

OS PROFISSIONAIS NA INTERSETORIALIDADE PARA A ATENÇÃO À SAÚDE E A PROTEÇÃO SOCIAL: UMA REVISÃO NARRATIVA¹

THE PROFESSIONALS IN THE INTERSECTORIALITY FOR HEALTH CARE AND SOCIAL PROTECTION: A NARRATIVE REVIEW

Miriam Thais Guterres DIAS*

Resumo: O artigo objetiva problematizar a intersectorialidade que se faz necessária nas ações e na gestão das políticas de saúde e de assistência social, e que tem sido o desafio dos profissionais das referidas políticas sociais. Realiza uma revisão narrativa dos conceitos e finalidades da intersectorialidade, apresenta as peculiaridades dos setores Saúde e Assistência Social no Brasil no contexto de ajuste estrutural econômico, e sua determinação na focalização das políticas sociais. A demanda por intersectorialidade por parte dos profissionais e da gestão no campo das políticas públicas e o debate necessário sobre a sua imprescindibilidade nas políticas de Saúde e da Assistência Social para os processos de atenção à saúde e proteção social são abordados teoricamente e analisados criticamente. Se evidencia que os profissionais das referidas políticas têm realizado esforços para a efetivação de processos intersectoriais visando qualificar o acesso aos serviços à população por meio de mecanismos de integração entre os setores.

Palavras-chave: Intersectorialidade, Contrarreforma do Estado, Políticas públicas, Profissionais das políticas públicas.

Abstract: The article aims to problematize the intersectoriality that is necessary to the actions and management of health policies and social assistance, and which is a challenge for the professionals of mentioned social policies. It carries out a narrative review of the concepts and purposes of intersectoriality and presents the peculiarities of the Health and Social Assistance sectors in Brazil in the context of economic structural adjustment and their determination in the focus of social policies. The demand for intersectoriality by professionals and the management in the field of public policies and the necessary debate about its indispensability in the management of Health and Social Assistance for the processes of attention to health and social protection are approached theoretically and analyzed critically. It is evident that the professionals of these policies have made efforts for the accomplishment of intersectoriality processes aiming to qualify the access of the population to the services through integration between the sectors.

Keywords: Intersectoriality, State Counter-Reformation, Public Policies, Management, Public Policy Professionals.

Submetido em 19/04/2017.

Aceito em 02/10/2017.

¹ Este artigo foi originalmente apresentado no VI Congresso da Rede Espanhola de Política Social, realizado em Sevilha, em fevereiro de 2017. A partir da indicação dos pareceristas, foi ampliada e aprofundada a análise.

* Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Brasil). Rua Ramiro Barcelos, 2600, Santa Cecília, Porto Alegre (RS), CEP: 90.035-003. E-mail: <miriamtgdias@gmail.com>

Introdução

As políticas públicas de Saúde e Assistência Social no Brasil têm peculiaridades e sofrem determinações do contexto de ajuste estrutural econômico, sob orientação das agências internacionais, como focalização e mercantilização dos bens sociais e redução do gasto público, repercutindo notadamente nas agendas das políticas sociais e, conseqüentemente, na vida da população.

A intersetorialidade é um desafio para uma ação articulada das políticas públicas na oferta de serviços e programas, considerando-se a setorialidade dos sistemas de Saúde e de Assistência Social. A demanda por integração de ações entre políticas setoriais está determinada pela atual fase do capitalismo, que produziu a desregulamentação e a flexibilização do trabalho e da gestão, com o incremento da gestão por resultados no serviço público. Compondo também o espectro de interesse por intersetorialidade está a contrarreforma do Estado brasileiro, a descentralização como uma diretriz emanada para distribuir responsabilidade e formas de financiamento, e com a Lei da Responsabilidade Fiscal contribuindo para que os municípios adotem formas precárias de trabalho. A ausência de uma política de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a multiplicidade de relações de trabalho nos serviços agravam as condições de trabalho e a oferta qualificada de serviços de atenção à saúde e de proteção social. E no cerne dos esforços de realização de ações inersetoriais estão os profissionais destas políticas, que têm sido os personagens mais envolvidos com o propósito do seu alcance.

Para a abordagem desse tema realizou-se uma revisão narrativa com os descritores intersetorialidade e intersetorialidade-profissões, quando se encontrou produções teóricas clássicas, pesquisas realizadas e relatos de experiências sobre o tema. Constatou-se o forte interesse de estudo do termo e as várias expressões que o representam, com dois aspectos preponderantes, o entendimento de sua relevância para a gestão das políticas públicas e a atuação dos profissionais em esforços de ações interstoriais.

Uma motivação para se deter na intersetorialidade entre Saúde e Assistência Social é o debate necessário para os processos de atenção à saúde e proteção social para usuários de drogas, tema de pesquisas da autora, considerando as peculiaridades e os desafios de cada setor para o seu alcance. Um desses desafios é a capacidade de oferta com qualidade de serviços para a atenção aos usuários de drogas, conjugado com a dimensão dos direitos dos cidadãos, que se constitui num dos aspectos fundantes da crítica à política manicomial e hospitalocêntrica, historicamente presente na sociedade, e na diretriz central para a reivindicação da cidadania às pessoas com transtorno mental e em sofrimento psíquico (DIAS, 2015). O tema das políticas públicas sobre drogas tem correspondência direta com o entendimento do seu contexto na relação entre a sociedade e o Estado, considerando-se o fenômeno do uso de drogas ser multicausal e historicamente determinado, não sendo neste artigo objeto de análise.

A intersetorialidade é um desafio para uma ação articulada das políticas públicas na oferta de serviços e programas à população, considerando-se a forte setorialidade existente e sua repercussão na atenção à saúde e na proteção social, requerendo um entendimento de algumas de suas características.

1. A demanda por intersetorialidade no campo das políticas públicas

O crescente interesse no campo das políticas sociais e públicas acerca da integração de ações de políticas setoriais está organicamente determinado pela atual fase do capitalismo, que com a sua passagem para a produção flexível, produziu crises estruturais que atingiram diferentes dimensões, e essas são respondidas “pelo capital com a reestruturação produtiva, a globalização e a ofensiva neoliberal” (BEHRING, 1998, p. 187).

A ofensiva neoliberal como resposta às crises do capitalismo na década de 70 do século XX consiste na retomada teórica de princípios clássicos liberais e tem como eixo a crítica do mercado sobre as consequências do intervencionismo estatal dos países centrais assumido com o Estado de Bem-Estar Social e a sua aliança com a democracia social, por esta última prejudicar a expansão da economia. Os fundamentos da liberdade do mercado e da desigualdade natural entre os homens foram retomados como necessários para o pleno crescimento econômico, pois

[...] o novo igualitarismo promovido pelo Estado de Bem-Estar Social destruiu a liberdade dos cidadãos e a vitalidade da concorrência, da qual dependia a prosperidade de todos. [...] a desigualdade era um valor positivo — na realidade imprescindível em si —, pois disso precisavam as sociedades ocidentais (ANDERSON, 1995, p. 10).

Os países centrais passaram a fazer uma série de ajustes para enfrentar a crise, a qual incidiu nos direitos sociais conquistados pelas lutas históricas das classes trabalhadoras, pois “[...] quando o grande capital rompe o ‘pacto’ que suportava o Welfare State, começa a ocorrer a retirada das coberturas sociais públicas e tem-se o corte nos direitos sociais” (NETTO, 1996, p. 99). Os Estados adotaram, portanto, as orientações neoliberais, que implicaram uma mudança radical nos rumos da economia e nas medidas de proteção social, pois passaram a ter prioridade “a estabilidade monetária, a contenção do orçamento, concessões fiscais aos detentores de capital e abandono do pleno emprego” (ANDERSON, 1995, p. 13). As medidas tomadas pelos países centrais resultaram no controle inflacionário, na contenção salarial, no enfraquecimento da organização sindical dos trabalhadores e no desemprego estrutural.

As décadas da crise atingiram os países da América Latina com o aumento das suas dívidas públicas, a recessão e o desemprego, quadro que Antunes (2004) denomina como décadas da desertificação social e da política neoliberal. Os países credores da dívida estabeleceram um receituário para o enfrentamento dos problemas da dívida pública e da inflação. Esse orientou a adoção da disciplina fiscal, a abertura ao mercado internacional, as privatizações, a desregulação estatal, o controle da inflação e a redução dos gastos do Governo com prestação de serviços sociais e melhorias da infraestrutura pública em nome “da soberania absoluta do mercado autor regulável nas relações econômicas, tanto internas quanto externas” (BATISTA, 1994, p. 27), provocando a redução do papel do Estado no incremento da economia e na garantia dos direitos sociais.

A década de 1990 expressou várias rupturas relevantes no Brasil. No quadro político, com o retorno do sufrágio universal e instalação da democracia representativa; na área econômica, a política de estabilização pela via da recessão para combater a herança da inflação, a desregulamentação da economia através da liberação dos preços dos produtos e as consequentes privatizações e liberalização das importações e a flexibilização das relações entre capital e trabalho (SOARES, 2001). O Estado perdeu sua função de agente econômico produtivo, e, desse modo, suas atribuições foram revisadas com a adoção da denominada reforma administrativa. (BRESSER PEREIRA, 1998).

As privatizações e a flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho, foram centrais na reforma da década de 1990 (PIERANTONI, 2001). Assim como no conjunto dos países da América Latina, a reforma no Brasil passou a ser o eixo justificador das mudanças profundas realizadas nos pilares da estrutura do Estado. “As ‘reformas econômicas’ postas em prática na América Latina são, na realidade, ‘contra-reformas’ orientadas para aumentar a desigualdade econômica e social e para esvaziar de todo conteúdo as instituições democráticas” (BORÓN, 1999, p. 11).

A expressão contrarreforma do Estado passou a representar a crítica ao processo de desmonte do Estado brasileiro (NORONHA; SOARES, 2001; BEHRING, 2003) que redundou na ruptura dos compromissos assumidos na efetivação da Seguridade Social. Esse processo produziu uma alteração no projeto societário construído no bojo da luta pela democratização e referendado nos princípios da Constituição Federal, de um Estado público garantidor da cidadania.

A descentralização é um dos aspectos centrais das mudanças realizadas na contrarreforma do Estado (ARRETCHE, 1997), na medida em que viabiliza o repasse de atribuições às demais esferas governamentais, inclusive como forma de “[...] resolver a crise de financiamento do sistema, aumentando a participação dessas esferas locais no gasto público em saúde” (VIANA, 1997, p. 207). Tal intento se efetivou, com os estados e municípios apresentando uma “curva crescente dos gastos estaduais e municipais nas políticas setoriais” (COHN, 2002, p. 155), apesar de não ter ainda ocorrido um processo de descentralização federal mais radical, tanto no aspecto de definição de prioridades como de partilha da arrecadação tributária, pauta de reivindicação dos municípios no País.

A descentralização é um objetivo estruturante das políticas de Saúde e de Assistência Social no escopo da Seguridade Social, com perspectivas conceituais variadas (JUNQUEIRA, 1998; PEREIRA; TEIXEIRA, 2013). Em uma perspectiva, a descentralização foi pauta de luta das forças sociais contra a ditadura militar, visando distribuir o poder e reduzir a força centralizadora presente na instância federal, que tornavam os estados e os municípios reféns das deliberações do Governo Central. O campo progressista defende a descentralização como uma estratégia para “[...] reestruturar o aparelho estatal [...] democratizando a gestão através da criação de novas instâncias de poder e redefinindo as relações Estado e sociedade” (JUNQUEIRA, 1998, p. 12).

O grau de centralização das políticas sociais existente estava assegurado na Constituição Federal de 1969, durante a ditadura militar, que institucionalizou a “[...] concentração absoluta de poderes e recursos

financeiros nas instituições federais, definindo atribuições e competências residuais para o nível estadual, enquanto para os municípios define somente atribuições de interesse local específico” (COHN, 2002, p. 151-152). Contudo o cenário de mudanças requeridas no papel do Estado brasileiro, nos anos 1990, exigiu a aplicação da descentralização como um instrumento importante para a racionalidade e a eficácia.

O Estado intervencionista no Brasil, centralizado e autoritário, com programas sociais atentos a interesses particulares, comprometeu a eficácia dos seus gastos sociais e não beneficiou os mais necessitados. Essa situação acentuou-se com a crise fiscal e tornou necessário que se repensasse o modelo de desenvolvimento em vigor no país. [...] a reestruturação do Estado pareceu indispensável e a descentralização surgiu como uma possibilidade para que se redefinissem os diversos níveis de intervenção governamental. (JUNQUEIRA, 1997, p. 179).

A descentralização realizada no País tomou as feições de contrarreforma, com a implantação de uma política de Saúde em consonância com o ajuste fiscal e a reforma administrativa, bem como orientada pelos organismos internacionais para o combate à pobreza e, portanto, de focalização nas políticas sociais (RIZZOTTO, 2012). Os governos têm demonstrado a paulatina aplicação dessas orientações, e várias lutas de movimentos sociais reagem a um desmonte de um padrão de política social arduamente conquistado enquanto patamar civilizatório da população brasileira.

A atual crise estrutural do capital, “[...] que se estende por toda parte e viola nossa relação com a natureza, minando as condições fundamentais da sobrevivência humana” (MÉSZÁROS, 2009, p. 130), também tem desregulamentado e flexibilizado o trabalho e a gestão, com variadas formas precárias de vínculos no trabalho, alterando a relação público-privado existente no serviço público.

As políticas públicas são dependentes do trabalho humano, pois, para o alcance de suas diretrizes e de seus objetivos, se requer a presença dos trabalhadores, para a população ter a garantia do acesso e da oferta de serviços imprescindíveis para sua vida e reprodução social. No caso do setor de Saúde, ele é “[...] constituído por atividades eminentemente intensivas em mão de obra, a despeito mesmo do intenso dinamismo com que novas tecnologias são crescentemente incorporadas às suas práticas” (GADELHA et al., 2012, p. 157).

O impacto da reforma na Saúde foi mais significativo “[...] nos aspectos relacionados com a área de recursos humanos por introduzirem modificações substantivas e generalizadas nas relações de vínculos trabalhistas, direitos e vantagens e carreiras do serviço público” (PIERANTONI, 2001, p. 345). Reflete-se na ausência de uma política de recursos humanos no SUS e no SUAS, com as diferenças estruturais entre as esferas de governo, na multiplicidade e na terceirização de relações de trabalho nos serviços, agravando as condições de trabalho e a oferta qualificada de serviços e ações de atenção na Saúde e na Assistência Social.

Os movimentos na direção de políticas focalistas e de negação da universalidade e da integralidade seguem em desenvolvimento, com uma forte parceria entre a comunidade científica, a política nacional e as agências internacionais. Isso foi evidenciado no Seminário Internacional Determinantes Sociais da Saúde,

Intersetorialidade e Equidade Social na América Latina, ocorrido entre 16 e 18 de novembro de 2015, no Rio de Janeiro, cujo temário anuncia o foco de interesse, intersetorialidade e equidade, ou seja, a busca de soluções de forma cooperativa e priorizando parcela da população com maiores vulnerabilidades e riscos. Conforme o Termo de Referência do evento, a Organização Mundial de Saúde vem observando, nas últimas décadas, na América Latina, relevantes reconfigurações dos Estados nacionais, da sociedade e dos governos, resultante

[...] do esgotamento de projetos estratégicos e totalizantes dos anos 80 e 90, que redesenharam as democracias e promoveram um rico processo de experimentação institucional, sobretudo no território local. Essa experimentação igualmente pautou a intersetorialidade e a governança na concertação de políticas públicas em prol da equidade social (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA et al., 2015, p. 1).

A relação entre sociedade e Estado, mediada pelos governos, possibilita uma compreensão das peculiaridades presentes no âmbito da execução terminal das políticas sociais, circunstância em que os trabalhadores sentem os impactos e tensões existentes nessa relação. Assim, as políticas públicas são “[...] espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizem agendas de inovação em políticas ou que respondem a demandas de grupos de interesses” (COSTA, 1998).

Essa peculiaridade da política pública expressa o grau de relação com a mobilização e a organização de grupos e coletivos que defendem seus projetos societários, cujas trama de negociação e relação com as condições sociais e econômicas no momento vão desenhar a forma de oferta de bens e serviços à população, com maior visibilidade e pressão política no âmbito dos municípios, ou seja, “[...] as políticas públicas estruturam o sistema político, definem e delimitam os espaços, os desafios, os atores” (THOENIG, 1985 apud SARAIVA, 2006, p. 32).

Com a modelagem atual das políticas públicas, pelo processo de descentralização, cabe aos municípios a incumbência de executá-las, com a criação de serviços que recebem recursos de investimento e de custeio da União, mas têm a responsabilidade de executar e custear as despesas de pessoal, onerando e, principalmente, provocando a terceirização da força de trabalho. Inojosa (1998, p. 42) analisa essa situação, assinalando que os municípios saem de uma posição de “atuação marginal na gestão de políticas públicas” e se deparam com a necessidade de atender aos anseios de seus munícipes sobre todas as políticas setoriais que afetam diretamente a vida das pessoas.

O intenso interesse contemporâneo pela intersetorialidade (BELLINI; FALER, 2014) decorre de essa forma de integração ser um fator preponderante para a efetivação de serviços e programas para a população. A natureza das necessidades humanas e sociais tem, em si, complexidade relevante que não pode ser atendida na perspectiva da setorialidade.

O setor equivale a um “conjunto de atividades relativamente coerentes em termos técnicos ainda que diferenciados em termos de subsistemas socioeconômicos aos quais pertencem” (DOWBOR, 2003, p.

17). Andrade (2006, p. 281) qualifica o significado de setor, ao explicitar que cada política é pensada no seu interior, “[...] fundamentadas no seu objeto e acúmulo de práticas e saberes, a partir dos quais exteriorizam um conjunto de ações que sempre busquem justificar a sua própria existência”. É a realidade das políticas públicas no Brasil, distribuídas nos setores da Saúde, da Assistência Social e da Previdência Social, que compõe a Seguridade Social.

A gestão de políticas públicas tem, contemporaneamente, o papel de ser a protagonista nos esforços de ações intersetoriais. Aproveitando a conceituação do setor de Saúde, a função gestora é um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação de políticas na área, através de quatro grandes grupos: formulação de políticas e planejamento; financiamento; regulação, coordenação, controle e avaliação do sistema e/ou redes; e prestadores de serviços, prestação direta de serviços (MACHADO et al., 2009, p. 56).

Vários autores têm dissertado sobre a intersetorialidade como estratégia de gestão para o alcance dos propósitos das políticas públicas, como Junqueira e Inojosa, referidos em grande parte da produção sobre o tema. Para esses autores, a intersetorialidade é “[...] entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social” (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997 apud JUNQUEIRA, 1998, p. 14; INOJOSA, 1998, p. 43).

Na mesma direção, Monnerat e Souza (2011, p. 42) definem intersetorialidade como dirigida para a “[...] construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais) visando ao enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassam a alçada de um só setor de governo, ou área de política pública”. Sampaio et al. (2009) complementam que a intersetorialidade “[...] busca superar a fragmentação das políticas, respeitando as especificidades de cada área”, conforme enunciado no Glossário de Assistência Social.

Sposati (2006, p. 140) segue a mesma direção, indicando estratégias para a efetividade da intersetorialidade, ao afirmar que a mesma “[...] se assenta no princípio da convergência da ação, devendo refletir uma racionalidade interna da ação governamental. [...] O que a move é o pacto de uma ação coletiva, integrada para um objetivo”. E desafios intrínsecos a sua realização são apontados por Campos (2004, p. 747), que assegura ser necessária a “[...] existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população”.

O desafio é o debate e o alcance de algum grau de efetividade da intersetorialidade entre Saúde e Assistência Social, na direção da integralidade dos cidadãos brasileiros, pois a intersetorialidade “é fundamental na efetivação da atenção integral aos usuários das políticas sociais e públicas no Brasil” (LIMA et. al., 2015, p. 01).

2. Intersetorialidade a partir da Saúde e da Assistência Social: debate necessário para a efetivação de processos de atenção à saúde e à proteção social

As políticas públicas setoriais de Saúde e de Assistência Social foram gestadas no teor, no ritmo e no tempo característicos da formação e da consolidação do Estado brasileiro ao longo do século XX, particularidades que as moldam com feições contraditórias, ora de negação, ora de reconhecimento da questão social, entendida como o conjunto das manifestações das desigualdades sociais geradas na sociedade capitalista e das formas de reação das classes nas lutas por acesso a bens e direitos (IAMAMOTO, 1998). Para o seu enfrentamento, em determinado momento histórico, a sociedade e o Estado brasileiros constituíram formas de proteção social a partir do século XX, assumindo a da Seguridade Social na Constituição Federal de 1988, resultante da forte mobilização social para o alcance de prerrogativas cidadãs e de democratização do Estado brasileiro.

O princípio da integralidade é fundamental nas políticas de Saúde e de Assistência Social, requerendo uma ação articulada das políticas públicas para a oferta integral aos cidadãos do País. Para Miotto e Nogueira (2006, p. 278) “[...] a integralidade está calcada em dois pilares básicos que são a interdisciplinaridade e a intersetorialidade”, revelando as relações intrínsecas e necessárias da integração no campo epistemológico e dos setores das políticas públicas para o alcance da integralidade. A integralidade expressa-se, na Assistência Social, por meio das Seguranças Socioassistenciais: Atenção Básica, Média e de Alta Complexidade. Na Saúde, é um dos princípios do SUS para conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço à população.

Ambas as políticas sociais têm um conjunto de diretrizes e objetivos comuns, por estarem situadas no marco da Seguridade Social brasileira, instituída, no País, como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, conforme artigo 194 da Constituição Federal. As políticas de Saúde, Assistência Social e Previdência Social foram as caracterizadas como expressão da Seguridade Social no País, mas cada uma delas com um tipo de proteção social: a universalidade na Saúde, os mínimos sociais na Assistência Social e o seguro social Previdência Social.

A proteção social, no Brasil, tem as três principais modelagens que tipificam variadas combinações dos modelos construídos e existentes nos países centrais: a universalidade na Saúde, típica de sistemas de saúde dos países centrais, o Welfare State; na Previdência Social, as características do modelo de seguro social, primeira forma de intervenção do Estado na área social, iniciada, em 1883, na Alemanha e adotada por vários países ao longo do século XX, na Europa; e, por fim, a Assistência Social como um *mix*, pois garante o direito a todos que dela necessitem, mas com definições de critérios de pobreza para acesso a seus benefícios e serviços, modelo inaugural no mundo, iniciado pela Inglaterra no século XV (VIANA, 2002; FLEURY, 2003; BAPTISTA, 2014; COUTO, 2004; KUSCHNIR; FAUSTO, 2014).

Contudo destacam-se os avanços construídos e consolidados pela Constituição Federal de 1988, em que, concordando com Fleury (2003), a Saúde passou a contar com a ação estatal também para o curativo, a Assistência Social não é mais filantropia e assistencialismo, e a Previdência Social, apesar de seguro social, passou a ter retribuição ao trabalho realizado e não apenas retribuição pela contribuição realizada. Desse modo, a sociedade brasileira inovou, ao incluir o direito social na sua Carta Magna, entendido como o princípio da igualdade, pois anuncia a existência das desigualdades sociais. Esse princípio é exercido pelos homens por meio da intervenção do Estado, que deve provê-lo (COUTO, 2004).

As políticas públicas de Saúde e de Assistência Social são sistemas, pois contêm um conjunto de órgãos funcionais, componentes, entidades, partes ou elementos, e a integração entre esses componentes dá-se por meio de variados fluxos de informações, existindo comunicação interna entre seus componentes em cada política. Suas ações tornam mais complexa a intersectorialidade, pois, além de requererem ações de outras esferas da sociedade, encontram barreiras no marco legal, na organização do trabalho, no sistema de financiamento regulado pelas legislações específicas, como também resistências na distribuição e na disputa de poder existente nos setores. Esses fatores são apontados por Monnerat e Souza (2011, p. 45), quando informam as dificuldades identificadas na literatura especializada sobre os “[...] altos níveis de conflito e disputa política entre as diferentes áreas e atores envolvidos no processo. Além da competição em torno das estruturas de poder, também se percebem as disputas corporativas que permeiam o aparelho de Estado”.

As condições materiais de execução desses setores sofrem o impacto do ajuste fiscal do Estado brasileiro, provocando subfinanciamento das políticas sociais, como informam os dados de Mendes (2015): 45% do Orçamento Geral da União executado em 2014 foram comprometidos com o pagamento da dívida pública; 9,19% foram transferência federal para estados e municípios; 21,76%, para a Previdência Social; 3,98%, para a Saúde; 3,73%, para a Educação; e 3,08%, para a Assistência Social. Associada a esse fator, a Lei da Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar nº 101/2000, um dos instrumentos criados pela contrarreforma do Estado, obriga os entes federados a limitarem o gasto público, principalmente na despesa de custeio da força de trabalho do Estado, priorizando o superávit primário em detrimento dos gastos sociais e dos investimentos em infraestrutura. Esta situação resulta que o “gasto público per capita com saúde do Brasil é um dos mais baixos entre países que possuem sistema universal de saúde e mesmo quando comparado ao de países vizinhos nos quais o direito à saúde não é um dever do Estado” (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 17).

Agrava ainda mais a situação do financiamento das políticas sociais a Desvinculação de Recursos da União (DRU), que desde 1994 retém 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas, por conta dos compromissos do Governo Federal com as metas negociadas com os financiadores internacionais, exigindo o descumprimento da norma constitucional relativa ao financiamento da Seguridade Social. A Câmara dos Deputados aprovou em 02 de junho de 2016 emenda constitucional que eleva de 20% para 30% o percentual que pode ser remanejado da receita de todos os impostos e contribuições sociais federais. “O (des)financiamento da seguridade social, com a retirada de recursos por meio da DRU e das

renúncias fiscais alcançou o montante de R\$ 246,57 bilhões de reais, correspondendo a 38,25% das despesas da seguridade social” (SALVADOR, 2017, p. 70). As medidas de ajuste fiscal tomadas pelo governo brasileiro vão agravar as condições de vida da população e repercutir drasticamente no trabalho realizado pelos profissionais nas políticas sociais.

Uma dimensão necessária para a análise da gestão das políticas públicas no Brasil é a tripla soberania do seu federalismo, que produz diversos resultados na descentralização de políticas sociais, que podem ser fragmentados e inconclusos pelas profundas disparidades inter e intrarregionais. O federalismo é uma forma de reparte da autoridade política do Estado, detentor da soberania da nação, e do exercício do poder exercido pelo Governo em múltiplos centros soberanos definidos geograficamente e coordenados entre si. O Brasil apresenta-se com um alto grau de heterogeneidade pela existência de múltiplos centros de poder e de um sistema complexo de dependências política e financeira entre as esferas governamentais (LIMA, 2007), produzindo uma modelagem particular na gestão compartilhada, um dos requisitos necessários para os processos de descentralização operarem entre os entes federados na execução das políticas setoriais.

Para os municípios cumprirem as suas atribuições constitucionais precisam enfrentar essas questões, pois, como Junqueira (1998, p. 14) assinala, cada setor tem suas próprias formas de repasse de recursos e normatizações das políticas, e o município acaba por “[...] reproduzir essa fragmentação na gestão de cada política setorial, refletindo as condições em que cada uma se encontra [...] [quando] os serviços são dirigidos aos mesmos grupos sociais, que ocupam o mesmo espaço geográfico”.

A presença da intersetorialidade na Saúde remonta aos documentos da OMS, em 1961, passando pela Conferência Internacional de Alma-Ata sobre a Atenção Primária à Saúde, em 1978, pelos movimentos de compreensão da determinação social no processo de saúde-doença e, conseqüentemente, pela formulação do movimento da promoção social (ANDRADE, 2006; TEIXEIRA; PAIM, 2000; MIOTO; SCHUTZ, 2011; MONNERAT; SOUZA, 2011; FERREIRA; SILVA, 2014). No Brasil, a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, refere a integração das ações e dos serviços de Saúde e o nível executivo das ações de Saúde, meio ambiente e saneamento básico. De forma explícita, a intersetorialidade fará parte do Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006), quando obtido o requisito “de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento” no objetivo de qualificar o sistema de planejamento do SUS. As políticas estruturantes do sistema de Saúde referentes à atenção à saúde da população, como a das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010) e a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a), incorporaram a intersetorialidade explicitamente, como condição para o alcance dos propósitos da universalidade e da integralidade.

A literatura do setor trata a intersetorialidade como requisito para a obtenção de melhores indicadores de saúde da população, o que revela uma posição endógena (MONNERAT; SOUZA, 2011), produzindo o dilema, diagnosticado por Andrade (2006, p. 29), de “[...] operar uma política necessariamente intersetorial explicitada num ambiente tradicionalmente setorial, implicando mediação com outros atores para a introdução de mudanças necessárias à viabilização da política”. Construído sob a égide da Reforma Sanitária, o conceito ampliado de saúde no Brasil considera os determinantes e condicionantes do processo

saúde-doença, estando intrínseca a presença dos demais setores das políticas públicas, por ser um processo resultante das condições de vida,

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (BRASIL, 2004), constituída no marco do processo de democratização da sociedade brasileira, é orientada pelo princípio de respeito à dignidade e autonomia do cidadão, e na garantia ao acesso a benefícios e serviços de qualidade. Tem como seu público cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco social, entre esses, pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

A intersectorialidade está presente desde a gênese da política pública de Assistência Social, conforme a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 2011b) que implicitamente a indica como necessária à construção de uma relação de complementaridade entre as políticas públicas. Pereira e Teixeira (2013) assinalam a existência de variadas expressões para ser referida a intersectorialidade nos documentos das políticas públicas, como, por exemplo, integração, parceria, interação, e essa é uma situação também encontrada nos documentos dessa política.

Na PNAS, é componente dos princípios organizativos do SUAS, quando, explicitamente, refere a “articulação intersectorial de competências e ações” entre o SUAS e o SUS, o Sistema Nacional de Previdência Social e o Sistema Educacional. Na Norma Operacional Básica de 2012 (BRASIL, 2012), novamente a intersectorialidade consta nos princípios organizativos do SUAS, como a integração e a articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais.

Na apresentação da política pública de Assistência Social, a PNAS destaca a relação imprescindível entre descentralização e intersectorialidade, considerando que “[...] uma maior descentralização, que recorte regiões homogêneas, costuma ser pré-requisito para ações integradas na perspectiva da intersectorialidade” (BRASIL, 2004). Junqueira (1998, p. 15) enfatiza que a descentralização e a intersectorialidade “[...] são dois conceitos que se complementam e que determinam uma nova forma para a gestão das políticas públicas na cidade”, a exemplo de experiências existentes no País. Pereira e Teixeira (2013, p. 121) ressaltam que a “[...] descentralização estabeleceu-se como categoria precursora da intersectorialidade [...] e cabe aos gestores municipais o papel de operacionalizar o desenvolvimento de ações intersectoriais no âmbito da gestão das políticas sociais”.

Um desafio, contudo, concordando com Pereira e Teixeira (2013), é que as políticas setoriais consigam desenhar pontos de contato desde o planejamento de ações e programas, alterando, por conseguinte, a dinâmica existente em cada um, visto que somente a aproximação entre os setores não é capaz de superar a fragmentação existente frente às necessidades da população. “Cada política social encaminha a seu modo uma solução, sem considerar o cidadão na sua totalidade e nem a ação das outras políticas sociais, que também estão buscando a melhoria da qualidade de vida” (JUNQUEIRA, 2004, p. 27). A descentralização e a intersectorialidade colocam em relevo o papel dos municípios na oferta de serviços relacionados ao conjunto das políticas setoriais necessárias para a efetivação de melhores condições de vida para todos.

Com a expansão dos serviços de Saúde e Assistência Social nos municípios pela descentralização das políticas públicas, a estrutura administrativa precisou ser ampliada para alcançar a nova gama de atribuições, assim como se expandiu o quadro de profissionais para executarem as ações específicas de cada política setorial. E estes profissionais vão se deparar com a incompletude de cada setor para o alcance da integralidade da atenção à saúde e da proteção social à população, pois as necessidades das pessoas extrapolam a estrutura, funções e ações setoriais. Como Nogueira e Fagundes (2008) referem, a integralidade requer tanto o acionamento de processos intersetoriais como a disposição dos profissionais para sua garantia.

Estudos realizados com profissionais sobre a intersetorialidade nos seus espaços de trabalho a indica como estratégia para as políticas públicas se integrarem visto a fragmentação na oferta dos serviços à população, realidade vivida pelos profissionais no seu cotidiano. “Os assistentes sociais ressaltam que a gestão destas políticas ainda não criou canais capazes de consolidá-la. Ao contrário, as políticas sociais estão fragmentadas e focalizadas” (MIOTO; SCHUTZ, 2011, p. 20). A operacionalização das ações intersetoriais está sob a responsabilidade dos técnicos, e portanto, “na esfera dos processos de trabalho, algumas alterações na lógica de operação das ações devem ser efetuadas, de maneira a destacar, sobretudo, a importância do apoio dos técnicos” (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p. 123).

O trabalho socioeducativo realizado por assistentes sociais na Assistência Social identificou variadas demandas a estes profissionais. As oriundas dos gestores foram, dentre outras, de conhecimento sobre “orçamento, financiamento e planejamento estratégico; [...] monitoramento e avaliação das ações da política”; enquanto o demandado pelos demais profissionais da Assistência Social foi “volume significativo de atividades decorrentes da complexidade das demandas, que necessariamente requer a construção de ações intersetoriais” (TORRES; ALMEIDA, 2014, p. 184).

A flexibilização do mundo do trabalho e a dificuldade de os municípios comporem quadros de pessoal para a gestão estão requerendo dos profissionais competências em áreas de conhecimento para as quais não foram preparados. O processo de gestão envolve tanto a “[...] produção de material e coisas como de relações sociais e de experiências sobre elas; envolvem não só dimensões técnicas e econômicas, mas modos políticos e ideológicos de organização do trabalho, de relação entre trabalhadores, destes com os gestores e com a população usuária” (BARBOSA, 2004, p. 67). Mas a gestão também pode ser um espaço de efetiva participação dos sujeitos envolvidos naquele setor e estratégico para a construção de modos de condução da política na direção dos propósitos do projeto ético-político do Serviço Social.

Estudo sobre a intersetorialidade na política de Saúde constatou que esta se constitui em uma estratégia frequente na atividade profissional dos assistentes sociais, por “mediar as articulações e aproximar o diálogo entre setores diversos” (CAVALCANTI et. al., 2013, p. 209), tarefa necessária para contribuir na resolutividade da atenção à saúde da população. Entre os elementos dificultadores do processo de desenvolvimento da ação intersetorial, Pasini (2011, p. 198) identificou a falta de compromisso e de diálogo entre os serviços; espaço físico inadequado; desconhecimento dos serviços da própria rede territorial; grande

demanda por atendimentos. Um único facilitador de processos de intersetorialidade identificado concomitantemente pela Saúde e Assistências Social foi a “inserção do Assistente Social na unidade de saúde” (PASINI, 2011).

Contudo, Mioto e Schutz (2011, p. 14) evidenciam que “os assistentes sociais tentam conceituar a intersetorialidade a partir de seu exercício profissional, mas nem sempre visualizam neste exercício a ação intersetorial”, sendo uma provável explicação, o fato de “ao trabalharem cotidianamente com a intersetorialidade, a transformam em tarefa rotineira, naturalizando-a”. Do mesmo modo, a intersetorialidade “[...]aparece por sua ausência no trabalho cotidiano, representado nos discursos pelos entraves à execução de uma prática intersetorial e não por sua expressão concreta”. Esta perspectiva “linear e bipolarizada – ou presente ou ausente da cena política [...] responsabiliza os técnicos que executam as políticas sociais por sua implementação (ou não). (PANSINI, 2011, p. 203).

O discurso de enfermeiros da Atenção Básica de um município revelou variadas compreensões sobre a intersetorialidade. Uma delas revela ser a informalidade o princípio do trabalho intersetorial, pois “conforme vão surgindo as necessidades, a gente vai fazendo os contatos e as portas vão-se abrindo. Se a gente conhece as pessoas e o trabalho, na hora de discutir um caso, o canal já está aberto (PAULA et al., 2004, p. 341). Também referem que se faz necessário formar uma grande rede e ser aprendido o que “[...] o outro está querendo dizer, e muitas vezes é por falta de disponibilidade mesmo, pois sentar, ouvir e discutir os diversos olhares em cima de um objeto e a partir daí tomar uma decisão conjunta, é algo que nunca fizemos antes, é difícil aprender assim” (PAULA et al., 2004, p. 343).

Constatou-se os desafios a outras profissões que transitam nas duas políticas sociais em análise quanto à intersetorialidade. Estudo sobre uma experiência de profissionais da psicologia revelou a necessidade de conhecimento do tema na formação profissional (ALTENBERND; BARCINSKI, 2015). Do mesmo modo os profissionais de medicina se ressentem da ausência de acúmulo de conhecimento, pois “[...] há escassez de artigos que abordem a intersetorialidade no contexto da educação médica e da organização das práticas, principalmente na atenção primária” (FORSTER, 2017, p. 58).

Assim, evidencia-se que a intersetorialidade tem sido uma estratégia que os profissionais utilizam para obter condições de atendimento que viabilizem à população ações mais integradas das políticas sociais. Mas que ainda não é um tema com tratamento teórico capaz de sustentar um processo de trabalho, sendo realizado de forma pontual e com esforços exaustivos, visto a ausência de interdependência entre os sistemas das políticas sociais.

Considerações Finais

A análise das políticas de Saúde e de Assistência Social na perspectiva da intersetorialidade revela o elementar: a interface é evidente, com ações que se complementam entre si, direcionadas aos cidadãos. Portanto, é requerido para os gestores e trabalhadores um esforço de pensar a política pública tendo como

sua centralidade a população usuária e, a partir desta direção, visitar as normas, os processos e as ações para a construção de elos de articulação. A integralidade é o horizonte da execução das políticas sociais públicas, articulando os meios para o alcance da maior cobertura possível de ações, com postura interdisciplinar e ética, de modo a pautar as políticas nos direitos e na cidadania de todos.

O crucial é a permanente tensão entre um Estado garantidor de direitos e um Estado privatista, o que determina o insuficiente financiamento público para as necessidades da população por meio das políticas públicas. A organização dos serviços de Saúde e de Assistência Social, assim como as demais políticas setoriais, precisa ser problemaizada para que viabilize ações intersectoriais. Para tanto, é fundamental o incentivo à participação social no processo de decisão e gestão das políticas públicas, com destaque para o controle social.

O processo de descentralização realizado e ainda em curso no país, em contexto contraditório de luta de forças sociais, por um lado, para encerrar o ciclo ditatorial, e por outro, para a racionalidade e a eficácia da coisa pública, tornou os municípios os responsáveis pela execução direta dos programas e serviços das políticas de Saúde e Assistência Social. Mas estas políticas carregam o peso das estruturas sistêmicas, com seus aparatos jurídicos, administrativos, técnicos e políticos autônomos, criando desta forma obstáculos relevantes para a oferta de ações integradas à população.

Esta situação provoca uma série de dificuldades, vivenciada pelos profissionais executores terminais destas políticas públicas, ao se depararem com a incompletude de cada setor para o alcance da integralidade da atenção à saúde e da proteção social à população, pois as necessidades das pessoas extrapolam a estrutura, funções e ações setoriais. Estes profissionais vêm criando estratégias possíveis para a realização de ações intersectoriais, de forma pontual, com ausência de fundamentação teórica e sem a devida sustentação da gestão das políticas. Como consequência, a intersectorialidade se transforma em atos banalizados e exaustivos, pela constante e cotidiana busca de resultado sob a responsabilidade exclusiva dos profissionais. Os assistentes sociais são os profissionais que são identificados pelos demais e ao mesmo tempo, que assumem realizar ações intersectoriais, mas não a colocam como uma ferramenta do seu processo de trabalho, sendo um desafio relevante para a profissão seguir refletindo e se posicionar sobre este tema.

Existem diretrizes comuns à política de Saúde e de Assistência Social na garantia de direitos sociais à população, e o desafio para a pesquisa e para a intervenção profissional é detectar e construir processos de intersectorialidade, contribuindo na resposta aos seus desafios para ambas as políticas setoriais, para que sigam qualificando as ações prestadas à população.

Referências

ALTENBERND, Bibiana; BARCINSKI, Mariana; LERMEN, Helena Salgueiro. Integralidade e intersectorialidade nas práticas psicológicas: um relato de experiência. (2015) Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v45n156/1980-5314-cp-45-156-00390.pdf> .

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. In: BORÓN, Atílio; SADER, E. (Org.). **Pós-Neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANTUNES, Ricardo. **A Desertificação Neoliberal no Brasil: Collor, FHC e Lula**. Campinas: Autores Associados, 2004.

ARRETCHE, Marta. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, MLW (Org.). **A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 127-152.

BARBOSA, Rosângela. Gestão: planejamento e administração. **Revista Temporalis** n.º 8. Porto Alegre: ABEPSS, jul-dez 2004.

BATISTA, P. N. O Consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos. **Caderno Dívida Externa**, São Paulo, n. 6, 1994.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde. In: KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. (Orgs.). **Gestão de redes de atenção à saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

BEHRING, E. R. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BELLINI, Maria Isabel Barros; FALER, Camila Suzana. **Intersetorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

BORÓN, A. Os Novos Leviatãs e a Polis Democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). **Pós-Neoliberalismo II: que estado para que democracia?**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 02 de novembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em 12 de dezembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2010 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

_____. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm

_____. **CNAS. Resolução nº 33, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. Disponível em: <file:///D:/Downloads/CNAS%202012%20-%20033%20-%2012.12.2012.pdf>. Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

BRESSER PEREIRA, Luiz C. *Gestão do Setor Público: estratégia e estrutura para um novo estado.* (1998). Disponível em: <www.bresserpereira.org.br/papers/1998/98-GestaoDoSetorPublico-Estrategia&Estrutura.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner do Santos; BARROS, Regina Benevides; CASTRO, Adriana Miranda.. *Avaliação de política nacional de promoção da saúde.* (2004). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>. Acesso em 13 de abril de 2016.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto et al. *A intersetorialidade enquanto estratégia profissional do serviço social na saúde.* (2013). Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/3153>

COHN, Amélia. Os governos municipais e as políticas sociais. In: SOARES, José Arlindo; CACCIA-BAVA, Silvio (Orgs.). **Os desafios da gestão municipal democrática.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COSTA, Nilson Rosário. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação:** saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec, 1998.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira:** uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004.

DIAS, Míriam Thais Guterres. Saúde mental no Rio Grande do Sul: marcos da mudança e desafios. In: MARTINI, Sandra Regina (Coordenadora). **Saúde, direito e transformação social:** um estudo sobre o direito à Saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.

DOWBOR, Ladislau. **A reprodução social:** política econômica e social, os desafios do Brasil. Vol. II. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - CEPI-DSS/ENSP, Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), Câmara Técnica de Promoção da Saúde da FIOCRUZ, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde/OMS Brasil, OPAS/OMS Americas, Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação sobre Cidades Saudáveis, FLACSO/Chile e o INSP/México. **Termo de Referência do Seminário Internacional Determinantes Sociais da Saúde, Intersetorialidade e Equidade Social na América Latina,** ocorrido em 16 e 18 de novembro de (2015), Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2015/10/TRPORTUGU%C3%8ASFINAL.pdf>> Acesso em 17 de maio de 2016.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; SILVA, Lígia Maria Vieira. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Lígia Maria Vieira (Orgs.) **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 4ª impressão. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, 103-150.

FLEURY, Sônia. Seguridade social: a agenda pendente. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 414-424, set./dez. 2003.

FORSTER, Aldaísa C. et al. A abordagem da intersetorialidade para o ensino médico em atenção primária. (2017). Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2017/vol50n1/TEM-A-abordagem-da-intersectorialidade-para-o-ensino-medico-em-atencao-primaria.pdf>

GADELHA, P; CARVALHO, JN; PEREIRA, TR. **A saúde no Brasil em 2030:** diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/sa%C3%BAde-no-brasil-em-2030-diretrizes-para-prospec%C3%A7%C3%A3o-estrat%C3%A9gica-do-sistema-de-sa%C3%BAde>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. (1998). Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7698>>. Acesso em 12 de janeiro de 2017.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1997. (Saúde em Debate).

_____. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal, 1998. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7696>>. Acesso em 12 de janeiro de 2017.

_____. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.25-36, jan-abr, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7105/8577>

KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Sistemas de saúde e sistemas de proteção social: a gênese dos sistemas de saúde. In: KUSCHNIR, Rosana; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. (Orgs.) **Gestão de redes de atenção à saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

LIMA, Luciana Dias. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

LIMA, Rafaela Dayse Oliveira; OLIVEIRA, Raquel Araújo; SOUSA Fernanda Marques. Intersetorialidade, política de saúde e serviço social: um processo de ações na busca da integralidade. VII Jornada internacional de políticas Públicas. **Anais**. (2015). Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/intersetorialidade-politica-de-saude-e-servico-social_-um-processo-de-acoes-na-busca-da-integralidade.pdf

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira. (Orgs.) **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. Disponível em: <http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/19_qualificacao_gestores_sus.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2016.

MENDES, Áquilas. O Desafio do Financiamento dos Sistemas Universais de Saúde: a dura batalha do SUS. Fórum Internacional de Sistemas de Saúde Comparados. Câmara de Deputados. Comissão de Seguridade Social e Família - CSSF. Brasília, 1 de dezembro de 2015. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencias-publicas-antiores/forum-sistemas-comparados-de-saude/apresentacao-aquilas>>. Acesso em: 17 de maio de 2016.

MESZAROS, István. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana Elisabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, 273-303.

_____. SCHUTZ, Fernanda. Intersectorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais, 2011. Disponível em: <<http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>>. Acesso em 10 de janeiro de 2017.

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

NETTO, José Paulo. Transformações Societárias e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 50, abr. 1996.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; FAGUNDES, Helenara Silveira. O princípio da integralidade nas políticas nacionais de saúde e assistência social. Anais do 2º Seminário de Política Social no MERCOSUL - Seguridade Social, Participação e Desenvolvimento. Pelotas 2008. Disponível em: www.uff.br/lassal/images/stories/jornadas/artigo/FAGUNDES_E_NOGUEIRA1.doc

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. R. A Política de Saúde no Brasil nos Anos 90. (2001). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232001000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 12 de abril de 2006.

PANSINI, Ana Lúcia de Lima. A Intersectorialidade entre Saúde e Assistência Social no município de Vitória/ ES. **Dissertação de Mestrado** - Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/6525/1/Ana%20Lucia%20de%20Lima%20Pansini.pdf>

PAULA, Kelly Andressa; PALHA, Pedro Fredemir, PROTTI, Simone Teresinha. Intersectorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. (2004). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832004000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. (2013). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/12990>. Acesso em 10 de janeiro de 2017.

PIERANTONI, Celia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades (2001). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200006. Acesso em 20 de março e 2015

RIZZOTTO, M. L. F. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2012.

SALVADOR, Evilásio da Silva. A desvinculação dos recursos orçamentários em tempos de ajuste fiscal: instrumento de apropriação do fundo público pelo capital portador de juros. **Revista Advir**. Rio de Janeiro. N. 36 (jul. 2017) – Rio de Janeiro: Asduerj, 2017. 2017

SAMPAIO, Ana Paula Santos; LETTE, Magda Rodrigues; NETO, Alyne Lages. **Glossário de Assistência Social**. (2009). Disponível em: www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/319. Acesso em 05 de março e 2014.

SOARES, LTR. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social e Sociedade**. n. 85, ano XXVII, São Paulo: Cortez, 2006.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. (2000). Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348>. Acesso em 12 de janeiro de 2017.

TORRES, Mabel Mascarenhas; ALMEIDA, Denise Maria Fank. Uma análise do assistente social no SUAS a partir da lei de regulamentação da profissão e da NOB RH/SUAS. In: BRISOLA, Elisa Maria Andrade; SILVA, André Luiz (Orgs.) **O trabalho do assistente social no SUAS: entre velhos dilemas e novos desafios**. Taubaté, SP: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2014, 161-215.

VIANA, Ana Luiza. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: GERSCHMAN, Sílvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck (Org.). **A Miragem da Pós-Modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 201-10.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. Em torno do conceito de política social: notas introdutórias. (2002). Disponível em: <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF8#q=VIANA%2C+em+torno+do+conceito+de+pol%C3%ADtica+social>. Acesso em: 12 de dezembro de 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: IPEA, set. 2016. Nota Técnica 28.