersectorialidade: uma “visão restrita” atrelada aos preceitos neoliberais de gestão gerencial voltada a otimização de “recursos humanos, financeiros e materiais”. E outra “mais abrangente cujo foco não está somente na otimização de recursos, mas está no enfrentamento dos problemas sociais complexos de forma integral” e construção de nova lógica de gestão e articulação entre os setores (FUENTES, 2019, p. 105-106).

Afirma que, mesmo com avanços da integração entre as políticas sociais, não haverá a superação de sua fragmentação, mas “poderá contribuir para a produção de formas de sociabilidade mais solidárias e coletivas na dinâmica da gestão pública” (FUENTES, 2019, p.111).

Sobre a análise da intersectorialidade na política de saúde, a autora relaciona a emergência deste debate ao campo da saúde coletiva, associada ao conceito ampliado de saúde, no entanto, ainda discutida por meio de uma “visão endógena” como aponta Monnerat e Souza (2014).

Para a autora, a intersectorialidade é um tipo de gestão que deve compreender os “fenômenos sociais enquanto demandas complexas, multifacetadas e multidimensionais e da insuficiência do modelo segmentado de políticas públicas para o alcance de respostas mais adequadas a realidade social vivenciada nos territórios” (FUENTES, 2019, p. 149).

Em sua investigação aponta que desde 2002, no município pesquisado, existem iniciativas de articulação dos serviços socioassistenciais, sendo a política de assistência social protagonista neste processo, denominada de ‘trabalho em rede’, ‘articulações em rede’ ou ‘rede intersectorial’. Utiliza a tipologia de rede de Gonçalves e Guará (2010 apud Pereira e Texeira, 2013) para diferenciar e caracterizar estes termos.

Cabe destacar que, conforme os dados da pesquisa, a iniciativa de constituição do denominado “Grupo Gestor Intersectorial” foi fundamental na comunicação, constituição de fluxos e implementação da intersectorialidade, através dos profissionais dos órgãos gestores das políticas de assistência social, educação e saúde. A pesquisa revela ainda um movimento permanente de construção da intersectorialidade entre estas políticas, a partir deste trabalho, no município de Londrina. No entanto, conclui que ainda predomina uma visão limitada, voltada a resolução de “casos individuais” e conhecimento dos fluxos no âmbito das políticas sociais, havendo pouca compreensão da intersectorialidade numa perspectiva mais ampla de superação da fragmentação da gestão.

4.3.2 A Intersetorialidade no sentido de integralidade

A pesquisa de Silva²⁸ (2015) parte da concepção da intersectorialidade enquanto possibilidade de atenção à assistência integral na política de saúde mental. Em sua concepção a integralidade é um princípio fundamental na articulação entre os setores e núcleos de profissionais na atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

Silva corrobora com o debate de Pereira (2012) que apreende o conceito de intersectorialidade em uma perspectiva crítica. Para ele, “trabalhar a intersectorialidade na gestão das políticas sociais, percebendo a presença das contradições e conflitos, significa se aproximar da perspectiva dialética” (SILVA, 2015, p. 95). Baseado em Pereira (2012) também defende associação entre intersectorialidade e interdisciplinaridade.

O autor sustenta a necessidade da “construção de um projeto comum entre as várias estratégias de assistência”, aproximando as políticas públicas de atenção à saúde mental ao conceito de intersectorialidade (p. 99). Acrescenta que apesar da intersectorialidade constar nas leis e normativas, numa direção abrangente e integral, “o resultado no território nacional se limita, muitas vezes, ao empoderamento de grupo de pessoas, sem muitas vezes atingir os níveis de gestão (...)” (SILVA, 2015, p. 104).

Em consonância com Junqueira (2004), Silva afirma que os serviços de Atenção Psicossocial devem consolidar “parcerias” no âmbito da própria rede de atenção à saúde mental e setor de saúde em geral e com outras políticas públicas, mas no município pesquisado, a rede intersectorial “carece de articulação e formalização nas parcerias” (p. 132).

Conforme investigação de Silva (2015) “os profissionais relacionam o atendimento integral para além do atendimento recebido pelo usuário do CAPS AD, ou seja, coloca-se o atendimento na rede saúde externo à rede de SM” [Saúde Mental] (p. 129). E para o autor, a primeira necessidade desses usuários é a articulação entre média e alta complexidade da saúde. Porém, para ele “tem-se um entrave de ordem intrasetorial, ou seja, dentro do mesmo setor ‘saúde’ a integralidade não é possibilitada e os arranjos possíveis não são construídos facilmente” (p. 129). Sendo assim, o conceito de integralidade é entendido como sinônimo de intersectorialidade, não existindo clareza na conceituação dos termos.

Os profissionais entrevistados (as) na pesquisa de Silva (2015) sinalizam que as articulações com as demais políticas são pontuais, não sendo consideradas intersectoriais. O depoimento da assistente social apresenta situações nas quais os usuários demandam o

²⁸ Dissertação de Mestrado.

encaminhamento para outras políticas sociais, porém a profissional não reconhece a dimensão intersetorial em seu exercício profissional.

Mesmo o autor defendendo a articulação entre a intersetorialidade e integralidade, coloca que “a realidade se mostra difícil, gerando a impossibilidade de integralidade do atendimento” (p. 133). Declara que a equipe reconhece a relevância da intersetorialidade, mas não conseguem construir espaços de pactuação com intuito de fomentar articulações para responder as demandas.

No entanto, Silva (2015) sustenta que o trabalho intersetorial é imprescindível no atendimento dos usuários de álcool e outras drogas, pois possibilita a “inclusão social”, minimiza os agravos à saúde e promove o acesso aos direitos sociais. Em sua concepção a intersetorialidade possibilita o compartilhamento das decisões entre diferentes setores e instituições, além de considerar o cidadão na dimensão de totalidade.

Por outro lado, coloca que

para construir a rede intersetorial é necessário organizar-se em torno das características das pessoas e de seus familiares, do ambiente em que vivem, sendo importante levar em consideração a força dos estímulos para o uso de SPA [substâncias psicoativas] que os envolve, dos recursos existentes para concretização e eficácia dos serviços (SILVA, 2015, p. 144).

Em oposição a esta ideia, acreditamos que a construção da rede intersetorial implica na responsabilidade do Estado, nos diferentes níveis governamentais, seja no fomento, financiamento seja na implementação dos serviços sociais, levando em consideração a dimensão da subjetividade dos sujeitos, articulada à dimensão material e às relações sociais que a determinam.

Portanto, mesmo com esforço de fundamentar seu estudo em uma perspectiva crítica, o autor pauta-se em ideias conservadoras no debate da intersetorialidade, utilizando os termos “empoderamento” e “parceria” para atribuir à articulação intersetorial sem problematizar o significado político-ideológico desses vocábulos no contexto neoliberal.

4.3.3 Intersetorialidade como complementariedade e/ou integração entre os setores

O trabalho de Martins²⁹ (2015) discute a intersetorialidade, através da intersecção entre a política de saúde e de assistência social na atenção domiciliar de idosos. Na concepção da autora a prática intersetorial e interdisciplinar coloca a “necessidade de se construir uma

²⁹ Tese de Doutorado

rede de serviços objetivada na proteção social, sob uma perspectiva de totalidade, pois a realidade é um todo indivisível, não configurando mera soma das partes, mas sim a articulação de saberes e experiências” (p. 35).

Com base em Pereira (2014), a autora discute a intersectorialidade articulada à interdisciplinaridade. Para ela a interdisciplinaridade surgiu pela necessidade de superação da lógica positivista de fragmentação do conhecimento e defende esta perspectiva na intervenção profissional nas políticas sociais.

Conforme Martins (2015) a intersectorialidade tem a função de garantir o atendimento integral. Por outro lado, constitui “estratégia de potencialização das ações mais significativas em resposta às necessidades da comunidade, à redução de custos, à objetividade para alcance das metas, à eficiência e à eficácia das políticas públicas” (p. 37). Nestes termos, a intersectorialidade expressa uma dimensão restrita, vinculada ao modelo gerencial de eficiência e otimização de custos defendidos pelo projeto neoliberal.

Martins (2015) aponta a territorialização e a descentralização como centrais na discussão da intersectorialidade e na mudança na relação entre Estado e sociedade, a partir da divisão de poderes. Segundo ela, a descentralização é reconhecida como “um processo de ‘parceria’ com a sociedade civil, uma vez que há uma transferência de poder por parte do governo central para a sociedade” (p. 38). A autora avança pouco neste tema e se fundamenta em Junqueira (1997) para defender a importância da relação entre intersectorialidade e descentralização.

O estudo de Martins (2010) explicita os documentos normativos das Políticas de Saúde e Assistência Social que preveem as ações de carácter intersectorial. Na área da Saúde destaca 10ª Conferência Nacional de Saúde que estabelece a articulação de ações intersectoriais na atenção integral à saúde da população idosa.

De acordo com Martins (2015), “o trabalho intersectorial contribui para o fechamento de lacunas, para a agilidade do atendimento, para a percepção ampla das necessidades, sobretudo para a minimização da fragmentação e segmentação das políticas e ações” (p. 143). E cita a experiência da comissão intersectorial denominada ‘São Paulo Cidade Amiga do Idoso’, que envolve diversas secretarias municipais e busca trabalhar numa perspectiva intersectorial, mas ainda estava na fase de habilitação inicial no momento do seu estudo.

Na pesquisa empírica, é possível observar que o Assistente Social tinha atribuição de elaboração de relatório social para inclusão dos usuários em programas de distribuição de insumos hospitalares (como curativos e fraldas).

Apesar de o município investigado buscar implementar iniciativas intersetoriais aos idosos com necessidades especiais de saúde, a pesquisa de Martins (2015) aponta que parte dos usuários não conseguia ter acesso a insumos hospitalares e equipamentos de reabilitação (dietas, cadeiras de rodas, camas) necessários ao tratamento na rede pública, por isso, as famílias recorriam a instituições filantrópicas ou a judicialização para acesso a estes serviços.

Sendo assim, os dados da pesquisa de Martins (2015) evidenciam a necessidade do trabalho intersetorial, contudo, sinalizam que, muitas vezes, a intersetorialidade é utilizada com a finalidade de delegar responsabilidades a outros setores, sem ocorrer práticas compartilhadas em torno de um objeto comum nem corresponsabilização, prevalecendo ainda à lógica da fragmentação da atenção à saúde.

A pesquisa de Batista³⁰ (2015) busca analisar a intersetorialidade a partir da articulação da política de saúde e de assistência social. E em seu entendimento a intersetorialidade consiste na articulação entre as políticas sociais destinadas a proteção social e enfrentamento das expressões da questão social. Além disso, supõe ações integradas, visando à superação da fragmentação das ações voltadas ao atendimento das necessidades da população.

Nas hipóteses de Batista (2015) a intersetorialidade não se efetiva, por causa de dificuldades relacionadas à gestão das políticas sociais, a cultura organizacional e a “postura dos profissionais” (falta de qualificação dos profissionais para planejar estas ações). E também porque a materialização da intersetorialidade encontra limites na abordagem fragmentada dos “problemas sociais” e nas ações intersetoriais de forma pontual, escassas e compensatórias. (p. 14).

A referida autora aborda a intersetorialidade contraposta a lógica setorial que configura as políticas sociais tanto no plano filosófico (positivismo), quanto prático. E para ela, a intersetorialidade “surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão em sua totalidade, envolvendo diversos setores”, para isso, defende o trabalho em rede. Acrescenta que a intersetorialidade deve ser entendida enquanto “processo político” cujo papel é despertar a “consciência democrática”, com o objetivo de assegurar à garantia dos direitos e eficiência das políticas no atendimento as reais necessidades da população (BATISTA, 2015, p. 69-70).

Os resultados da pesquisa de Batista (2015) apontam que a intersetorialidade “não ocorre efetivamente, enquanto planejamento, execução e avaliação conjunta da ação, nem

30 Dissertação de Mestrado

ocorre de forma duradoura”, destacando a ausência de diálogo entre os setores para propiciar trabalho conjunto, resultante da cultura de fragmentação e segmentação das políticas (p. 97).

Com base na perspectiva de Junqueira (1999), a autora entende que a articulação entre os setores tem por objetivo “desenvolver métodos integrais que amenizem os problemas sociais, na busca de melhorar os recursos insuficientes para a resolução em conjunto do problema” (p. 98).

Na compreensão de Batista (2015), a “intersectorialidade é uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que, visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, objetiva produzir efeitos mais significativos na saúde da população” com potencial de propiciar a democratização e novos espaços de participação (p. 75). Neste sentido, a intersectorialidade é uma “nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços” (BATISTA, 2015, p. 77).

Portanto, a concepção de intersectorialidade proposta pela autora está em consonância Junqueira (2001) que compreende a intersectorialidade na perspectiva de complementaridade ou integração entre os setores, visando à eficiência e otimização dos recursos sociais.

4.4 Concepções e sentidos de intersectorialidade analisadas na produção do Serviço Social na política de Saúde, especificamente, no trabalho dos Assistentes Sociais, a partir do banco de Produção da CAPES

4.4.1 Perspectiva de complementaridade e/ ou integração entre setores

O trabalho de Macedo³¹ (2013) discute a intersectorialidade na perspectiva de complementariedade entre setores e procura refletir a respeito da atuação do assistente social na construção de “arranjos intersectoriais” no campo da assistência à saúde pública.

A autora fez o estudo da arte sobre as produções científicas do Serviço Social Brasileiro sobre a temática, constante nos anais dos Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social, (ENPESS) do período de 2001 até 2012 e artigos científicos das revistas Qualis A e B da área do Serviço Social.

Na concepção da autora, a intersectorialidade vem se constituindo com um dos pilares nas agendas de produção e trabalho das políticas públicas e de gestão, na perspectiva de

³¹ Dissertação de Mestrado

ampliação das políticas públicas, especialmente de corte social, para que tenham caráter mais universalista e inclusivo (2013, p. 24).

De acordo com Macêdo (2013), a intersectorialidade visa “conjugar políticas sociais, para que num dado espaço seja possível alcançar o indivíduo de forma totalizante” (p. 29). Além disso, considera a superação da fragmentação das políticas sociais como sendo uma das dimensões da intersectorialidade. Afirma que “a integração entre as políticas é um imperativo para materialização dos direitos sociais” (p. 33).

Neste sentido, a autora compreende a intersectorialidade como “articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização de políticas, programas e projetos, como objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” conforme definição de Inojosa (2001 p 105 apud MACÊDO, 2013, p. 58). Ela trabalha o conceito de intersectorialidade no sentido de gestão da política pública e de complementariedade entre setores, referenciado em Inojosa (2001) que se pauta em categorias de análises divergentes da crítica-dialética.

Em sua pesquisa Macedo (2013) reconhece a capacidade técnica do Assistente Social de realizar ações de natureza intersectorial. No entanto, afirma que o processo de precarização do exercício profissional do Assistente Social na área da saúde dificulta a atuação intersectorial.

O estudo de Araujo³² (2018), que busca compreender a intersectorialidade no processo de trabalho do/a Assistente Social, a partir da política de Saúde e sua relação com as demais políticas da Seguridade Social, também compreende a intersectorialidade na perspectiva de complementariedade entre setores.

Na concepção de Araujo (2018), a intersectorialidade “representa uma forma de otimizar os serviços das políticas sociais, e consequentemente, de ampliar o acesso da população aos direitos sociais”, buscando atendimento das demandas dos cidadãos. (p. 42). Acrescenta que a “a intersectorialidade é um “processo que envolve articulação de diversos saberes, diversas especialidades”, compreendendo desde o planejamento, execução até a avaliação (ARAUJO, 2018, p. 46). Assim, aborda a intersectorialidade no sentido da gestão e complementariedade entre setores.

O surgimento da intersectorialidade é associado por Araujo (2018) ao conceito de rede, caracterizada pela “integração dos saberes e serviços”, contraposta a setorialização (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013 apud ARAUJO, 2018, p. 49). Para ela o termo “rede” emerge

³² Dissertação de Mestrado

como alternativa na construção de novos modelos de gestão frente à redução do Estado e sua capacidade intervencionista. Com base em Castells (1988), afirma que o “Estado passou a se organizar como uma rede, denominada de Estado-rede” (p. 50). Apesar do esforço em conceituar o conceito de rede, a autora se apropria de fundamentação positivista e não aprofunda a discussão do conceito em uma concepção crítica.

A autora também identifica na literatura o debate da intersectorialidade no âmbito das políticas públicas relacionada à interdisciplinaridade, como medida importante para atingir a “eficácia” das ações de natureza intersectorial. Conceitua a interdisciplinaridade como “um nível avançado de cooperação entre as diversas disciplinas do saber, valorizando todo o conhecimento, numa relação pautada pelo diálogo” (PEREIRA, 2014; ELY, 2003 apud ARAUJO, 2018, p. 55). Para Araújo (2018), ambos os termos com prefixo inter, “demonstram que o conhecimento não pode se constituir de maneira isolada, com partes que não conseguem se comunicar sobre um objeto comum” (p. 56).

Araujo (2018) considera como obstáculo na materialização da intersectorialidade no âmbito da saúde, a forma como esta política é estruturada historicamente, com diferença de poder e status entre as profissões, o que resulta na pouca comunicação entre as profissões em torno de um objeto comum, e isso, inviabiliza a interdisciplinaridade, considerada por ela como primordial na efetivação da intersectorialidade.

Desta forma, para Araújo (2018) a intersectorialidade é “uma perspectiva difícil de ser operacionalizada na prática”, pois não se refere apenas aproximação entre os setores ou políticas na execução de determinado projeto ou programa. Destaca que para efetivar a intersectorialidade é necessária a participação conjunta, tanto das esferas do planejamento quanto da execução e avaliação das ações, além da superação da organização hierarquizada da Administração Pública (Idem, p. 88).

Na investigação empírica a autora buscou analisar a materialização da intersectorialidade no processo de trabalho do Assistente Social, indagando sobre os elementos constitutivos do trabalho profissional de acordo com concepção da teoria crítico-dialética.

A pesquisa de Araujo (2018) articula a discussão da temática das relações sociais de produção capitalista e os elementos constitutivos do processo de trabalho, definidos por Marx, para nortear sua investigação sobre a intersectorialidade no processo de trabalho do Serviço Social. Os dados de sua pesquisa revelam que (os) as assistentes sociais entrevistados (as) fazem referência ao arcabouço teórico-metodológica da tradição marxista, ao compreender os elementos do processo de trabalho vinculados a prática profissional.

O estudo de Araujo (2018) aponta que as demandas colocadas ao Serviço Social não se restringem à política de saúde, mas abrangem outras expressões da questão social. No entanto, por meio da referida pesquisa, é possível perceber que o trabalho do Assistente Social se organiza de forma fragmentada, conforme estruturação do modelo disciplinar hegemônico, isto é, cada profissional é referência de atendimento em determinada especialidade médica.

As demandas que requerem atuação intersetorial, geralmente, estão atreladas ao atendimento a pessoas em situações de risco (violências contra mulher, idosos, criança e adolescentes) ou com algum tipo de deficiência e transtornos mentais, conforme identificado por Araujo (2018). É importante considerar que estes segmentos possuem legislações específicas, estabelecendo princípios, diretrizes e mecanismos de proteção e defesa de seus direitos.

Os (as) profissionais entrevistados (as) por Araujo (2018) exemplificaram como demandas de natureza interssetoriais: mobilização de recursos socioassistenciais nas diferentes políticas sociais, por meio de contatos; encaminhamentos; elaboração de documentos; visita institucional; comunicação entre os setores; atividades socioeducativas dentro da unidade de saúde para trocas de informações e divulgação dos serviços da política de saúde e de outras instituições; mediação entre os profissionais para materialização de direitos (p. 122-123).

As articulações interssetoriais, de acordo com dados da pesquisa de Araujo (2018), acontecem de maneira formal e informal. Esta se constitui por meio das relações interpessoais, demonstrando ainda uma dificuldade de concretização da interssetorialidade pela falta de criação de fluxos e canais de comunicação que garantam a articulação entre as políticas sociais.

A pesquisa empírica revela pouca existência do planejamento, execução e avaliação conjunta das ações interssetoriais entre as demais políticas sociais, ocorrendo apenas à interlocução e encaminhamento das profissionais entre dada política social. E com base em Inojosa (2001) coloca que a “interssetorialidade pressupõe que as instituições, os diversos setores, as diversas políticas, atuem de forma realmente integrada, com articulação de saberes e experiências, tendo em vista alcançar resultados sinérgicos diante de uma situação complexa” (p. 126).

A autora chama a atenção que a interssetorialidade difere do simples encaminhamento realizado pelos profissionais para repasse de demandas. Para ela, a “interssetorialidade exige muito mais que isso, exige troca de saberes e experiências entre os profissionais das diversas instituições, bem como o planejamento em conjunto para decidir como agir diante de situações complexas” (p. 129).

Araujo (2018) correlaciona as dificuldades de efetivação da intersetorialidade aos impactos do neoliberalismo na função do Estado, nas políticas sociais e no processo de trabalho do Serviço Social, com redução dos recursos humanos e materiais no enfrentamento das expressões da questão social.

Além disso, o resultado da pesquisa de Araujo (2018) aponta que a intersetorialidade no processo de trabalho do (as) assistentes sociais ocorrem de forma pontual e limitada. Assim, ocorre dissenso entre as possibilidades concretas de efetivação da intersetorialidade e a conceituação de intersetorialidade difundida na literatura, inclusive na área do Serviço Social.

4.4.2 Intersetorialidade na perspectiva de trabalho em rede e integralidade

A produção de Pereira³³ (2018) busca analisar o trabalho do Assistente Social na construção da intersetorialidade na Política de Saúde Mental. Aborda a intersetorialidade, por meio da discussão de rede, compreendendo que esta não se limita a articulação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas envolve trabalhadores, gestores e usuários dos serviços, isto é a participação dos trabalhadores e segmentos organizados da sociedade civil.

Com isso, compreende a intersetorialidade a partir da articulação entre a “rede de atenção psicossocial, a rede socioassistencial e as redes sociais informais”. Sendo as duas primeiras formadas pelos profissionais, gestores e usuários e a outra composta por representante de organização da sociedade civil (PEREIRA, 2018).

De acordo com a autora “a rede formal é composta pelos serviços e dispositivos previstos pela RAPS e demais políticas sociais/públicas a qual a pessoa com transtorno mental acessa; enquanto a rede informal são os recursos sociocomunitários, associações, cooperativas, grupos sociais, movimentos sociais, etc” (p. 117).

Para Pereira (2018), a rede informal possui papel de auxiliar nas ações de cuidado, suporte e apoio social ao indivíduo e sua família. No entanto, coloca que compreende o conceito de rede associada à intersetorialidade no âmbito das políticas sociais e sinaliza a importância de compreendê-la a partir das transformações ocorridas após o período de 1970, já que as redes podem ser influenciadas pelos interesses antagônicos do projeto neoliberal ou democrático.

³³ Tese de Doutorado

Pereira (2018) defende conceito de rede como estratégia de atendimento integral das necessidades sociais e enquanto mecanismo de garantia da gestão participativa e de cidadania, através da responsabilidade do Estado na previsão da proteção social. Nestes termos, aponta a intersectorialidade como estratégia na “garantia de proteção social integral à população, e também para o fortalecimento da cidadania, se pensada como parte do projeto político democrático” (Pereira, 2018, p.78- 79). Assim, a autora evidencia uma concepção similar de rede e intersectorialidade.

Além disso, afirma ser importante a articulação não apenas entre serviços e políticas sociais, mas também entre os recursos sociais “para a organização, defesa de direitos e a criação de laços de apoio e solidariedade entre usuários e familiares” (...) e “para o fortalecimento do protagonismo e empoderamento desses sujeitos” (PEREIRA, 2018, p. 115).

A referida autora busca conceituar a intersectorialidade numa dimensão ampla, contudo associa aos termos: “protagonismo”, “empoderamento” e “solidariedade” os quais são difundidos pela ideologia neoliberal como estratégia de desresponsabilização do Estado no enfrentamento das expressões da questão social, deslocamento da desigualdade do processo social à esfera do privado, enquanto os indivíduos são responsabilizados pelas suas carências e impelidos a apelar à solidariedade e à filantropia.

Na discussão de intersectorialidade, ancorada em Junqueira (1997), afirma que a dimensão do território possibilita compreender melhor a realidade e necessidade dos sujeitos sociais e “propicia planejamento e avaliação participativas e integradas” dentro de dado território (Idem, p. 48).

Na abordagem de intersectorialidade relacionada ainda à descentralização, a partir de Junqueira, Inojosa, Komatsu (1997), afirma existir duas correntes antagônicas em relação à descentralização: os progressistas que entendem a descentralização como estratégia de redefinição da relação entre estado sociedade, por meio da democratização e participação, mas com a centralidade da intervenção estatal; e os neoliberais que “preconizam o Estado mínimo e o mercado como regulador supremo das relações sociais, e a descentralização seria uma possibilidade de concretizar esses ideais” (Pereira, 2018, p. 51).

Pereira (2018) identifica abordagens conceituais antagônicas no debate de intersectorialidade: “como meramente agregadora ou integradora de “setores” das políticas sociais, sem questionar, de fato, a fragmentação e a parcialização com que são constituídas” (...) e na perspectiva dialética em que “os ‘setores’ das políticas sociais são, na realidade, parte de um todo indivisível, e que cada um contém elementos dos demais, portanto, a intersectorialidade seria um rompimento da tradição fragmentada das políticas sociais” (p. 45).

Sendo assim, Pereira (2018) avança ao reconhecer a existência de dois projetos em disputas em torno da intersetorialidade: um alinhado ao projeto democrático associado aos princípios da descentralização e participação, buscando responder as demandas sociais em sua integralidade e outro vinculado a agenda neoliberal utilizado como ferramenta gerencial voltada a racionalização do Estado e otimização dos recursos.

Um achado da pesquisa é a existência de um projeto chamado de “Rede, Instituições e Articulações” que tem por objetivo de fomentar e articular a rede para atuação numa perspectiva intersetorial, considerada uma experiência exitosa (PEREIRA, 2018).

Em sua tese Pereira (2018) afirma que o/a assistente social possui papel relevante na construção da intersetorialidade, em função da “formação generalista crítica, sua concepção de totalidade e seu vasto conhecimento sobre a realidade social em que intervêm” (p. 153). No entanto, o Serviço Social sozinho não conseguirá romper com a fragmentação que marca a Seguridade Social, por isso, sinaliza a necessidade de a intersetorialidade existir no “planejamento, na gestão e nos processos de trabalho das equipes que executam as políticas sociais” (p. 155).

Na pesquisa empírica, a autora aponta diversas demandas de natureza intersetorial realizadas pelos assistentes sociais, envolvendo articulação com políticas, serviços e benefícios socioassistenciais no enfrentamento das “diversas expressões da questão social inerentes às condições básicas de sobrevivência desses sujeitos, relacionadas a questões de renda, transporte, trabalho, alimentação, habitação, educação, cultura, lazer e violência” (PEREIRA, 2018, p 171).

E as respostas às demandas de caráter interssetoriais tem ocorrido através de orientação, informação e encaminhamento, o que não significa a existência da intersetorialidade, pois esta implica “planejamento conjunto, discussões coletivas entre as equipes, dentre outros” (Idem, p. 191).

Conforme Pereira (2018), na visão das assistentes sociais entrevistadas, a intersetorialidade aparece como mobilizar, articular, encaminhar e acionar. Contudo, o trabalho intersetorial exige “atuação interdisciplinar, planejamento das ações, pactuação, negociação e avaliação entre os gestores, discussões coletivas entre os profissionais” (p. 192).

De acordo com Pereira (2018) as ações de cunho intersetorial devem ser pactuadas por diferentes gestores das políticas sociais, com planejamento e implementação conjunta das ações e “exige ação planejada, coordenada, conjugada e compartilhada entre os diversos setores, trabalhadores, gestores e atores sociais envolvidos, portanto, precisa ser construída

coletivamente”. Por isso, afirma que essa “concepção de intersectorialidade ‘ampla’ ainda não está efetivamente materializada na realidade investigada” (p. 222).

Portanto, a pesquisa de Pereira (2018), apesar do ecletismo na conceituação da intersectorialidade, avança na defesa da participação e controle social democrático para sua construção, apresentando contribuições ao relevar demandas e desafios na articulação intersectorial pelos profissionais do Serviço Social no âmbito da saúde, bem como, apontar a importância do (a) Assistente Social na construção da intersectorialidade para viabilizar a assistência à saúde e proteção social.

A dissertação de Silva (2016) também compreende a intersectorialidade no sentido de trabalho em rede. A autora enfatiza que a atuação do Assistente social nas expressões da questão social requer conhecimento da rede de serviços no âmbito da política de saúde e das demais políticas sociais para responder as demandas sociais em sua integralidade.

No debate de rede a autora utiliza diversos autores, entre eles destaca-se a concepção de rede como “uma proposta de ação, um modo espontâneo de organização em oposição a uma demanda formal e instituída” (JUNQUEIRA, 1998, p. 96 apud SILVA, 2016, p. 104). Nesta concepção a rede acontece através de fenômeno espontâneo, desconectada dos processos sociais e sem considerar as dimensões éticas, políticas, técnicas e teóricas na construção dessas redes.

A conceituação de rede também é fundamentada em Castells (2005) que define rede como ‘um conjunto de nós interconectados e que os nós dependem do tipo de rede’ (apud SILVA, 2016, p. 104). Evidenciando o ecletismo na fundamentação teórica sobre o tema, mesmo com esforço da análise crítica.

A autora define o trabalho em rede como nova forma de gestão pública na implementação da descentralização impulsionada pela reforma administrativa do Estado e modelo gerencial, porém não faz a crítica sobre a desresponsabilização do Estado na área social e a transferência da execução dos serviços a iniciativa privada e ao chamado “terceiro setor”.

A autora possui um conceito amplo na definição das Redes Intersectoriais, entendida como:

o conjunto das organizações governamentais, não-governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como, redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente (SILVA, 2016, p. 106).

Contudo, entendemos que a constituição da rede requer a responsabilidade e condução do Estado na definição das diretrizes e na delimitação do conjunto de ações e estratégias

voltadas a materialização da intersetorialidade pelos profissionais inseridos no âmbito das políticas sociais. Nesse sentido, ainda é relevante considerar as divergências de valores, concepções, práticas e de projetos societários que podem emergir na construção da rede intersetorial.

De acordo com Silva (2016), a intersetorialidade conjuga políticas sociais com o objetivo de alcançar o indivíduo em sua totalidade. No entanto, defende que a falta de ingerência nos níveis federal e estadual contribuem no fracasso da implementação da intersetorialidade que requer as ações governamentais não só no nível local.

Para Silva (2016) a intersetorialidade é estruturante da integralidade e está subentendida neste princípio ao propor a articulação entre os setores. Para a autora “os sentidos de integralidade vão desde a visão de complexidade tecnológica dentro do próprio setor saúde até a articulação com outros setores de política social”. Enquanto a intersetorialidade “expressa à articulação entre políticas públicas, que se desenvolvem a partir de ações conjuntas nos três níveis de proteção (básica, média e alta complexidade) e enfrentamento das desigualdades sociais” (SILVA, 2016, p 125-126). Cabe destacar que os sentidos de intersetorialidade e integralidade são semelhantes.

No esforço de conceituar a intersetorialidade, Silva (2016) afirma que “o trabalho de articulação intersetorial se traduz numa perspectiva de rede, cuja ação visa manter diferentes conexões entre diferentes organizações e políticas públicas, a partir da compreensão do seu financiamento, de modo a coordenar interesses distintos e fortalecer os que são comuns” (p. 127).

No entendimento da autora a intersetorialidade consiste numa estratégia de melhor interlocução entre as políticas, tendo em vista minimizar a fragmentação das políticas sociais e possibilitar uma “visão integral das necessidades sociais, de forma a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante” (Silva, 2016, p. 219). E a intersetorialidade deve ser construída coletivamente, por meio de processo democrático e de participação.

Em relação ao eixo da interdisciplinaridade considera um ideal a ser alcançado. E no âmbito do Serviço Social, coloca como desafio dos profissionais “compreender e aplicar a intersetorialidade enquanto estratégia de gestão e não apenas como meio de resolutividade de problemáticas entre setores” (SILVA, 2016, p. 147).

Desta forma, declara que as demandas postas ao Serviço Social na unidade de Pronto atendimento são variadas e possuem caráter imediato e os assistentes sociais “recebem, ouvem, resolvem, e /ou encaminham os usuários para o setor competente para dar

resolutividade ao/aos seu/seus problema/as, objetivando, portanto, manter o bom funcionamento da unidade de saúde da qual está inserido” (SILVA, 2016, p. 153-154). Nesta parte, a autora reproduz o pensamento conservador por atribuir ao profissional o papel de manter o bom funcionamento institucional, não distinguindo os objetivos da profissão aos objetivos institucionais. Além disso, utiliza a expressão “problemas sociais”, sem contextualizar as relações sociais de produção e reprodução social que os forjam e determinam.

Através dos dados da pesquisa empírica de Silva (2016), verifica-se que o trabalho dos (as) Assistente Social por ser realizado nos plantões impossibilita o aprofundamento das questões apresentadas pelos usuários. Além disso, conforme Silva (2016), o trabalho do Assistente Social neste espaço sócio-ocupacional (de natureza militar) está relacionado à execução de atividades burocráticas (por exemplo, repasse de normas e regulamentos).

O estudo de Silva (2016) sinaliza ainda que os (as) profissionais entrevistadas não têm clareza quanto à conceituação do termo intersectorialidade e restringem esta ao repasse de informações e encaminhamentos aos serviços sociais. Um dos achados da pesquisa é que os (as) assistentes sociais não fazem articulações das dimensões constitutivas do exercício profissional, reproduzindo ações rotineiras e burocráticas, buscando responder as expressões da questão social no plano do imediato, sem reflexão crítica e mediações para além da aparência fenomênica.

A produção de Silva (2016) aponta que os assistentes sociais trabalham com a intersectorialidade, mesmo que não a reconheça ou compreenda. Contudo afirma que na realidade estudada “não há a concretude da intersectorialidade tão pouco da integralidade da assistência à saúde dos usuários”, devido à ausência de acompanhamento pelos profissionais dos encaminhamentos junto à rede (p. 213).

É importante ressaltar que a construção da intersectorialidade pelo (a) Assistente Social é determinada pelas mudanças ocorridas com o advento do neoliberalismo. Isso repercute no modo de produção, no mundo do trabalho (tais como tipo de vínculos, remuneração, relações hierárquicas), nas políticas sociais, na natureza da instituição empregadora. Daí torna-se importante compreender que a intersectorialidade não depende apenas das decisões e posições individuais, bem como de uma ou outra da categoria profissional.

4.4.3 A Intersetorialidade no sentido de integralidade e atividade prática profissional

A produção de Costa³⁴ (2010) buscou refletir sobre a contribuição do Serviço Social na construção da intersetorialidade na efetivação do direito à saúde. Compreende que a intersetorialidade consiste numa “estratégia para produzir impactos positivos na melhoria nos níveis de saúde e para consolidação do SUS como política de seguridade social” (COSTA, 2010, p. 18).

Para a autora a associação entre integralidade e intersetorialidade é fundamental na efetivação da concepção ampliada de saúde. Em seu entendimento a integralidade não se restringe ao acesso aos serviços e níveis de complexidade de saúde, mas demanda a articulação de diversos níveis e determinações do processo saúde-doença.

Nesta acepção a intersetorialidade é entendida como estratégica para efetivação do princípio de integralidade.

Agir intersetorialmente requer desenvolver a capacidade de combinar, articular, conectar ações e serviços no sistema de proteção social e seguridade social a partir de objetos e objetivos comuns à luz do Projeto da reforma Sanitária, da concepção ampliada de saúde (COSTA, 2010, p. 26).

A intersetorialidade é apontada por Costa (2010) como uma nova forma de planejar, gerenciar e executar os serviços de saúde, tendo em vista a superação da fragmentação e desarticulação das ações, práticas e saberes institucionais e profissionais.

A autora, em contraposição a Junqueira (1997), afirma que para além de mudanças das concepções e práticas, a construção da intersetorialidade requer alteração na cultura e estrutura organizacional relacionada à correlação de forças dos projetos em disputa na saúde vinculados aos interesses de classes e seus respectivos projetos societários.

Sendo assim, conforme Costa (2010) a construção da intersetorialidade é indissociável da gestão participativa, ou seja, da cooperação entre setores, poderes e segmentos dos trabalhadores e usuários das políticas sociais. Além disso, defende a intersetorialidade como mecanismo de democratização do Estado na perspectiva de garantia e ampliação de direitos.

No entanto, destaca que com a contrarreforma formulada a partir de Bresser Pereira, o Estado passou a estimular as ações intersetoriais complementares, ou seja, a ampliação das parcerias público-privadas com as organizações do chamado terceiro setor (COSTA, 2010).

E no âmbito da saúde, segundo Costa (2010), as ações intersetoriais ainda são escassas, reduzidas a atividades assumidas pelos profissionais, não se constituindo uma

³⁴ Tese de Doutorado

diretriz planejada formalmente de articulação entre a política de saúde e o sistema de proteção social

A intersetorialidade ainda não constitui diretriz, tanto na formulação quanto da execução da política de saúde, se reduzindo a ações emergenciais. Por outro lado, as ações e práticas de natureza intersetorial não são consideradas objeto de intervenção da maioria dos profissionais da saúde, sendo, geralmente, demandas e assumidas pelos assistentes sociais. Contudo, não são planejadas e problematizadas como objeto profissional, por parte do Serviço Social, conforme pesquisa de Costa (2010).

Com isso, a referida autora pontua que a intersetorialidade exige mudanças no âmbito da macropolítica - na gestão e planejamento - através do compartilhamento de poderes e da participação social no processo de planejamento, avaliação e monitoramento das ações e no nível da micropolítica - nos processos de trabalho e prática - buscando a atuação interdisciplinar, tendo em vista a análise e intervenção integral sobre a realidade.

A investigação de Costa (2010) aponta que são postas ao Serviço Social (pelos profissionais, usuários e gestores) diversas demandas relacionadas aos determinantes sociais de saúde, geralmente, referentes ao acesso a necessidades humanas básicas e aos direitos de cidadania. Ela afirma que as ações de articulação entre as políticas sociais têm sido apontadas como atividades realizadas pelo Serviço Social tanto no âmbito das políticas de saúde quanto de outras políticas de proteção social. Por isso, afirma a autora que o Assistente social trabalha de maneira intra e intersetorial, buscando a concretização da integralidade no acesso à saúde e às demais políticas sociais.

Conforme Costa (2010) os demais profissionais da saúde reconhecem ser de competência do Assistente Social realizar contatos com as famílias e outras instituições dentro e fora do SUS; atuar em questões envolvendo situações de abandono, violações e violência doméstica (contra mulheres, idosos, crianças e adolescentes), realizar atendimento à população em situação de rua, que fazem uso de drogas e com transtornos mentais, tendo em vista que são apontados como os profissionais competentes em acionar e articular a rede de proteção e defesa de direitos para além do setor da saúde. A autora corrobora que a intervenção do Assistente Social requer o conhecimento sobre o funcionamento, a dinâmica e capacidade de atendimento da rede de serviços intra/ intersetorial.

Sendo assim, o trabalho do Assistente Social na perspectiva intersetorial envolve demandas por falta ou acesso precário a necessidades básicas de alimentação, transporte, documentação, trabalho e renda, exigindo do profissional ação de mapeamento e identificação da rede, contatos, encaminhamentos, requisições, elaboração de documentação e articulação

com instituições governamentais, filantrópicas e do chamado “terceiro setor” para buscar viabilizar acesso a direitos e necessidades sociais.

Costa (2010) chama a atenção que na área da saúde, a intersetorialidade vem sendo efetivada não no âmbito da gestão, mas de maneira individual, emergencial e fragmentada, sendo atribuída a concretização das ações ao assistente social.

Embora as demandas de natureza intersetorial de alguma forma se coloquem para o conjunto da equipe de saúde, no cotidiano do SUS, dada a atual divisão sociotécnica do trabalho em saúde, profissionalmente, tais demandas tem se tornado objeto de ação dos assistentes sociais (COSTA, 2010. p. 209).

Segundo Costa (2010) o trabalho intersetorial vem sendo reduzido às ações desenvolvidas pelo Serviço Social, necessitando de avanços para efetivação enquanto diretriz das políticas sociais, especialmente, do SUS.

Por isso, a produção de Costa (2010) destaca a relevância do Serviço Social no campo da intersetorialidade em: subsidiar na construção de processos de formulação, avaliação e fiscalização das políticas sociais, considerando a gestão como mecanismo participativo; contribuir nos debates e decisões dos espaços de pactuação e gestão interinstitucional, visando contribuir nas deliberações acerca da programação orçamentária dos planos governamentais e instâncias de representação e a deliberação da democracia participativa voltada à condução das políticas públicas.

Portanto, a tese de Costa (2010) apresenta importante contribuição na discussão da intersetorialidade para a área do Serviço Social, uma vez que desenvolve uma análise crítica sobre o papel do Assistente Social na operacionalização da Política de Saúde na sua concepção ampliada. Assim, compreende o trabalho profissional na busca de construção de subsídios nos espaços de gestão para materialização da intersetorialidade na agenda governamental e na articulação entre as políticas sociais.

4.5 Dilemas na abordagem da intersetorialidade no âmbito do Serviço Social

As produções analisadas procuram correlacionar o debate da intersetorialidade aos processos macroeconômicos e micropolíticos que estruturam as políticas sociais, especialmente a política de Saúde.

Assim, a maioria das pesquisas busca apreender a intersetorialidade no contexto da operacionalização dos serviços de Saúde em articulação com outras políticas sociais,

principalmente a assistência social e a educação. Apenas duas produções realizam o estudo da arte sobre a intersectorialidade.

A maior parte dos trabalhos procura debater a intersectorialidade a partir da realidade concreta, inclusive, alguns estudos evidenciam experiências e projetos com desenho intersectorial que foram formulados e implementados, com a finalidade de estimular e fortalecer práticas intersectoriais, especialmente, no nível municipal. Além disso, grande parte, por meio de pesquisa empírica, procura refletir sobre a intersectorialidade, a partir das experiências profissionais, apontando os limites e as possibilidades da sua efetivação, tanto nas equipes de saúde quanto na atuação do Assistente Social.

A concepção marxista é hegemônica na fundamentação teórica-metodológica dos estudos investigados. Quase a totalidade das produções refere pautar-se no referencial marxista e o método dialético para nortear as análises dos seus objetos, procurando relacionar a intersectorialidade a uma dimensão de totalidade e integralidade, utilizando categorias vinculadas à teoria crítica. Porém, também fundamentam suas análises em autores com concepções diferentes da matriz marxista ou até mesmo antagônica, sem a devida problematização.

Na investigação verificou-se que Junqueira (1997, 2000, 2001, 2004) é uma das principais referências nas discussões da temática da intersectorialidade, principalmente nas abordagens de complementariedade entre setores e processo de gestão, tanto nas produções de Saúde em articulação das demais políticas da Seguridade Social e, em particular, no trabalho do Assistente Social.

Cabe destacar que embora Junqueira (2000, 2001, 2004) e Inojosa (2001) tragam contribuições no debate da intersectorialidade, discutem a temática desconectada das raízes da desigualdade social na sociedade capitalista, das questões estruturais, conjunturais, e históricas, que determinam e condicionam tanto a lógica de gestão quanto a descentralização das políticas sociais e não avançam na discussão do (des) financiamento das políticas, dos desmontes e da precarização dos serviços sociais públicos.

Desta forma, Junqueira (2000) possui uma perspectiva pouco crítica, pois em sua concepção a intersectorialidade permite uma “visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções”, tendo por objetivo a “otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas”. Portanto, compreende a intersectorialidade pela lógica da eficácia e eficiência, fazendo críticas às instituições públicas e defesa da atuação do terceiro setor no enfrentamento das expressões da questão social.

Além disso, a proposta de descentralização de Junqueira (2000) não se refere à divisão político-administrativa e de responsabilidades dos entes federativos na condução e execução das políticas sociais, mas sua transferência a instituições da “sociedade civil”. Isso retira o caráter de direito no acesso aos serviços sociais, conquistado através de movimento de lutas e resistências dos sujeitos sociais, e desloca-o para a lógica do favor, assistencialismo, solidariedade e filantropia.

Para Junqueira (2001) a descentralização compreende a transferência na prestação de serviços de competência do Estado a organismos não-governamentais. Portanto, em acordo com o preconizado pela agenda neoliberal e em contramão com a direção social que norteia o projeto profissional da categoria do Serviço Social.

Neste sentido, as análises elaboradas por Junqueira (2000) não relacionam à discussão do tema ao contexto de (re)produção capitalista. Também possuem uma noção de intersectorialidade restrita, não atrelada ao acesso das riquezas socialmente produzidas cuja parte apropriada pelo Estado, via fundo público, deve ser redistribuída através das políticas sociais e materializada em direitos a população.

A descentralização numa perspectiva progressista está atrelada a reorganização da relação entre Estado e Sociedade, com transferências de poder, responsabilidades e recursos entre os entes, democratização e participação social, a partir da centralidade do Estado no planejamento, gestão e execução das ações.

Com base nas produções do Serviço Social analisadas, a bandeira da intersectorialidade é apropriada pela perspectiva neoliberal na lógica da gestão gerencial de eficiência e efetividade. Isso também se expressa em análises que tratam da possibilidade de superação da ineficiência das políticas sociais, através da melhor alocação dos recursos e otimização dos gastos sociais. E, em outra direção, pela perspectiva crítica fundamentada na concepção ampliada de saúde e em princípios democráticos de integralidade, descentralização, buscando o fortalecimento da política pública.

Portanto, a intersectorialidade na direção crítica e ampliada, os setores compõem o todo que se complementam e condicionam mutuamente, por isso, aponta para importância da implicação de diferentes setores e segmentos sociais no planejamento, execução e avaliação das políticas e ações, o que pode contribuir na mudança das estruturas, na forma de configuração das políticas sociais e na assistência à população.

Embora a Constituição Federal de 1988 estabeleça a necessidade de articulação entre as políticas da Seguridade Social, a materialização da intersectorialidade numa perspectiva ampliada e integral, vem sofrendo limites com o desmonte da Seguridade Social e ausência de

ações coordenadas de modo a atender as necessidades dos usuários das políticas sociais em sua totalidade.

A intersectorialidade vem ganhando destaque no debate das políticas sociais e está prevista em diversas normativas legais, no entanto, ainda não está consolidada no âmbito da gestão nem na prática dos profissionais que operacionalizam os serviços. Além disso, o trabalho intersectorial depende da correlação de forças em presença, das configurações estruturais e conjunturais para efetivação numa perspectiva mais ampliada ou reducionista.

Desta forma, o trabalho intersectorial ainda é um processo em construção, permeado de limites e possibilidades, não se constitui uma tarefa fácil, pois pode envolver diferentes esferas, setores, trabalhadores e sujeitos sociais que possuem formações, experiências e perspectivas distintas e divergentes, exigindo cooperação e compartilhamento.

A partir das produções investigadas, mesmo nas experiências exitosas, a intersectorialidade não compõe o desenho da estrutura governamental e diretriz de gestão e/ou execução dos setores ou políticas sociais. A intersectorialidade surge como projeto ou diretriz de determinado programa social e/ou emerge a partir das demandas postas na realidade social.

O estudo aponta a relevância do debate da intersectorialidade na agenda das políticas públicas e sociais, mas sua implementação ainda é um desafio em decorrência do processo de configuração das políticas sociais pautadas na fragmentação, setorialização, disciplinaridade e paralelismo postos pela própria lógica de organização da sociedade capitalista.

Os autores pesquisados correlacionam as dificuldades para realização do trabalho intersectorial às questões estruturais e conjunturais que moldam a atuação em equipe, em particular, o exercício profissional do Assistente Social na sociedade burguesa.

Desta forma, as produções investigadas associam as dificuldades na concretização da intersectorialidade, ao âmbito da gestão e falta de planejamento conjunto entre os setores da gestão, execução da política e entidades de participação social. Para Brevilheri (2016) e Pereira (2018) a falta de um órgão responsável pela articulação e coordenação entre as políticas e questões relacionadas à formação também são entraves na concretização da intersectorialidade.

Neste sentido, Barra (2013) coloca que as características do aparato governamental e de gestão das políticas brasileiras que expressa à estrutura disciplinar e setorial; a ausência da construção da intersectorialidade no âmbito da gestão; mudanças de gestores na administração por motivações políticas são fatores que dificultam a efetivação da intersectorialidade.

Foram identificados ainda, nos trabalhos analisados, como entraves na implementação da intersectorialidade: o histórico modelo de configuração das políticas, a predominância da

cultura da fragmentação, as disputas políticas, os conflitos de interesses, a dificuldades de diálogos entre os gestores e comunicação entre setores. Além da falta ou precárias condições de trabalho, ausência de recursos estruturais, materiais e recursos humanos dificultam a efetivação da intersetorialidade.

Os resultados revelam que por falta de mecanismos institucionais, ações coordenadas e conjuntas entre os setores, com estabelecimento de fluxos, a intersetorialidade tem sido encarregada aos profissionais, a partir das necessidades de respostas às demandas práticas-interventivas, geralmente, sem planejamento prévio, formulação de protocolos e linhas de ação conjunta entre as esferas gestoras, setores e profissionais executores das políticas.

Foi possível observar, por meio dos dados das produções investigadas, poucas experiências de espaços coletivos constituídos em articulação entre os setores e trabalhadores das políticas sociais, com isso, a concretização da intersetorialidade na direção da interdisciplinaridade voltada à produção de conhecimento e práticas compartilhadas ainda é um desafio.

Em relação aos espaços de controle social democrático as pesquisas sinalizam que estes espaços expressam e refletem o modelo hegemônico de fragmentação e especialização da sociedade capitalista, sem articulação entre os setores da administração pública e outras áreas das políticas sociais.

Cabe destacar que a construção da intersetorialidade na perspectiva crítica envolve a participação e controle social democrático, pois os Conselhos têm o papel de propor, deliberar, fiscalizar e avaliar as políticas sociais e, dependendo da correlação de forças, podem contribuir no fortalecimento da política de saúde numa perspectiva ampliada e na criação de mecanismos que estimulem processos de gestão e trabalho articulado para efetivação da intersetorialidade de forma mais abrangente.

Na área da saúde é possível perceber que ainda prevalece o modelo de saúde centrado no saber-poder médico que reflete a desigualdade na relação de poder entre o médico e os demais profissionais da saúde, implicando outro desafio para implementação da intersetorialidade que pressupõe compartilhamento de saberes, além da articulação entre os setores.

Portanto, as barreiras da materialização da intersetorialidade, para além dos elementos apontados nas pesquisas, são oriundas da própria natureza de produção e reprodução do capital que se expressa de forma fragmentada e respondem as expressões da questão social de modo parcial, através da aparência dos fenômenos e do imediato, desconsiderando a relação com o todo.

O Serviço Social, pela natureza da profissão e especificidade do trabalho exercido, é requisitado para responder às diversas manifestações da questão social tendo o papel, nos mais variados espaços sócio-ocupacionais, de identificar os recursos sociais existentes e construir conexões com os diferentes setores e serviços socioassistenciais buscando viabilizar o acesso à população usuária aos mesmos.

Assim, a intersectorialidade faz parte das demandas e atribuições colocadas aos Assistentes Sociais exigindo articulação com políticas, serviços e benefícios socioassistenciais, relacionadas aos direitos humanos, de cidadania e condições básicas de sobrevivência.

Desta forma, numa concepção ampliada, a intersectorialidade para além da dimensão técnica, constitui um processo político em construção permanente que deve ter participação ativa do Estado na coordenação das ações conjuntas entre os setores, participação e controle social democrático nos processos decisórios, assim como, construção e compartilhamento dos saberes e práticas entre os profissionais.

Neste sentido, a intersectorialidade não é atribuição de uma única profissão, por outro lado, mesmo diante dos desafios e lacunas no planejamento e implementação conjunta das políticas sociais, nas equipes de saúde, é demandado ao Assistente Social, pela formação e conhecimento na área social, à mobilização dos recursos sociais disponíveis nas políticas públicas ou no âmbito da sociedade civil.

O Serviço Social é reconhecido pela sua capacidade de apreender e intervir nas múltiplas expressões da questão social que emergem da realidade social. Assim, é inegável que o Assistente Social trabalha com ações de natureza intersectorial. No entanto, ainda é necessário avanços na construção da intersectorialidade, especialmente, numa dimensão mais ampliada e integral frente às dificuldades em romper com o modelo hegemônico de fragmentação das esferas sociais e modelos de práticas sociais, bem como com a desarticulação entre as políticas sociais e os impactos da política neoliberal sobre as condições e processos de trabalho.

As pesquisas revelam que o trabalho realizado pelos (as) assistentes sociais tem relação com a intersectorialidade, já que realizam encaminhamentos, contatos e articulações com diversos setores das políticas sociais. O encaminhamento foi identificado pelas pesquisas como o procedimento mais recorrente de articulação intersectorial para fins de garantia de direitos, geralmente, realizado em conjunto com orientação ou socialização da informação para acesso a determinada política ou serviço.

Contudo, a construção da intersectorialidade não se reduz ações de orientações e encaminhamentos, mas exige planejamento conjunto entre os setores, pactuação das ações entre os diferentes gestores das políticas sociais, implementação de ações conjuntamente com compartilhamento de saberes e responsabilidades.

É importante considerar que o Assistente Social enquanto profissional assalariado, não detém os meios necessários para modificar as condições objetivas do seu trabalho, a forma que as políticas se configuram, tendo rebatimentos disso no resultado do seu trabalho, que é delimitado pelas condições estruturais e conjunturais.

Na área da Saúde, os dados da pesquisa revelam que devido a dificuldades de acesso a rede pública de proteção social, os profissionais, incluindo os Assistentes Sociais, buscam responder demandas que envolvem o uso de tecnologias assistivas de reabilitação do processo saúde-doença, por meio de articulação com a rede filantrópica vinculada ao SUAS para concessões permanentes ou temporárias aos usuários a esses equipamentos.

Sendo assim, com o desmonte de serviços socioassistenciais públicos os profissionais recorrem ao terceiro setor e canais extraoficiais, como rede de contatos interpessoais para responder as demandas de natureza intersectoriais.

E neste contexto de desmonte de direitos, aumento do desemprego e desigualdades vivenciados pela maioria da população, os Assistentes Sociais são demandados a fazer articulação, principalmente, com serviços socioassistenciais vinculados a política de assistência social, visando à garantia de condições de sobrevivência e proteção social a esta população.

As pesquisas analisadas apontam a ausência do processo de referência e contrarreferência entre os setores, por isto os profissionais não conseguem acompanhar os encaminhamentos realizados frente ao contexto de sobrecarga e precarização do trabalho. As dificuldades na comunicação e no compartilhamento de responsabilidades entre os setores são apontadas também como barreira na materialização das ações intersectoriais realizadas pelos (as) Assistentes Sociais.

Portanto, as produções investigadas evidenciam que os (as) assistentes sociais fazem mediações entre os setores das diferentes políticas sociais e executam ações de natureza intersectorial - mesmo quando não as reconhecem ou não as compreendem - e tem papel importante na construção da intersectorialidade numa perspectiva crítica, tendo em vista fazer a leitura da realidade e dos sujeitos em sua totalidade e integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou examinar criticamente a produção acadêmica no âmbito do Serviço Social, correlacionando esta discussão com os processos históricos, econômicos e políticos de conformação das políticas sociais, especialmente, a política de saúde. Com isso, buscou-se desvendar a relação entre capital-trabalho e suas transformações nesta sociedade e no trabalho de assistentes sociais, tendo em vista compreender os desafios teórico-práticos na construção da intersectorialidade.

Parte-se do entendimento que na sociedade capitalista, o trabalho possui dupla dimensão: trabalho concreto, com valor de uso, voltado a atendimento das necessidades sociais; e trabalho abstrato, destinado a gerar mais valor, produção de mercadorias e valorização do capital. Sendo assim, o trabalho assume forma de trabalho assalariado, e assim, não se realiza como atividade criadora, voltada a autorrealização dos próprios sujeitos produtores diretos da riqueza social, mas para atender os interesses de outros.

Desta forma, os trabalhadores são alienados dos meios, processos e produtos dos seus trabalhos. Os trabalhadores não se reconhecem no produto de seu trabalho e nem em seu próprio trabalho, ocorrendo o processo de estranhamento. Além disso, o trabalho é fetichizado, encobrindo as relações sociais de produção, aparecendo como relações sociais entre coisas.

Neste sentido, em função da prevalência do trabalho abstrato sobre o concreto, o trabalho se torna meio de subsistência dos trabalhadores, de atendimento de suas carências no limite de sua reprodução, pois a força de trabalho é transformada em mercadoria cujo objetivo é a valorização do capital.

Na contemporaneidade, o capitalismo provoca profundas transformações na sociedade com a implementação do projeto neoliberal, mundialização da economia e hegemonia do capital financeiro. Desse modo, introduz a reestruturação e flexibilização do processo de produção, de consumo e das relações entre Estado /sociedade, impactando a configuração da classe trabalhadora, suas formas de organização e de reprodução enquanto ser social, provocando a crescente substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto, a intensificação dos ritmos de trabalho e exploração da força de trabalho ativa. Promovendo, assim, o aumento da força de trabalho sobrando, que embora, detenha de capacidade de trabalho não encontra lugar no mercado para vendê-la, mesmo em condições precárias, com baixas remunerações e sem direitos assegurados.

No Brasil, conforme abordado na dissertação, desde a década de 1990, vem sendo implementadas políticas neoliberais, que se expressam na contrarreforma do Estado, na privatização e na mercantilização dos direitos sociais. Isso implica na redução do Estado no atendimento às necessidades sociais, com a retração dos serviços sociais, desfinanciamento de políticas sociais, sucateamento dos serviços públicos, flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho o que provoca mudanças nos processos e condições de trabalho do Assistente Social.

No âmbito das relações entre capital e trabalho, o Estado promoveu o desmonte dos direitos trabalhistas, por meio da aprovação da Lei 13.467 de julho de 2017 que altera a legislação trabalhista, regulamenta a terceirização do trabalho, inclusive nas atividades meios. Com isso, a relação de trabalho passa a ser regulada pela informalidade, terceirização, subcontratação e flexibilização das relações de trabalho, prevalecendo o acordado sobre o legislado. Por outro lado, registra-se crescente aumento do desemprego, da pobreza e de amplo contingente populacional sem perspectiva de vender sua força de trabalho e atender suas necessidades básicas de reprodução e sobrevivência.

Portanto, as contrarreformas empreendidas pelo Estado no âmbito das políticas sociais, nos mecanismos de proteção social e enfrentamento das desigualdades sociais, impactaram profundamente o financiamento, gestão, oferta e execução dos serviços sociais, reconfigurando os espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais, as ações profissionais e acesso aos direitos pela classe trabalhadora.

É neste contexto que o (a) assistente Social é requisitado a intervir nas expressões da questão social, com rebatimento nas suas condições de reprodução enquanto trabalhador assalariado, mas também nas condições de reprodução e proteção social da classe trabalhadora.

Com essas alterações nas organizações das políticas sociais, nos serviços sociais e nas condições de trabalho, surgem novos desafios, limites e possibilidades na objetivação do trabalho cotidiano do Serviço Social. Assim, no contexto neoliberal o Assistente Social defronta-se com um processo contraditório de retração de demandas e surgimento de novas requisições.

No trabalho coletivo área da saúde, o trabalho intersetorial faz parte das demandas e atribuições colocadas ao Serviço Social frente ao contexto de agravamento da questão social e as lacunas inerentes a organização fragmentada da política de saúde e demais políticas sociais (COSTA, 2010). Com isso, os (as) assistentes sociais em função da formação, especificidade do objeto de trabalho, capacidade técnica (de apreensão e intervenção na realidade) são

demandados (as) a responder as expressões da questão social, necessidades sociais e de saúde dos usuários para além do setor saúde, exigindo mediações com outros setores que compõem as políticas sociais, instituições e profissionais.

Na área da saúde, o debate da intersetorialidade surge no bojo da Reforma Sanitária, mas ganha destaque a partir da Constituição Federal de 1988 com as mudanças no campo social, de cidadania e na estrutura governamental, através da descentralização política-administrativa, nos processos de formulação, gestão e execução da política social.

Sendo assim, a Constituição Federal de 1988- com a introdução da Seguridade Social formada pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social - traz a noção de intersetorialidade ao estabelecer a articulação entre as três políticas sociais, com base nos princípios da descentralização, regionalização e integralidade, além de mecanismos de participação e controle social.

Mesmo com as conquistas e mudanças implementadas com a Constituição Federal de 1988, ainda perdura a configuração fragmentada das políticas sociais. Assim, a intersetorialidade vem ganhando relevância no âmbito normativo e no debate das políticas públicas como nova forma de pensar, formular, gerir e executar as políticas sociais no enfrentamento da fragmentação entre os setores, da complexidade da realidade inerente ao sistema capitalista e na possibilidade de superação da fragmentação da produção do conhecimento e das práticas sociais.

Portanto, a intersetorialidade surge como estratégia de superação da fragmentação das políticas sociais e de mudanças na organização do trabalho, sendo norteadas por princípios democráticos, tem potencial para contribuir na materialização da saúde, no acesso aos direitos e na proteção social de forma integral.

Neste sentido, a partir da análise dos processos sócio-históricos de configuração das políticas sociais e objetivação do trabalho dos Assistentes sociais, buscou-se traçar o estado da arte das produções acadêmicas do Serviço Social a respeito da intersetorialidade na área da saúde, buscando apreender as concepções e perspectivas teórico-metodológicas que vem se manifestando na conceituação e efetivação da intersetorialidade pelos Assistentes Sociais.

Procurou-se evidenciar e refletir sobre as dimensões que perpassam este debate, identificar os consensos e dissensos, limites e (im)possibilidades de efetivação da intersetorialidade na política de saúde e, em particular, no trabalho dos (as) Assistentes Sociais.

O resultado da pesquisa evidencia que a conceituação da intersetorialidade na produção do Serviço Social no âmbito da política de saúde, possui diversos sentidos e

significados, sendo compreendida como diretriz estruturante da política pública e social que deve fazer parte da esfera da gestão e direcionar o trabalho dos profissionais, nos três níveis de governo, com a participação conjunta dos diversos saberes nos processos de planejamento, execução e avaliação das políticas sociais, visando superar a desarticulação existente entre os setores e práticas. No sentido mais restrito também é entendida como mecanismo gerencial de eficiência e otimização dos recursos.

Outro sentido atribuído a intersectorialidade é da integralidade relacionado à articulação entre os setores e profissionais para além do setor saúde com o objetivo de propiciar a assistência à saúde e acesso aos direitos dos usuários numa dimensão de totalidade. Apesar de ser observada uma dificuldade dos pesquisadores e profissionais entrevistados na delimitação e conceituação da integralidade, sendo recorrente seu emprego como articulação entre os níveis de complexidade da saúde.

No resultado da pesquisa, especificamente, referente à intersectorialidade no exercício profissional do assistente social também identificou-se diferentes abordagens na compreensão deste termo, sendo as concepções mais recorrentes de: complementaridade entre setores, apontada como forma de articulação de saberes e experiências na resolução “integrada dos problemas sociais”, objetivando a superação da fragmentação das políticas sociais e atendimento das situações complexas e demandas dos cidadãos, além da redução de custos e melhor alocação dos recursos sociais.

Encontrou-se ainda, neste eixo, a intersectorialidade conceituada no sentido de trabalho em rede e integralidade. Nesta perspectiva entende-se que a rede caracterizada como formal e informal, por abarcar um conjunto de organizações, instituições, comunidade, profissionais e usuários e exigir trabalho articulado, é sinônimo do trabalho intersectorial, apontada como estratégia para promover a proteção social em sua integralidade. Neste sentido, defende-se que a atuação do (a) Assistente social nas expressões da questão social requer atuação e conhecimento da rede no âmbito da política de saúde e demais políticas sociais, visando responder as demandas sociais em sua integralidade.

Em uma perspectiva mais abrangente, a integralidade, para além do acesso aos níveis de complexidade de saúde, pressupõe a articulação com outras dimensões que interferem no processo saúde-doença, constituindo importante estratégia na efetivação do conceito ampliado de saúde.

No âmbito das produções do Serviço Social analisadas foi possível observar que a conceituação e as concepções da intersectorialidade são permeadas por perspectivas teóricas da racionalidade gerencial de eficácia e eficiência, no entanto, os pesquisadores vêm buscando

avancar numa perspectiva crítica, articulando questões estruturais e conjunturais que moldam as políticas sociais e o trabalho do Assistente Social. Nesta direção, a intersetorialidade tem sido compreendida como campo permeado de contradições e conflitos, constituído de processo político, não envolvendo apenas aspectos técnicos e operacionais, superando a leitura restrita e tecnicista vinculada a esta discussão.

Nos trabalhos analisados verificou-se a prevalência da matriz crítico dialética, uma vez que referem à utilização da fundamentação teórica marxista, do método crítico-dialético. No entanto, muitos autores (as) ainda se embasam e elaboram conceitos permeados por correntes de pensamento divergentes da perspectiva crítica, sem a devida problematização.

A pesquisa demonstra que, apesar da relevância no plano normativo, a intersetorialidade ainda não foi incorporada como mecanismo de gestão e execução das políticas sociais nem se efetiva como diretriz da política de saúde, prevalecendo à organização e trabalho em saúde de forma fragmentada e setorializada.

O trabalho intersetorial ainda se encontra restrito ao campo da micropolítica, sendo necessário avançar para sua incorporação no âmbito da gestão e como diretriz de orientação das práticas profissionais. Desse modo, concordamos com Costa (2010) que a intersetorialidade exige mudanças tanto no âmbito da macropolítica relacionada o processo de planejamento e gestão das políticas quanto na micropolítica, isto é, nos processos de trabalho e práticas.

As produções analisadas também apontam a necessidade da construção da intersetorialidade em uma dimensão ampliada, envolvendo a participação de gestores das secretarias de governo e das políticas sociais, trabalhadores, representantes dos conselhos, usuários, instituições comunitárias desde o planejamento, gestão, execução e avaliação da política social e não restrita ao âmbito da implementação de uma determinada política e/ ou atividade de uma profissão.

Os trabalhos investigados reconhecerem a importância da intersetorialidade no âmbito da política de saúde e no trabalho do Assistente Social, mas sinalizam inúmeros limites na efetivação da intersetorialidade, dentre eles: fragmentação da estrutura governamental, bem como a hierarquização das relações e burocratização dos serviços. De acordo com os autores estudados a efetivação da intersetorialidade encontra barreiras na histórica forma de organização fragmentada das políticas públicas e das práticas sociais, a ausência de mecanismos institucionais com ações coordenadas e conjuntas para estimular e promover a articulação entre os setores dos diferentes níveis governamentais, setores e trabalhadores, além dos limites inerentes a estrutura da sociedade capitalista.

Outros obstáculos na concretização da intersetorialidade referem-se às dificuldades dos profissionais, inclusive, os (as) assistentes sociais, em acompanhar os encaminhamentos de natureza intersectorial em decorrência do contexto de precariedade do trabalho, somada as dificuldades na comunicação e no compartilhamento de responsabilidades entre os setores.

As pesquisas apontam que o Serviço Social, enquanto partícipe do trabalho coletivo em saúde, vem contribuindo na efetivação da intersetorialidade, pois atua na articulação de diferentes setores e serviços socioassistenciais para responder as manifestações das expressões da questão social. Segundo Costa (2010) as articulações de natureza intersectorial realizadas pelos assistentes sociais circunscrevem na “efetivação de direitos negados, negligenciados e que se transformam em problemas de saúde” (...) (p. 225).

Assim, o Serviço Social na objetivação do seu trabalho mobiliza um conjunto de meios ou instrumentos que, na maioria das vezes, demandam mediações e articulações com serviços socioassistenciais vinculados a outras instituições, exigindo conhecimento e articulação de diferentes políticas sociais para acesso, promoção, defesa, garantia de direitos e proteção social.

Os dados da pesquisa apontam que frente às contradições das relações sociais e as requisições postas à profissão, geralmente, as respostas e ações de natureza intersectoriais no exercício profissional dos (as) assistentes sociais têm sido formuladas no plano do imediato, na resolução de questões individuais dos sujeitos.

Desta forma, é fundamental o planejamento no exercício profissional, pois projetar a execução das atividades a partir das condições objetivas postas na realidade, constitui-se uma referência para ação e “um instrumento de luta, de negociação, de registro e sistematização do trabalho realizado” (VASCONCELOS, 2015, p. 490).

Além disso, o planejamento coloca a necessidade de o profissional pensar seu trabalho, refletir sobre suas ações, realizar pesquisas sobre seu objeto de trabalho, os recursos institucionais e correlações de forças existentes. Portanto, através do planejamento o profissional poderá fazer escolhas conscientes e forjar respostas que fortaleçam os interesses dos trabalhadores, podendo contribuir para transformação das condições de vida desses sujeitos.

Cabe destacar que com a precarização do mundo do trabalho, os assistentes sociais são compelidos a assumir funções incompatíveis com sua formação, sendo colocadas requisições institucionais ao Assistente Social, na maioria das vezes, diferentes das competências e atribuições definidas legalmente, o que implica qualificação profissional, para afirmar, refutar ou reformular as respostas e demandas nos diferentes espaços sócio-ocupacionais. Para isso,

faz-se necessária interlocução com gestores e equipe formada por outras categorias, num processo educativo, participativo e de correlação de forças, buscando informar o que compete ao Assistente Social e não simplesmente dizer que “não é demanda para o Serviço Social”, e assim, conquistar espaço de valorização e fortalecimento da profissão.

Desta forma, segundo Vasconcelos (2015) a alteração da correlação de forças no âmbito institucional depende de articulação entre trabalhadores e os usuários e seus representantes, ou seja, envolve controle social, mobilização e organização, visando democratização da gestão, fiscalização da efetividade dos serviços e redirecionamento dos serviços e recursos da instituição na direção dos interesses dos trabalhadores.

Assim, o assistente social possui papel, enquanto trabalhador assalariado, de responder as requisições institucionais, mas é necessário ir além, sendo necessário desenvolver ações conectadas com os interesses dos trabalhadores, pensar e desenvolver seu trabalho para além das ações rotineiras, burocráticas e espontâneas que permeiam o cotidiano do seu exercício profissional.

Desse modo, o debate e a construção da intersectorialidade no exercício profissional dos (as) Assistentes Sociais, compreendem a articulação das dimensões teórico-metodológica, ético-política, técnico-instrumental.

A instrumentalidade adotada pelo Serviço Social na execução de suas ações perpassa as condições objetivas e subjetivas dos profissionais, envolvendo a relativa autonomia profissional na escolha dos meios/instrumentos e na definição de quais finalidades se pretende alcançar. Portanto, as ações profissionais são dotadas de instrumentalidade “na medida em que utilizam, criam, adequam as condições existentes, transformando-as em meios e instrumentos para objetivação das intencionalidades” (GUERRA, 2000c, p. 53).

Desta forma, uma intervenção profissional referenciada pelos valores emancipatórios do projeto Ético Político do Serviço Social requer um profissional com formação que busca não só responder demandas imediatas, mas também formular projeto de intervenção voltado a modificar a vida dos sujeitos sociais e transformação da realidade.

Assim, para atuação competente é fundamental que o assistente social elabore estratégias de intervenção conectadas com o projeto ético político profissional, buscando fortalecer a atuação profissional sintonizada com as demandas dos usuários.

Neste sentido, é necessário decifrar os processos sociais em suas múltiplas determinações, considerando as situações concretas que incide o trabalho dos (as) Assistentes sociais para elaboração de propostas de trabalhos “capazes de acionar as possibilidades nela existente” (IAMAMOTO, 2011). Assim, o atendimento direto dos usuários proporciona ao

profissional conhecer suas reais necessidades, aprender as expressões da questão social que os afeta, identificar as demandas coletivas e avaliar o alcance e consequência de sua intervenção na vida desses sujeitos. Além disso, pode contribuir para os usuários apreenderem de forma crítica os processos sociais que envolvem suas condições de vida, ao mesmo tempo, construir mecanismos de politização, luta e transformação da realidade seja individual ou coletivo no seu cotidiano profissional.

Portanto, a intersetorialidade não se restringe a dimensão técnica operacional, envolve decisão política no estímulo e fortalecimento de diretrizes, objetos e objetivos compartilhados no âmbito do planejamento, gestão e execução das políticas. Portanto, a intersetorialidade numa dimensão ampliada implica alteração da correlação de forças e vinculação a projetos societários conectados com os interesses dos trabalhadores em prol da consolidação e ampliação da proteção social.

Neste sentido, os (as) assistentes sociais podem contribuir para construção da intersetorialidade numa perspectiva crítica, ao fazer a leitura da realidade para além da aparência fenomênica, buscando apreender os processos sociais em sua totalidade e os sujeitos sociais em sua integralidade, decifrando as contradições, os limites e, ao mesmo tempo, as possibilidades, dadas em condições objetivas, de concretizá-la.

Desse modo, o trabalho intersetorial, na perspectiva dialética, ao vislumbrar a totalidade e integralidade das ações, pode contribuir no questionamento da estrutura fragmentada da sociedade capitalista e assim, contribuir, potencialmente, para as transformações da sociabilidade da ordem burguesa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro v. 34, n. 6, 2000.

ALMEIDA, Ney L. T. de ; ALENCAR, Monica Maria T. de. *Serviço Social, trabalho e políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2011.

AMARAL, Virgínia Borges. O marxismo inconcluso da análise do discurso: um legado de Michel Pêcheux. *Revista Signo y Seña*, n. 24, diciembre de 2013, pp. 105-121. Disponível em <<http://revistas.filo.uba.ar/index.php/sys/index>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

ANDRADE, L.O.M. *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. 365 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2004.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

_____. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. São Paulo: Boitempo, 2018.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROCO, Maria Lucia Silva. *Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos*. São Paulo: Cortez, 2001.

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

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, I. *Política Social Fundamentos e História*. 9. ed.. São Paulo: Cortez Editora, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social).

BELLINI, Maria Isabel Barros et al. *Políticas públicas e intersectorialidade em debate*. Apresentação em evento, Repositório PUCRS, 2014. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/8133/2/evento_003%20-%20Maria%20Isabel%20Barros%20Bellini.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2019.

BOSCHETTI, Ivanete. A Política de Seguridade no Brasil. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS/ CEAD- UnB, 2009.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 16 de jan. 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 jan. 2020.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 01 de ago. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde no governo Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ/ Rede Sirius, 2011.

_____. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, 2006.

BRAVO, M. I. S. ; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazonina (orgs.). *Política Social e Democracia*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOURGUIGNON, J. A. *Concepção de rede intersetorial*. 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

CARNOY, Martin. *Estado e teoria política*. São Paulo: Ed. Papirus, 1986.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R ; MATTOS, R. A (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2009.

CFESS. *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Brasília: CFESS, 2010.(Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

CHEVALIER, Jean-Jaques. *As grandes obras políticas de Maquiavel a nossos dias*. Rio de Janeiro: Agir, 1980.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. *Elementos para a crítica da economia política da saúde no Brasil: parcerias público-privadas e valorização do capital*. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Sociedade civil e controle social: desafios para o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). *Saúde, Serviço Social, Movimentos sociais e Conselhos: desafios atuais*. São Paulo: Cortez, 2012.

COSTA, M. D. H. da. *Serviço Social e Intersetorialidade: a contribuição dos Assistentes Sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde*. 2010. 264 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

COSTA, M. D. H. da. Os serviços sociais na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: MOTA, A. A. E (Org.). *A Nova Fábrica de Consenso*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COUTINHO, Carlos Nelson. *A dualidade de poderes*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.

FERNANDES, Florestan. *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina*. São Paulo: Global, 2009.

FIGUEREDO, Ivanilda Vitoriano. *A intersectorialidade no processo de trabalho do Serviço Social na garantia do direito à saúde de adolescentes hospitalizados no NESA*. Trabalho de Conclusão (Residência em Serviço Social) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

FLEURY, Sonia (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GUERRA, Yolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 62, 2000.

_____. Instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: CFESS; ABEPSS; Cead/NED-UnB. *Capacitação em Serviço Social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais*. Módulo 4. Brasília: CEAD, 2000c. p.53-63.

_____. Apresentação à 10ª. Edição. A conquista da maioria: o debate sobre a instrumentalidade do Serviço Social. 18 anos depois. In: _____. *A instrumentalidade do Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. A dimensão Técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (orgs.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

_____. Racionalidades e Serviço Social: o acervo técnico-instrumental em questão. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (orgs.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES Juliana Souza Bravo de Menezes (orgs.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ/ Rede Sirius, 2011.

HARVEY, David. *Condição Pós-moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1993.

_____. *O novo imperialismo*. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. Tradução: Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. 26. ed. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS. 2009.

_____. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do (a) Assistente Social na atualidade. In.: *Atribuições privativas do/a Assistente Social em questão*. Brasília: CFESS, 2012.

_____. Questão social no capitalismo. *Temporalis*, Brasília, Ano. 2, n. 3, 2001.

INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n. 22, 2001.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Nota Técnica nº28 de 2016*. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

JUNQUEIRA L.A.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. *Descentralização e intersetorialidade: na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza*. Caracas, 1997. Disponível em: < <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN003743.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

JUNQUEIRA, Luciano A. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*, v. 6, n 2, p. 31-46, 1997.

_____. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, mar./abr. 1998.

_____. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, v.34, n. 6, nov./dez. 2000.

_____. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde e Soc.* [online]. v.13, n.1, p.25-36, 2004.

LESSA, S. *Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo*. São Paulo: Cortez, 2007.

LUCKÁCS, György. *Para uma ontologia do Ser Social I*. São Paulo: Boitempo, 2012.

LIMA, T.C.S.; MIOTO, R.C.T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 10, número especial, 2007.

LAKATOS, E. M.; MACRONI, M. de A. *Fundamentos de metodologia Científica*. 5. ed. São Paulo: Altas S.A, 2003.

MANDEL, Ernest. *O capitalismo tardio*. Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. (Os economistas).

MARX, Karl. *Os despossuídos*: debate sobre a lei referente ao furto da madeira. Tradução de Nélcio Schneider e Mariana Echalar. São Paulo: Boitempo, 2017.

_____. *O Capital*: crítica da economia política, Livro 1, volume II, São Paulo: Editora Bertrand, 1987.

_____. *A mercadoria. O capital*. Livro I, volume 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

_____. *A lei geral da acumulação capitalista. O capital*. Livro I, volume 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005

_____. *Formações econômicas pré-capitalistas*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2006.

MARIANO, Ana Maria Eler. *Intersetorialidade e Políticas Sociais*: análise do estado da arte da produção bibliográfica no cenário nacional. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

MATTOS, Marcelo Badaró. *Escravidados e livres*: experiências comuns na formação da classe trabalhadora carioca. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2008.

MATTOS, Ruben Araújo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2009.

MATOS, Maurílio Castro. *Serviço social, ética e saúde*: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

_____. No rastro dos acontecimentos: a política de Saúde no Brasil. In: DUARTE, José de Oliveira [et al.]. *Política de Saúde Hoje*: interfaces & desafios no trabalho de Assistentes Sociais (org.). 1 ed, Campinas, SP: Papel Social, 2014.

MARSIGLIA, R.M.G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, A.E. et al (org.). *Serviço social e saúde*: formação e trabalho profissional. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MENDES, Eugenio Vilaça. Distrito Sanitário. *As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80*: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do Projeto neoliberal. São Paulo: ed Hucitec/Abrasco, 1993.

MINAYO, M.C.de S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHÜTZ, Fernanda. *Intersetorialidade na Política Social*: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. DIPROSUL. O direito a Saúde e a proteção social em faixas de fronteiras: um balanço do debate acadêmico no sul da

America do Sul. Agosto de 2011. Disponível em:

<<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em: 02 abr.2016.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. 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*. 2006. Disponível em:

<http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2019.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

_____. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *SER Social*, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2009. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12708/11110>. Acesso em: 25 dez. 2019.

MONTAÑO, Carlos; DURGUETTO, Maria Lúcia. *Estado, Classe e movimento Social*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, J. Paulo. *Introdução ao estudo do método de Marx*. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS; ABEPSS; CEAD/UnB (Orgs.) *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Brasília: CFESS; ABEPSS; CEAD/UnB, 1999.

_____. Cinco notas a propósito da “Questão social”. *Temporalis*, Brasília, ano 2, n. 3, jan./jul., 2001.

PEREIRA, Potyara A.P. A intersectorialidade das Políticas Sociais na Perspectiva Dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (org). *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFGM*, v. 35, 2001

RUBIN, I.I. *A teoria marxista do Valor*. São Paulo: Polis, 1987.

SÁ-SILVA, J R. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, Ano 1, n. 1, jul. 2009.

SANTOS, Cláudia Mônica; SOUZA, Rodrigo Filho; BACKX, Sheila. *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. A dimensão técnico-operativa e os instrumentos e técnicas no Serviço Social. *Revista Conexão Geraes*. ano 2, n 3. 2013. Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos/Revista-3.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

SANTOS, C. M.; NORONHA, K. O Estado da Arte sobre os Instrumentos e técnicas na Intervenção Profissional do Assistente Social: uma perspectiva crítica. In: GUERRA, Y ;

FORTI, V (Org.). *Serviço Social: Temas, Textos e Contextos*. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2010.

SCHUTZ, Fernanda. *A intersectorialidade no campo da Política Pública: indagações para o Serviço Social*. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis, UFSC, 2009.

SCHUTZ, Fernanda; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade em Debate*. Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan.-/jun.2010. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/0>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

SILVA, N. M. S. *Desafio à Gestão Integrada de Políticas Públicas: resultados de uma experiência*. 2007. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prêdes. Ações Profissionais, procedimentos e instrumentos dos Assistentes Sociais nas Políticas Sociais. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (orgs.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

YAZBEK, Maria Carmelita. *Sistemas de Proteção Social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais*. Centro Português de Investigação de História e Trabalho Social, Cpihts, 2010. Disponível em: <<http://cpihts.com/PDF07/Carmelita%20Y.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria. *A/o Assistente Social na luta de classes: projeto profissional e mediações teórico-prática*. São Paulo: Cortez, 2015.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito a saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ipea, 2016.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: Expressões da questão social no Brasil. *Temporalis*, Brasília, ano. 2, n. 3, 2001.

ANEXO - Referências da produção do Serviço Social sobre a intersetorialidade, a partir da política de saúde, com base na CAPES

Teses de Doutorado

BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes. *A intersetorialidade na gestão das políticas de saúde e assistência social em municípios da região norte do estado do Paraná*. 2016. 232 p. Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. *Serviço Social e intersetorialidade: a contribuição dos Assistentes Sociais para construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde*. 2010. 264 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

MARTINS, Ariana Siqueira Rossi. *A intersetorialidade das políticas de saúde e de assistência social no sistema de atenção domiciliar em Franca/SP*. 2015. 175 p. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista, Franca, 2015.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa. *Intersetorialidade na Política de Saúde Mental: uma Análise a partir das articulações tecidas pelos/as Assistentes Sociais nas redes intersetoriais*. 2018. 292 p. Tese (Doutorado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2018.

Dissertações de Mestrado

ARAUJO, Nayra Sousa. *Serviço social e intersetorialidade entre a política de saúde e as demais políticas da seguridade social: reflexões a partir do processo de trabalho dos/as assistentes sociais no Hospital de Urgência de Teresina (HUT)*. 2018. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2018.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. *Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersetorialidade*. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

BATISTA, Kátia Gerlânia Soares. *A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e Assistência Social no município de Cajazeiras-PB*. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

FRANÇA, Merilin Carneiro de. *Interseções, aproximações e distanciamentos entre a Estratégia Saúde da Família e o Programa Bolsa Família a partir da lógica da intersetorialidade*. 2014. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

FUENTES, Ana Cristina Góis. *Intersetorialidade: uma análise sobre as concepções e percepções presentes na experiência do município de Londrina-PR*. 2019. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Federal de Londrina, Londrina, 2019.

MACEDO, Erica Fernanda Torres. *O desafio da intersetorialidade na prática do assistente social na saúde*. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

SILVA, Gilvaneide Nunes da. *Intersetorialidade na saúde: estratégia de atuação do Serviço Social*. 2016. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

SILVA, Leandro Roque da. *Política sobre drogas no Brasil: a intersetorialidade como possibilidade de uma Assistência integral em um serviço de saúde mental*. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.