

A INTERSETORIALIDADE E O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Merilin Carneiro de França^{*}
Patrícia Barreto Cavancanti^{**}

Resumo: A intersectorialidade pode ser abordada a partir de uma perspectiva conservadora que visa a “reforma” do Estado ou a partir de uma reflexão crítica e progressista em que a intersectorialidade pressupõe os usuários enquanto cidadãos de direitos. A discussão sobre a intersectorialidade no âmbito do serviço social ainda é incipiente, porém na tentativa de atender os usuários das políticas sociais em sua integralidade, esse profissional tem ao longo de sua história realizado articulações com diferentes setores. Na saúde essas articulações acontecem principalmente nos casos de emergência, e em sua maioria tem um caráter imediatista, apesar de estes profissionais também planejarem arranjos intersectoriais.

Palavras-chave: Intersectorialidade, Serviço Social e Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Nesse trabalho nos propomos a avaliar a temática da intersectorialidade nas políticas sociais enfocando a análise no setor da saúde, assim como na atuação dos assistentes sociais inseridos nele, os quais na tentativa de contemplar a totalidade social em sua amplitude e os usuários das políticas enquanto cidadãos de direitos lançam mão de arranjos intersectoriais.

As políticas sociais são concebidas a partir do olhar fragmentado da realidade, com isso a intersectorialidade continua a ser uma tarefa distante de ser concretizada, mas necessária. Por isso essa temática tem sido trabalhada, ora a partir de uma perspectiva conservadora, ora crítica, nesse contexto é requisitado do assistente social uma atuação que articulada com outros profissionais de setores distintos disponha aos usuários das políticas sociais o atendimento de suas necessidades.

Para reconhecermos os limites da atuação profissional frente à proposta de articulação entre as políticas é sugerida neste trabalho uma análise crítica sobre a atuação profissional e as abordagens realizadas acerca da intersectorialidade, para que assim sejam percebidas barreiras impostas pelo Estado na garantia dos direitos sociais. Detemo-nos também a contextualizar o âmbito da saúde em que se inserem os profissionais e onde a proposta intersectorial foi tomada como norteadora das

^{*} Doutora em Serviço Social pela PUCSP. Professora Associada II do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

^{**} Mestranda em Serviço Social pela UFPB.

ações, assim como entender o motivo pelo qual o discurso predominante não contempla os interesses sociais.

2. A INTERSETORIALIDADE E AS POLÍTICAS SOCIAIS

O debate sobre a intersectorialidade deverá contemplar a dinâmica da sociedade considerando sua dialética e sua história, não pode estar restrita a procedimentos administrativos, visto que a macropolítica e a economia rebatem decisivamente no planejamento e implementação das políticas sejam elas, sociais, territoriais ou econômicas.

No estudo das políticas a intersectorialidade se insere enquanto uma possibilidade de superar práticas fragmentadas ou que estão sobrepostas na relação com os usuários de serviços estatais, como também em serviços ofertados por organizações privadas com a iniciativa da sociedade civil ou de fundações, segundo Tumelero (2012). No campo das produções intelectuais, ela é identificada em sua problematização conceitual, pelas teorias da administração pública, nos debates sobre suas finalidades do ponto de vista ético, político e de projetos societários (*Ibid.*).

É necessário refletir sobre quais fundamentos a estratégia da intersectorialidade tem sido traçada, pois na medida em que não há participação dos técnicos, gestores e usuários de maneira equânime para propor, implementar e fiscalizar pactuações entre políticas, objetivando os direitos sociais, os frutos da estratégia intersectorial tenderão a ser: contradições, brevidade, propostas incompletas, divergentes e sem o apoio necessário dos profissionais, da sociedade e do Estado.

Na atual conjuntura brasileira é perceptível o predomínio de um projeto político que reivindica uma orientação gerencial para a implementação das políticas sociais que são mobilizadas para atender a lógica da descentralização e de um tipo de participação política, no entanto essa última tem sido caracterizada enquanto uma plateia que não se manifesta nem tem posturas contrárias às das forças dominantes, segundo Bidarra (2009). Ademais esse tipo de participação é oportuna para manter a centralização do poder e reforçar as proposições que interessam e correspondem às expectativas daqueles que representam os interesses do grupo político dominante, (*Ibid.*). Decidir pela intersectorialidade, portanto corresponde a

uma intenção política de investir num processo socialmente construído e que requisita o conhecimento da realidade e análise das reais demandas dos sujeitos que partilham de compromissos e projetos políticos comuns, (*Ibid.*).

No entanto o nível de intersectorialidade construído nas políticas brasileiras tem se dado ora pela “escassez de recursos” ora devido às profundas insatisfações acerca da capacidade de as organizações darem respostas às demandas sociais e aos problemas complexos dos cidadãos, (*Ibid.*). A intersectorialidade a partir da perspectiva da escassez de recursos tem se relacionado com a ideia de “reformular” a ação do Estado a partir da desregulamentação dos direitos sociais, pois os custos de uma cobertura social ampla e sistemática são altos demais para o Estado arcar, não por acaso prevalece o entendimento da intersectorialidade enquanto um procedimento de reforma administrativa do Estado (*Ibid.*). Em contrapartida se estimula por parte do Estado às ações intersectoriais complementares produzidas mediante parcerias ou redes a partir da atuação de organizações na sociedade civil, o qual conta com incentivos financeiros do Estado (*Ibid.*).

Afinal, apesar de o Estado ter o dever de garantir a satisfação de direitos sociais, é interessante para o capital garantir que nos momentos de crise terá o financiamento dele, por isso apesar de saciar as necessidades sociais, essa ação não é garantida como direito social concedido ao cidadão, assim financiamentos maiores serão permitidos para o capital e menores para o social.

O debate sobre a intersectorialidade surge a partir da saúde em meados de 1970 como tentativa de potencializar as ações de saúde, visto que seus determinantes e condicionantes são trabalhados por políticas específicas. É sabido que o trabalho isolado das políticas não traz resultados eficientes para as demandas sociais, porém a setorialização é predominante nos diversos países e estratégias intersectoriais são dificilmente implementadas devido à lógica imposta no modelo de produção capitalista.

No Sistema Único de Saúde não foi dado prioridade para implementar estratégias de construção de um sistema de seguridade social, por isso apesar de avanços no que se refere a descentralização da saúde no âmbito do planejamento e da gestão, ainda persiste o modo fragmentado de produzir a política de saúde, (MONNERAT; SOUZA, 2011). Apesar da inclusão da diretriz da intersectorialidade, na Lei Orgânica de 1990, que prevê a integração intersectorial com a intrasetorial da rede assistencial, essa segunda assume maior prioridade na agenda institucional, o

que retrata a noção prevalente entre gestores e profissionais sobre o conceito de integralidade ademais as estratégias implantadas para a garantia desse princípio priorizam a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade) (*Ibid.*).

A proposta da intersectorialidade tem estado presente no debate retomado sobre os determinantes e condicionantes da saúde, movimentos internacionais tais como: Promoção da Saúde, Cidades Saudáveis e Políticas Públicas Saudáveis, os quais incorporam ações intersectoriais têm tido grande visibilidade (*Ibid.*). Assim como esses o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) desenvolvidos em meados de 1990 tem como atribuição atuar de forma intersectorial a partir de parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais (*Ibid.*).

Várias são as debilidades para a efetivação da atenção preconizada na legislação desse setor, como a persistência da concepção endógena na prática dos profissionais de saúde, na implementação do PSF que é realizada via de regra em áreas mais periféricas, dificuldades de fixar médicos na equipe multiprofissional de saúde da família, a visão da saúde se encontra voltada pra seu objeto de intervenção específico prevalecendo à ideia de ações intersectoriais como articulação de vários setores para o alcance de melhores resultados de saúde, (*Ibid.*).

Para contemplar as demandas do ser humano com eficiência as políticas sociais precisam percebê-lo em sua integralidade, considerando que ele é um organismo e que os problemas apresentados podem advir de causas que não compete a uma determinada política resolver. Portanto pensar políticas sociais isoladamente significa limitar o seu potencial interventivo para a resolução de demandas sociais. A saúde poderia galgar melhores resultados caso as primeiras proposições da Seguridade Social fossem executadas, no tocante a um Ministério próprio, ao financiamento, a participação popular, ademais cada política que a compõe ficou isolada e destoaram quanto ao objetivo que deveria ser comum: a proteção social.

3. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE

Partimos do pressuposto de que a prática do assistente social, nos espaços sócio-ocupacionais, requisita a intersectorialidade para atender as necessidades de

sua demanda. Assim a intervenção de outros setores é fundamental para respaldar a atuação desse profissional, a partir da perspectiva da integralidade e da compreensão da totalidade em que estão inseridos os sujeitos sociais, reafirmando a importância de concebê-los considerando o contexto histórico, contraditório e dialético no qual estão inseridos.

A partir de 1945, Bravo e Matos (2004), afirmam que podemos observar uma expansão do Serviço Social principalmente no âmbito da saúde, isso se deu não só devido às necessidades de aprofundamento do capitalismo e as mudanças advindas do pós Segunda Guerra Mundial, mas contava também com a influência do conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que enfocava os aspectos biopsicossociais na sua definição requisitando outros profissionais para trabalhar no setor. Foi exigida dos assistentes sociais a prática educativa com relação aos hábitos de higiene e saúde, a viabilização dos benefícios e serviços aos usuários da saúde através de várias ações como triagem, encaminhamentos, plantão, dentre outras (*Ibid.*).

O avanço do movimento sanitário para fortalecimento do setor público de saúde teve na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 um marco histórico que influenciou a partir do relatório desta conferência a Constituição Federal de 1988 a qual garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e que junto com a política de previdência e de assistência social integra a seguridade social (*Ibid.*).

A década de 1980 marca para o Serviço Social um período de renovação no qual as bases teóricas e metodológicas são questionadas, passando por um processo de revisão interna sinalizando uma maturidade através da interlocução com a tradição marxista, (*Ibid.*).

Ao analisar a história da constituição do Sistema Único de Saúde Krüger (2010) sinaliza que a tensão entre os projetos de reforma sanitária e o privatista não possibilitou a estruturação do SUS de acordo com seus princípios, tendo como consequência a precarização do processo de trabalho dos profissionais e alterando o perfil e necessidades de saúde dos usuários.

Apesar disso foi observada a ampliação do mercado de trabalho do Serviço Social, o qual tem construído novos espaços de atuação principalmente nas áreas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Visando atender demandas coletivas observamos que surgem para os assistentes sociais a partir da instituição dos SUS a oportunidade na coordenação, gestão e planejamento devido às possibilidades de trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, assim também como novos desafios e espaços ocupacionais em áreas não exclusivas do Serviço Social (*Ibid.*). O assistente social mostra o potencial que possui para articular o debate interdisciplinar, refletindo sobre as formas de atendimento em sua totalidade, tal característica tem pautado as reflexões no grupo de profissionais para reconhecer as necessidades em saúde e seus determinantes sociais (*Ibid.*).

Para que possamos pensar em concretizar a intersetorialidade na política de saúde é requisitada do assistente social a apreensão do contexto social em que está inserido e a provisão do arsenal ético-político, teórico-metodológico e prático-operativo da profissão, como também do conhecimento a respeito da área da saúde, a política que a normatiza, assim como seus determinantes sociais (*Ibid.*). Esse profissional deve estar articulado com os movimentos sociais de usuários e trabalhadores que lutam pela efetivação do SUS, porque as investidas do projeto neoliberal de saúde tendem a distanciar a intersetorialidade no sistema de saúde ou utilizar esse argumento de maneira inconsistente sem considerar as contradições que existem na sociedade propondo soluções que beneficiem o mercado farmacêutico/hospitalar apesar do argumento de agilidade e eficácia para a sociedade (*Ibid.*).

Analisando a atuação desses profissionais na área de saúde e suas articulações intersetoriais Costa (2010) afirma que as articulações intersetoriais ocorrem principalmente nas condições agudas e emergenciais, nas contradições e conflitos que envolvem necessidades de saúde, sobretudo quando há doenças crônicas. Como a política de saúde não é executada pela perspectiva de integralidade da atenção, apesar dessa premissa ser constitucional, a autora supracitada, alega que a atuação do assistente social é frequentemente requisitada quando há necessidade de articulação com outras políticas e instituições, principalmente na constatação de condições agudas de saúde. Essa atuação é exercida na maioria dos casos, quase exclusivamente por esse profissional, visto a dificuldade que os demais possuem para encaminhar os usuários a outros serviços, advinda da falta de informação consequência da omissão da política da saúde que não assume a intersetorialidade como diretriz (*Ibid.*).

Assim, pontua Costa (2010, p.208), “[...] o Serviço Social tem respondido como atividade, demandas que deveriam ser objeto prioritário do planejamento em saúde como fruto de ações planejadas em parceria com as demais políticas que tem maior interface com a saúde.”

Se o modelo assistencial e gerencial de saúde estivesse estruturado com base no conceito ampliado de saúde, as demandas intersetoriais seriam tratadas pela equipe de saúde de forma simultânea, comprometendo toda a equipe e não tratadas caso a caso de forma improvisada e emergencial, (*Ibid.*). No entanto, as demandas intersetoriais, em sua maioria, são reduzidas a atividades realizadas pelo Serviço Social, que identifica e entra em contato com as instituições, a partir de suas relações pessoais, articulando redes institucionais e sociais, (*Ibid.*). As articulações intersetoriais dependem do compromisso profissional e do conhecimento e capacidade de articulação de cada assistente social, por isso não são ideais, ademais os profissionais, as instituições e as políticas deveriam estar disponíveis para executar ações em conjunto para alcançar resultados efetivos a partir de temáticas comuns.

Um dos mecanismos utilizados pelo assistente social para permitir a satisfação das demandas é o encaminhamento, porém por vezes não traz os resultados esperados devido à trajetória setorial e fragmentada das políticas e da atuação frente à questão social. A esse percurso é somado à burocratização e a falta de cultura institucional que permita o diálogo entre os profissionais, resultado da não existência de uma política intersetorial que direcione, fiscalize e execute na União, nos Estados e Municípios essas articulações. Devido a tais características, Schutz e Mito (2011) afirmam que os assistentes sociais acabam tendo em alguns profissionais comprometidos sua referência para encaminhamentos personalizando-os.

A atuação do assistente social sozinho não dá conta de materializar arranjos intersetoriais que respondam eficientemente e eficazmente as demandas sociais, e nem é esse o objetivo do capital ao chamar esse profissional. Porém o debate sobre a integralidade na saúde tem requisitado que a abordagem intersetorial seja trabalhada no âmbito dessa política, nesse processo o assistente social pode enriquecer a discussão devido a sua bagagem teórica e prática sobre esse setor. Além disso, pode repassar informações aos usuários e aos profissionais acerca das demandas prevaletentes que requisitam articulações entre políticas sociais.

Cabe a esse profissional assessorar os movimentos sociais apropriando-os do debate e da necessidade de uma abordagem para além da questão técnica e administrativa da saúde, afinal a execução de melhorias no trato à saúde assim como a implementação da intersetorialidade depende de vontade política.

4. CONCLUSÃO

Portanto para elaborar respostas coerentes frente à complexidade das necessidades sociais, a atuação dos assistentes sociais não prescinde da predisposição dos demais profissionais, das diferentes políticas e instituições, para colaborarem mutuamente. Porém respostas coerentes que vão além de questões pontuais e imediatistas andam na contramão da racionalidade capitalista, que através das políticas sociais perpetuam o status quo desconsiderando a totalidade para intervir nas expressões da questão social.

Por isso as tentativas de articulação intersetorial dos assistentes sociais não conseguem responder eficientemente e eficazmente as demandas postas, ademais não é interessante para o capital dividir poder com a sociedade para que essa sugira e fiscalize as políticas para atender integralmente as demandas sociais a partir da lógica do direito. Permeia a setorialização das políticas e a centralização, do poder de decisão mesmo após a instituição de espaços para a participação e o controle social, como os conselhos de saúde. Neles, via de regra, a população é cooptada, suas sugestões e propostas são sufocadas dada a permanência da burocracia e de atores favoráveis à gestão que intimidam e constroem soluções baseadas na equidade, na democracia e no direito de ser bem assistido dos cidadãos.

Assim é requisitada articulações intersetoriais dos assistentes sociais para diminuir as insatisfações advindas da fragmentação, burocratização e hierarquização excessiva das políticas sociais. Isso não implica dizer que essa prática está oposta aos direitos dos cidadãos, mas que serve aos interesses desses e do capital, porém se abordada de maneira coerente pode se tornar mais um instrumento que fortalece as lutas sociais em prol do direito a integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

BIDARRA, Z. S. **Pactuar a intersectorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 99, p. 483-497, Jul./Set. 2009.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social:** elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Orgs.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 25-47.

COSTA, M. D. H. **Serviço Social e intersectorialidade:** a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Recife. UFPE - PE, 2010. Tese de Doutorado.

KRÜGER, T. R. **Serviço Social e Saúde:** espaços de atuação a partir do SUS. 2010. Disponível em: < www.cress-sc.org.br > acesso em 07 jun.2012.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. **Da Seguridade Social à intersectorialidade:** reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > acesso em: 07 jun. 2012.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. **Intersectorialidade e política social:** subsídios para o debate. 2010. Disponível em: < http://www.ucpel.tche.br/revista_soc_debate > acesso em 07 jun. 2012.

TUMELERO, S. M. **A intersectorialidade na gestão social de políticas públicas.** 2012. Disponível em: <<http://anaisenapegs.com.br/2012/dmdocuments/345.pdf>> acesso em 12 dez. 2012.