

## **ENTRE O DISCURSO E O DESEJO:** a intersetorialidade nas ações dos técnicos do CRAS e da ESF de Planalto Serrano, Serra/ES

**Marizete da Penha Rui**

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

**Nayara Santos Gonçalves**

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

**Paula Aristeu Alves**

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

**Maria Lúcia Teixeira Garcia**

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

**ENTRE O DISCURSO E O DESEJO:** a intersetorialidade nas ações dos técnicos do CRAS e da ESF de Planalto Serrano, Serra/ES

**Resumo:** Este artigo analisa como a intersetorialidade construída pelas equipes do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), do bairro Planalto Serrano, no município de Serra/Espírito Santo, no período de julho de 2008 a julho de 2009. Utiliza pesquisa documental (relatórios de gestão e dos técnicos) e entrevistas semi-estruturadas, em grupo e individual, envolvendo um total de 13 técnicos. A técnica utilizada foi a de análise de conteúdo do tipo categorial. A articulação entre setores aparece nos discursos em forma de reuniões, palestras e utilização do espaço físico. Os setores envolvidos nesse esforço de articulação inseriam-se na rede de serviços local (território) e rede ampliada (no município). Constata, ainda, que a intersetorialidade se inscreve nas ações dos profissionais, ora pelo discurso, ora pelo desejo.

**Palavras-chave:** Política de Assistência Social, Política de Saúde, intersetorialidade.

**IN BETWEEN WHAT IS SAID AND WHAT IT IS DESIRED:** intersectorality in the actions of CRAS and ESF technicians in Planalto Serrano, Serra/ES

**Abstract:** This study aims to analyze how intersectorality is built by the Social Work Reference Center – CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) and the Family Health Strategy – ESF (Estratégia de Saúde da Família) teams in the neighborhood of Planalto Serrano, in the municipality of Serra/Espírito Santo, between July 2008 and July 2009. The study used documental research (management and technicians' reports) and semi-structured interviews involving 13 technicians interviewed in groups and individually. A categorial content analysis approach was employed in the analysis. Discourses showed that interaction between sectors takes place by means of meetings, lectures, and the use of physical spaces. The sectors involved in this effort to interact were inserted in the local services network (neighborhood) and broader network (municipality). The study verified that intersectorality is expressed in the actions of these professionals either through what it is said or through what it is actually desired by them.

**Keywords:** Social assistance policy, health policy, intersectorality.

## 1 INTRODUÇÃO

O foco deste estudo é a intersectorialidade como exigência posta hoje na execução das políticas de Saúde e Assistência social, cujo percurso é norteado pela problematização de ambas as políticas públicas. Como unidade de análise, escolheu-se a intersectorialidade como elemento (constitutivo ou não) das práticas desenvolvidas pelos técnicos do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), de Planalto Serrano, no município de Serra, Espírito Santo (ES). Para apreender esse processo, que não se expressa na imediaticidade do fazer profissional, o estudo fez um mergulho na literatura, buscando entender como essas políticas se configuram na realidade brasileira e que sentidos a intersectorialidade assume.

Autores como Junqueira e Inojosa (1997) definem intersectorialidade como “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (JUNQUEIRA; INOJOSA, apud JUNQUEIRA, 1997, p. 37). Entretanto, essa conceituação explicita tão somente uma dimensão do fenômeno – a técnico-operativa e burocrática – como se a intervenção contivesse em si todas as possibilidades. Utilizaremos aqui o conceito proposto por Abreu (2009), no qual a intersectorialidade é ao mesmo tempo uma **“ação política e técnica de articulação entre setores visando a construção, reafirmação ou oposição a projetos coletivos que potencializam ou obstaculizam interesses coletivos”** (ABREU, 2009, p. 172, grifo do autor). Ou seja, a ação pressupõe o embate e a decisão em torno da definição do que se constitui o problema que requer ação e as escolhas das ações a serem executadas revestem-se de visões e projetos societários diferentes. Concordamos com Abreu (2009) quando esta afirma que a intersectorialidade possui, sim, uma nuance técnica, mas que a focalização em somente uma dimensão do fenômeno esvazia as outras dimensões contidas neste.

Para compreender a intersectorialidade como pressuposto de relação entre as políticas de Saúde e Assistência, faz-se mister contextualizá-las a partir do marco da Constituição Federal (CF) de 1988. Com a CF/88, saúde, assistência social e previdência social compõem a Seguridade Social<sup>1</sup>, entendida como conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos às políticas que a engloba. A Seguridade Social assume caráter de direito, sendo o Estado o responsável por mantê-la (BRASIL, 1988). Mas, o que é Seguridade Social? Segundo Boschetti (2003), este termo na literatura brasileira confunde-se com seguro social, política social, *welfare state*, Estado de Bem-Estar

Social ou Estado-Providência, sendo muitas vezes utilizado como sinônimo. No entanto, estes termos não possuem o mesmo sentido, pois carregam historicidades e especificidades próprias de cada nação<sup>2</sup>. No caso brasileiro, a seguridade social apresenta características do modelo beveridgiano, remetendo-se às políticas de saúde e assistência social, de caráter não contributivo, e do modelo bismarkiano, o qual se aplica à previdência, onde somente têm acesso aos benefícios os que previamente contribuíram. Assim, a seguridade social no país ficou entre o seguro e a assistência (BOSCHETTI, 2003). Como um avanço na garantia dos direitos sociais, a seguridade social, definida pela Constituição Federal de 1988, reorganizou as políticas com base na ampliação e introdução de novos direitos. Ela “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 117).

O art. 194 da CF/88 (BRASIL, 1988, p. 117) estabelece em seu parágrafo único que compete ao Poder Público organizar a seguridade social com base nos seguintes objetivos: universalidade; uniformidade e equivalência; seletividade e distributividade; irredutibilidade; equidade; diversidade; e o caráter democrático e descentralizado da administração. Todos estes princípios organizadores da seguridade social brasileira deveriam proporcionar uma articulação entre as políticas que a compõem, de modo a formar uma rede de proteção ampliada, coerente e consistente e, assim, permitir que as ações dos poderes públicos e da sociedade fossem integradas no sentido de assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência (BOSCHETTI, 2003). Contudo, isso não ocorreu.

A constituição, ao instituir um sistema de Seguridade Social, condicionou-a e limitou-a ao mercado de trabalho. Neste sentido,

“[...] acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)” (BOSCHETTI, 2004, p. 114).

Desvendar os rumos que a seguridade está tomando no cenário atual<sup>3</sup> fez-se necessário para a direção que se passa agora a empreender: como duas das três políticas que a integram – a saúde e a assistência social – se articulam na perspectiva intersectorial.

## 2 SAÚDE E ASSISTÊNCIA: uma intrincada trama (inter)sectorial

A Saúde é contemplada na Constituição Federal como um direito social e dever do Estado,

prevendo a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, o SUS foi regulamentado por duas leis orgânicas, reafirmando a necessidade de avançar no processo de unificação: a Lei n. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, modelando uma nova forma de atenção à saúde, e a Lei n. 8.142, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a criação dos Conselhos e das Conferências de Saúde e dispõe também a respeito das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que objetivem a 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 (BRASIL, 1988).

O conceito de saúde na CF de 1988 é entendido não somente pelo paradigma médico-biológico que a define como fenômeno individual<sup>4</sup>, mas como condição relacionada a fatores sociais, econômicos, políticos e culturais de uma dada sociedade (LAURELL, 1982). Laurell (1982) chama a atenção para o fato de que o caráter histórico da doença não lhe é atribuído pelo estudo das características no indivíduo, mas quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. Reduzir o conceito de saúde e doença à concepção biológica não é aleatório. Segundo ela, a história mostra que as necessidades das classes dominantes se expressam como se fossem as necessidades das sociedades em seu conjunto, condicionando um ou outro conceito de saúde e de doença. Nas sociedades capitalistas, por exemplo, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, retirando assim seu caráter social. O conceito de doença, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a possibilidade de acumulação capitalista (LAURELL, 1982). Isto, por sua vez, nos leva a perceber uma conceituação claramente ideológica. Portanto, as ações de intervenção nessa área não podem estar dissociadas de tais conjunturas. Também não se dissociam dessa conjuntura as determinações para a saúde. De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Estes autores defendem que as ações de intervenção na saúde não devem passar por outra via senão por uma atuação conjunta que abranja os diversos setores sociais bem como todos os níveis da administração pública. Necessariamente devem estar acompanhadas de políticas mais gerais de

caráter transversal que promovam a participação da sociedade no processo de construção de políticas públicas. A intersectorialidade está intrínseca ao próprio conceito de saúde proposto pela Constituição, uma vez que este faz a exigência de uma articulação entre as diversas políticas sociais. “A **saúde** é 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” (BRASIL, 1988, p. 68, grifo nosso).

Em meio a esse processo de construção e implementação da intersectorialidade, a atenção básica pode ser considerada campo prioritário para tal finalidade, por ter uma proximidade maior com a população local. As ações intersectoriais fornecem condições para que a atenção básica seja referência para todos os outros níveis e incida sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-doença, promovendo a saúde. Dada esta importância, o Pacto pela Saúde traz a atenção básica como prioridade definida pelo governo federal, estadual e municipal buscando consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006).

Assim, a saúde no pós 88 demarcou um momento importante de sua história de luta, alcançando uma concepção de direito e cidadania. Do mesmo modo, este período pode ser considerado um marco na trajetória da política de Assistência Social brasileira.

A assistência social esteve historicamente relacionada às ações de caridade, ajuda e benemerência e era destinada àqueles julgados incapazes para o trabalho. Relacionada a valores morais de conduta, a assistência social era praticada a partir da filantropia da sociedade e de religiosos (SPOSATI et al., 2003). Seu reconhecimento como direito do cidadão e dever do Estado ocorreu no Brasil apenas a partir de 1988, com a promulgação da CF. Ao integrar o sistema de Seguridade Social, a Assistência Social passa a outro patamar dentro do contexto legal, sendo-lhe atribuído o caráter de direito, a universalização do acesso e a responsabilidade por parte do Estado em garanti-la. Em 1993, com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), essa se efetiva como uma política não contributiva que visa o enfrentamento da pobreza, a universalização dos direitos sociais e o atendimento às necessidades básicas da população, garantindo o mínimo necessário à sobrevivência. O processo de efetivação da assistência social enquanto política pública ocorreu de forma lenta e turbulenta; a LOAS entrou em vigor somente cinco anos após a promulgação da CF/88 – última dentre as três políticas da Seguridade Social. Este retardo é “resultado de resistências políticas, econômicas e corporativas de grupos que colocavam seus interesses acima das

necessidades sociais e das tentativas de superação das desigualdades sociais brasileiras” (BOSCHETTI, 2006, p. 261).

Em 2004, com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), buscou-se implementar um sistema unificado que organiza as ações da assistência social em todo o país, por meio da institucionalização da Norma Operacional Básica – NOB/ SUAS que materializa o Sistema Único de Assistência Social – SUAS de 2005. A proposta desenvolvida pela PNAS a caracteriza como uma política de proteção social que **deve estar articulada às demais políticas**, garantindo aos usuários o acesso aos direitos e a uma vida digna. A PNAS determina como objetivos promover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social, contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso a áreas urbanas e rurais. Todas estas ações devem assegurar que os serviços no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, garantindo a convivência familiar e comunitária. Organizada em dois níveis de proteção (o básico e o especial), a PNAS deve intervir preventiva e protetivamente nas situações de riscos sociais que se instalam no campo relacional da vida humana que advêm dos processos de convívio, de sustentabilidade, de vínculos sociais através de **ações integradas com as demais políticas setoriais** (BRASIL, 2004, grifo nosso), devendo o CRAS operacionalizar a proteção social básica. Este é instalado em territórios com maior índice de vulnerabilidade e risco social, prestando às famílias e aos indivíduos de seu território o acesso a serviços e programas de proteção básica, articulando, fortalecendo e potencializando a proteção e a rede local a partir de uma **perspectiva intersetorial**.

Partimos do pressuposto de que a saúde e a assistência social, ao assumirem caráter integral, vêm buscando meios para que tais políticas possam atender às demandas postas pela população. Expressas sob a forma de demandas por promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (individual e coletiva) – no âmbito da saúde – e por proteção Social em seus níveis, básico e especial (média e alta complexidade) – no âmbito da assistência social –, é perceptível que tanto um quanto outro setor se relacionam requerendo ações intersetoriais. A intersectorialidade na atenção básica aparece na perspectiva da articulação entre setores e saberes diversos, de forma integrada para responder a um objetivo comum. O trabalho intersectorial se propõe a romper e superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais. As **ações intersectoriais devem se basear em relações horizontais e interdependentes**, sem desrespeitar as particularidades de cada setor (BRASIL, 2009, grifo nosso). Desse modo, denota-se aqui a intersectorialidade como condição sine qua non para o trabalho daqueles inseridos nas políticas públicas. E tanto a Saúde quanto a Assistência Social pressupõem-na como estratégia

para potencializar as ações executadas por cada um desses setores que são inter-relacionados, trazendo em si o conceito de que as demandas postas a cada um, especificamente, não se resumem aos seus próprios muros.

Iluminadas por essas reflexões, nosso objetivo geral consiste em analisarmos como a intersectorialidade é construída pelas equipes do CRAS e ESF, do bairro Planalto Serrano, no município de Serra, no período de julho de 2008 a julho de 2009. Este trabalho é parte de uma pesquisa conduzida pelo Núcleo de Estudos em Serviço Social, Cidadania e Política Social (NEPOCSS) e pelo Núcleo de Estudos Fênix que analisa a política de Assistência Social no ES<sup>5</sup>.

### 3 METODOLOGIA

Envolveu estudo de caso (YIN, 2005). Para este autor, um estudo de caso “investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural, em situações em que as fronteiras entre o contexto e o fenômeno não são claramente evidentes, utilizando múltiplas fontes de evidência” (2005, p.23). Nessa pesquisa, as estratégias de coleta de dados foram a entrevista individual, o grupo focal e a pesquisa documental.

A pesquisa de campo foi realizada com os técnicos da ESF e do CRAS de Planalto Serrano – Serra/ES. Fez-se entrevista semiestruturada em grupo (com os técnicos da ESF) e individual (com os técnicos do CRAS que, devido ao reduzido número de técnicos, não possibilitou o grupo focal). Como critério de seleção dos sujeitos, consideramos o tempo de atuação na equipe (período de 2 anos ou mais). Na ESF, participaram do grupo focal sete técnicos (que compõem a equipe desde o início de 2008) e dois observadores (técnicos que iniciaram atividades em 2009, convidados pela coordenação da equipe). No CRAS, foram entrevistados os quatro técnicos que estavam no programa desde 2008.

Também foi realizada pesquisa documental. Os documentos contribuem para a compreensão dos eventos, processos e transformações nas relações sociais e, por seus aspectos, são centrais, principalmente, para compreender e explicar as relações sociais. A pesquisa documental utilizou: relatórios mensais e anuais produzidos pela Secretaria e/ou pelas instituições-alvo da pesquisa, além do Plano Municipal de Assistência Social de 2009 e do Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2006-2009. Para análise dos dados, optou-se por realizar a análise de conteúdo do tipo categorial (BARDIN, 1977).

No que se refere aos princípios éticos, a pesquisa foi encaminhada às coordenações da Prefeitura Municipal de Serra/ES (Secretaria de Saúde e de Promoção Social) para conhecimento e aprovação para a realização da mesma; do mesmo modo, foi submetida ao Comitê de Ética da UFES, sendo aprovada sob o nº 004/10. Para garantir o

anonimato dos participantes da pesquisa, cada profissional foi identificado com o nome do programa ao qual pertence (ESF ou CRAS) seguido do número 1, 2, 3 e, assim, sucessivamente. O material gravado (áudio) foi destruído após o término da realização da pesquisa (conforme informação constante no termo de consentimento livre e esclarecido, ficando sob a guarda das pesquisadoras o texto transcrito).

Pensar a intersectorialidade nas ações dos profissionais do CRAS e ESF exigiu-nos articular diferentes níveis do processo de apreensão da dinâmica do real: nível macro, por meio da abstração teórica sobre políticas públicas de Saúde e Assistência Social em um Estado capitalista periférico, em um contexto neoliberal e de crise mundial do capital; nível micro, na dinâmica do trabalho concreto das equipes do CRAS e da ESF em Planalto Serrano em Serra/ES. Neste nível, buscou-se identificar nos discursos dos técnicos do CRAS e da ESF de Planalto Serrano, que concepções possuem sobre intersectorialidade e como esta se faz presente/ausente em suas ações de trabalho, bem como descrever o planejamento das ações das equipes da ESF e do CRAS e verificar se há ação conjunta realizada ou propostas por estas equipes. Como um caminho urdido lentamente, um passo fundamental nesse percurso era entender a realidade do município e do território onde o estudo ocorreu.

O município de Serra, localizado na Região Metropolitana da Grande Vitória, estado do Espírito Santo, faz divisa com os municípios de Vitória, Cariacica, Fundão e Santa Leopoldina. Até os anos 1960, este município se caracterizava por uma base economicamente rural, com características interioranas, sem sofrer grandes influências do desenvolvimento da capital do estado. O desenvolvimento de Serra inicia-se somente a partir da reorientação do sistema de exportação do minério de ferro da Companhia Vale do Rio Doce para a região norte de Vitória, com a construção do Porto de Tubarão em 1966 na Ponta de Tubarão. Em 1973 é implantado no local o complexo siderúrgico através da Companhia Siderúrgica de Tubarão, maior investimento siderúrgico do país. Estes investimentos atraíram trabalhadores advindos de outras cidades e estados. Em decorrência deste aumento no contingente populacional, o município apresenta um padrão de urbanização baseado na formação de bairros periféricos desprovidos de infraestrutura e equipamentos sociais (SERPA, 1990).

Planalto Serrano é um bairro periférico formado por famílias vindas do Estado de Minas Gerais e Bahia, bem como do Norte do Espírito Santo. O bairro é marcado por baixo índice de escolaridade, alto índice de violência, infraestrutura precária, e com o maior número de famílias cadastradas no PBF, ou seja, com renda per capita inferior a ½ salário mínimo, sendo considerado vulnerável e por isso demandando maior atenção do Estado (SERPA, 2006).

## 4 RESULTADOS

Os dados serão aqui discutidos em três eixos: a) o planejamento das ações das equipes da ESF e do CRAS; b) características das ações realizadas ou propostas pelas equipes do ESF e do CRAS; e c) concepções dos técnicos sobre a intersectorialidade.

### 4.1 Planejamento das ações das equipes da ESF e do CRAS

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Planalto Serrano, localizada no bloco B, possui a seguinte equipe: um coordenador, cinco auxiliares de enfermagem, três médicos (clínico geral, ginecologista e um pediatra), seis auxiliares administrativos, dois auxiliares de serviços gerais e um vigilante patrimonial. Conta ainda com a equipe de saúde da família que é formada por um médico (generalista), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um dentista e um auxiliar cirurgião-dentista. A equipe realiza seus atendimentos de acordo com o modelo de organização da atenção básica estabelecido pelo SUS e se estrutura a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e da oferta dos serviços de atendimento básicos tais como: Saúde Bucal, Diabetes, Hipertensão, Alimentação e Nutrição, entre outros.

A UBSF de Planalto Serrano desenvolve campanhas sobre a saúde da mulher, coleta de preventivos, palestras voltadas para sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, acompanhamento e pesagem das famílias do Programa Bolsa Família, entre outros. No que se refere aos programas de Hanseníase e de Controle de Tuberculose, estes são desenvolvidos nas cinco Unidades Regionais de Saúde (URS Serra, URS Feu Rosa, URS Carapina, URS Serra Dourada e URS Jacaraípe)<sup>6</sup>. O programa de Hanseníase conta com a proposta de descentralização de suas ações para as equipes de Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SERRA, 2006). A equipe da ESF relatou que o planejamento é realizado a partir da execução de programas vinculados à Secretaria de Saúde do Município de Serra, às preconizadas pelo SUS, bem como, a partir das demandas oriundas do desenvolvimento do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. A equipe expressa o dilema entre conhecer as atribuições de uma ESF e as limitações impostas no cotidiano de seu trabalho ocasionadas pela redução do quadro de funcionários – processo vivido no território –, mas que traz em si múltiplas dimensões – que não se restringem ao contexto local.

[...] quando eu trabalhava atendendo 150 famílias era bem melhor né, hoje as minhas 150 famílias eu não dou muito... não está assim 100% porque

é eu só né. Eu saio sempre da minha microárea pra cobrir outras microáreas, então deixa muito a desejar a sua própria microárea [...] eu tenho famílias na minha microárea que trabalha e eu tenho que saber que horas estão em casa aí com esse trabalho que a gente está fazendo apagando incêndio fica difícil você tá planejando [...] antes eu sabia tudo direitinho, antes... já tá mais complicado meu trabalho” (ESF4).

Os técnicos da ESF de Planalto Serrano relataram que há uma cobrança dos usuários do serviço sobre as ações não realizadas dirigidas diretamente à equipe. Há aqui um indício de controle social neste território, embora, não seja pelo viés dos canais institucionalizados (Ministério Público, Conselhos de Saúde, Conferências). Os procedimentos considerados padrão-ouro na ESF (visitas domiciliares e abordagem generalista do médico de família) foram paulatinamente incorporados à realidade das comunidades, sendo sua ausência notada e alvo das queixas.

No que se refere ao planejamento do CRAS de Planalto Serrano, existem procedimentos e atividades que formam a base dos serviços prestados, estando estes em conformidade com as diretrizes da PNAS. O trabalho é estruturado a partir de atendimentos psicossociais individuais e/ou em grupo, atendimento e acompanhamento às famílias, visitas domiciliares, cursos, grupos de produção e geração de renda, oficinas motivacionais, acompanhamento de todas as oficinas, grupos e cursos, além de outras atividades mais específicas, como eventos a partir de datas comemorativas e palestras socioeducativas. Todas estas ações são em resposta às diversas demandas apresentadas ao CRAS.

O planejamento não ocorre somente a partir das diretrizes estabelecidas para o trabalho do CRAS. Os técnicos destacam que também planejam a partir das **demandas apresentadas pelos usuários e/ou identificadas pelos próprios técnicos**, além daquelas postas pelos demais programas e projetos que compõem a rede de serviços – que nomeiam de **rede local e rede ampliada**.

A dinâmica do CRAS é muito louca [...] porque num dia você tem um negócio programado e no outro aquilo não pode acontecer, **porque chega uma outra demanda e que o CRAS tem que acatar** né, e é sempre assim, uma loucura mesmo (CRAS3).

É possível verificar no planejamento do CRAS, que este é feito, em especial, obedecendo às diretrizes da política que prioriza as famílias assistidas pelos programas de transferência de renda. As demandas extras apresentadas ao CRAS também são atendidas, podendo ocasionar uma sobrecarga no trabalho. Do mesmo modo, podem ser utilizadas como estratégia política para

mobilizar outros setores a trabalharem articulados, potencializando as ações e oferecendo um serviço de forma mais integral.

#### 4.2 Características das ações propostas ou realizadas pelas equipes do ESF e do CRAS

De acordo com os técnicos da ESF e do CRAS, existem tanto ações conjuntas propostas, como ações realizadas. A necessidade de articular-se a outros setores tem relação principalmente com as situações às quais a população do território de Planalto Serrano está exposta. A base dos problemas que culminam na necessidade desta articulação advém do processo de privação do acesso aos diversos direitos; entre outros motivos, pelos índices de pobreza e desigualdade característicos deste território, assim como de outras localidades dentro do município.

Em relação às ações da ESF, estas se dão em parceria com a Secretaria de Meio Ambiente, com ONG, com CRAS, com Igrejas e Associação de moradores. Dentre os problemas apresentados que justificam a articulação, destacam-se demandas relacionadas à sexualidade e gravidez na adolescência, integração e socialização entre setores, combate à violência, questões relacionadas à limpeza urbana, entre outros. Tais problemas estão diretamente ligados às características de vulnerabilidade e risco social desta localidade. A articulação aparece em forma de reuniões, palestras e utilização do espaço físico.

[...] a gente tinha uma relação muito grande com a escola porque a gente acabava sempre utilizando o espaço da escola pra campanha de vacinação, então a gente fazia alguns trabalhos com a escola em termo de educação. A gente usava a igreja pras palestra de hiperdia<sup>7</sup>, a gente sempre fazia nossas palestras lá [...] (ESF5).

No que se refere ao CRAS, algumas ações são efetivadas em parceria com outros projetos e se desenvolvem a partir de demandas observadas pelos técnicos do CRAS e/ou levadas pela comunidade ou por outros setores. Conforme a fala dos técnicos, as ações são desenvolvidas em parceria com a Unidade de Saúde por meio de palestras, oficinas, organização de evento, visitas domiciliares e reuniões com as escolas (educação) através de oficinas e com os projetos de jornada, ampliada na forma de reuniões e cursos. As jornadas ampliadas são desenvolvidas por ONG's em parceria com a prefeitura e atendem a crianças e adolescentes de sete a 15 anos, oferecendo atividades socioeducativas que privilegiam a arte, a cultura, a música e o esporte. O CRAS, no desenvolver de suas atividades, vem sinalizando um movimento em busca da articulação com os demais setores.

[...] se a gente pudesse ser um aglutinador, na verdade aglutinador né, isso sim, é uma função importante, não só estabelecer a nossa relação com cada um desses atores, mas fazer com que haja uma comunicação entre eles, e a gente precisa manter esse caminho aberto (CRAS 1).

#### 4.3 Concepções dos técnicos sobre intersectorialidade e como esta se faz presente em suas ações

A intersectorialidade aparece no discurso dos técnicos do CRAS e ESF, ora como trabalho conjunto, construção da rede, trabalho articulado e diálogo, ora como ligação, troca e busca de ajuda, proximidade e relação. As palavras recorrentes utilizadas para descrever a intersectorialidade foram aquelas relativas ao trabalho cotidiano de cada setor. Se entre os técnicos da ESF a intersectorialidade aparece como algo distante (mas ao mesmo tempo necessária de um trabalho conjunto com outros setores), os técnicos do CRAS destacam a palavra rede. Utilizam verbos de ação: ligar, trabalhar, trocar, construir, dialogar. Esta concepção da intersectorialidade, atrelada ao nível da ação, aparece tanto nas normalizações da Política de Saúde quanto da Assistência Social. *Situada* a ação intersectorial como articulação e integração de pessoas em torno de um fazer, essa perspectiva apreende uma das dimensões que caracterizam a ação intersectorial – a dimensão instrumental e técnica do fazer imediato. Mascara, assim, outras dimensões desse processo: questões teórico-conceituais que comparecem tanto na identificação e definição do que existe como um problema que requer ação quanto na seleção do tipo de ação necessária ou possível. Por exemplo, ao citarem as ações e setores nos quais se articulam, um aspecto se evidenciava: para o jovem pobre, os recursos acionados (ou articulados) são aqueles de ocupação do tempo livre/ocioso. Explicitam aqui a concepção que orienta a análise e a ação técnica. Ou, parafraseando Netto: quem erra na análise, erra na ação. Por outro lado, exemplos de processos ricos de discussão sobre a questão da gravidez na adolescência – que envolveu os técnicos em um debate profícuo, mas que não se concretizou em ação – não foram considerados ação intersectorial.

Alguns fatores foram destacados como facilitadores e dificultadores à realização das ações: a falta de recursos humanos e a pressão sobre o fluxo de demandas são entraves para a ESF no desenvolvimento de suas ações, acarretando uma prática baseada no agir imediato. Há uma dificuldade de articulação da ESF dentro do próprio setor saúde. Com relação aos fatores que contribuem positivamente no trabalho da ESF, está o apoio do município e o empenho da equipe como determinantes neste processo. Quanto ao CRAS, as principais dificuldades colocadas pelos técnicos

são: a falta de recursos humanos, a pressão do fluxo de demanda e a desarticulação entre os setores. Suas limitações à realização de seu trabalho ora se relacionam com fatores intra, ora extrainstitucionais.

Os fatores intrainstitucionais se referem às mudanças ocorridas no interior do aparato institucional (por exemplo, a reforma promovida pelo Estado como preconizada pelos organismos internacionais) as quais reduzem recursos da Assistência Social, e a troca de governo, que na maioria das vezes traz junto um novo plano, com metas e prioridades diferentes da administração anterior, as quais podem ocasionar redução de recursos financeiros e humanos em alguns setores específicos ou em todos os setores públicos. Os fatores extrainstitucionais advêm do processo de reestruturação produtiva que tem provocado o desemprego estrutural, no qual parte da população em idade de trabalhar está fora do mercado de trabalho. E este traz consigo vários fenômenos que aparecem como demandas ao Estado/sociedade.

Em relação às facilidades para o desenvolvimento das ações, destacam-se o conhecimento dos serviços ali oferecidos, tanto por parte desta equipe, como também, por parte da ESF. A conexão com o setor saúde ora vem colocada como fator facilitador, ora como algo que dificulta o trabalho, o que, por sua vez, revela a existência de limites e possibilidades na relação entre esses setores.

De maneira geral, os técnicos das equipes do CRAS e do ESF destacaram a educação como um dos setores com maior dificuldade de responder positivamente às tentativas de práticas intersectoriais. Do mesmo modo, também se verificou que muitas vezes a intersectorialidade é confundida com a interdisciplinaridade, aqui, em especial, no setor saúde. É possível identificar no discurso dos técnicos da ESF um equívoco conceitual, pois falam da dificuldade de articulação entre as equipes e entre os níveis de atenção. Também reafirmam em suas falas a presença da hierarquização no setor saúde e a busca de soluções pela via individual, negando a intersectorialidade prevista na Política, que orienta para uma ação integrada com as demais políticas sociais, tornando assim, cada vez mais distante o alcance da intersectorialidade.

A gente não tem uma boa aceitação na saúde **secundária e terciária**... é, é que são especialidades, que são internações, que são hospitais, entendeu? Eles não têm isso, eles não entenderam ainda o que na verdade é a saúde preventiva e promoção em saúde, então **eles entendem o PSF como um problema chegando** (ESF 12).

Outro fator observado foi o fato de a intersectorialidade ser apontada como um desafio a ser conquistado, porém pouco compreendido em termos

conceituais. Também se verificou que há uma maior descrição dos entraves para a execução de uma prática intersetorial do que, de fato, sua expressão concreta. Com base nas reflexões apresentadas acima, observa-se que a intersetorialidade aparece como uma construção que deve ser contínua no interior das instituições públicas. Nas equipes em questão, ela aparece ainda de forma incipiente, denotando um grande caminho a ser percorrido.

## 5 CONCLUSÃO

Constatamos que apesar de ambas as políticas preconizarem a intersetorialidade como estratégia de ação, no que tange a seus níveis básicos, existem limites para sua efetivação, e estes estão diretamente relacionados à forma como se estruturam tais políticas, ou seja, de forma setorial e fragmentada. Em relação ao processo de construção da intersetorialidade no contexto das equipes da ESF e do CRAS de Planalto Serrano, verificamos que ainda há um longo caminho a ser percorrido para alcançar a intersetorialidade tal como preconizada nas políticas que as orientam.

Várias pistas foram encontradas nos discursos dos técnicos. No que se refere ao planejamento, constatamos que a dinâmica do trabalho ocasiona um acúmulo de atividades que são planejadas, mas nem sempre possíveis de executar, bem como compromete o planejamento com outros setores. Isto, por sua vez, põe em evidência o comprometimento dos serviços prestados à população que nem sempre tem suas demandas atendidas. Aqui, denotamos a importância do processo de planejamento para o impacto efetivo das ações.

Em relação às ações realizadas ou propostas, percebemos que as desenvolvidas em parceria tanto entre a ESF e o CRAS, assim como entre estes e outros setores, acontecem de forma pontual e para atender demandas específicas. No entanto, no que se refere à ESF e ao CRAS, objeto desta análise, o contexto de Planalto Serrano gera problemas comuns à saúde e assistência social, o que demanda a necessidade de trabalhar intersetorialmente, visto serem responsáveis pela mesma população. Porém observamos que o trabalho intersetorial entre tais equipes é embrionário, uma vez que ainda se encontra em formação.

No que diz respeito às concepções dos técnicos sobre a intersetorialidade, observamos que não há um consenso em relação ao seu conceito, porém tal noção aparece sempre atrelada ao nível da ação, sendo definida por aqueles ora como diálogo, proximidade, rede, ora como troca, trabalho conjunto, contato. Esta redução à dimensão técnica operativa se assemelha à concepção de Junqueira e Inojosa e, assim como estes, desconsidera as outras dimensões do processo.

Após realizar este percurso, concluímos que a intersetorialidade se inscreve nas ações dos profissionais da ESF e do CRAS, seja pelo discurso

(*que é* – enquanto ação executada), seja pelo desejo (*que deveria ser e não é*). Por outro lado, a reflexão sobre as ações pensadas ou desenvolvidas não se coloca como questão no processo de pensar a articulação. Um exemplo disso pode ser o uso recorrente de ONGs que oferecem jornada ampliada para jovens. Com o objetivo de ocupar o tempo ocioso do jovem pobre, os técnicos não refletem as implicações de suas ações. Assim, não problematizam a dimensão política inscrita na ação técnica e, com isso, organizam as propostas de articulação entre os setores, reafirmando projetos que nem sempre potencializam os interesses coletivos da classe trabalhadora. A categoria intersetorialidade acaba por esvaziar-se de sentido.

## REFERÊNCIAS

ABREU, C. C. **A intersetorialidade no processo de construção da Política de Saúde Brasileira**. 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.15, n.01, p. 57-96, jan/jun. 2003.

\_\_\_\_\_. Seguridade social e projeto ético-político do serviço social: que direitos para qual cidadania? **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 25, n. 79, p. 108-132, set. 2004.

\_\_\_\_\_. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social**. Brasília, DF: Letras Livres; Ed. UNB, 2006.

BRASIL. **Da seguridade social**. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de assistência social – PNAS**, Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome – MDS, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde**. 2006.

\_\_\_\_\_. **Orientações técnicas centro de referência de assistência social – CRAS**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS**: R. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.17, p. 77-93, 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas Formas de Gestão na Saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 2, 1997.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, p. 7-25, v.2, 1982. Tradução de E. D. Nunes.

SERPA, Ana Maria Petroneto. **Quando o povo institui seus espaços políticos e os transforma em espaços pedagógicos: um estudo da dimensão educativa dos movimentos populares da Serra**, 1990. Dissertação. (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Espírito Santo, ES. 1990.

SERPA, M. S. **Plano de estágio**: disciplina de estágio supervisionado. Vitória: UFES, 2006. Trabalho não publicado.

SERRA. Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde (SESA). **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. PMS: 2006. Disponível em: <[http://www.serra.es.gov.br/portal\\_pms/ecp/comunidade.do?app=sesa](http://www.serra.es.gov.br/portal_pms/ecp/comunidade.do?app=sesa)>. Acesso em: 15 maio 2010.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. et al. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2005.

#### NOTAS

- 1 Não vamos aqui fazer o resgate histórico anterior a 1988, mas sugere-se a leitura de (BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007).
- 2 Não é objetivo deste texto discutir tais questões, mas sugere-se a leitura de Boschetti (2003).
- 3 Neste sentido, consultar BOSCHETTI, I. **Assistência Social no Brasil**: Um Direito entre a Originalidade e Conservadorismo. 2. ed. Brasília: GESST/SER/UnB. 2003.
- 4 A autora coloca a relevância da concepção biológica da doença e a importância que esta já impulsionou na geração do conhecimento médico durante uma larga etapa. No entanto, alerta que a interpretação da

determinação do processo de saúde-doença tem que encarar a unidade deste processo duplo, biológico e social, reconhecendo a especificidade de cada um, e ao mesmo tempo, analisando a relação que se conservam entre si (LAURELL, 1982).

5 Projeto de Pesquisa “A Política de Assistência Social e suas particularidades no Estado do Espírito Santo”, registrado e aprovado pelo CNPq (Proc. nº 620006/2008-0).

6 Atualmente, existe uma regional em Novo Horizonte.

7 **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos** captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento e a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos.

#### Marizete da Penha Rui

Assistente Social da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES  
e-mail: mprui@hotmail.com.

#### Nayara Santos Gonçalves

Assistente Social da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES  
e-mail: nayaranaio@hotmail.com.

#### Paula Aristeu Alves

Assistente Social da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES  
e-mail: paula\_aristeu@hotmail.com.

#### Maria Lúcia Teixeira Garcia

Doutora em Psicologia Social, Docente do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES  
Pesquisadora do CNPq.  
e-mail: lucia-garcia@uol.com.br

#### Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras  
CEP 29075-910 Vitória - ES