

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Mariane Dutra de Souto

**A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS QUE COMPÕEM A
SEGURIDADE SOCIAL**

Florianópolis

2019

Mariane Dutra de Souto

A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS QUE COMPÕEM A SEGURIDADE SOCIAL

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Edivane de Jesus.

Florianópolis

2019

Mariane Dutra de Souto

**A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS QUE COMPÕEM A SEGURIDADE
SOCIAL**

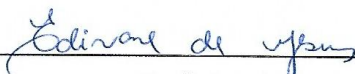
Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Florianópolis, 19 de dezembro de 2019.




Prof^a Dra. Dilceane Carraro.
Coordenadora do Curso.

Banca Examinadora:



Prof^a. Dra. Edivane de Jesus
Presidente



Ma. Simone Serafim Corrêa
1^a Examinadora



Prof^a. Dra. Dilceane Carraro
2^a Examinadora

AGRADECIMENTOS

Durante os anos de graduação, houve pessoas que foram fundamentais para a conclusão do curso, às quais não poderia deixar de agradecer. Primeiramente a Deus, por permitir que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que, em todos os momentos, é o maior mestre que alguém pode conhecer. Aos meus pais, Anísio e Noeli, por todo o carinho, incentivo e apoio incondicional. Sem eles, essa caminhada seria muito mais difícil, pois, nos momentos de desânimo, não me deixaram desistir. Agradeço também por serem excelentes avós para minha filha nos momentos de minhas ausências, ficando com ela para que eu pudesse concluir o curso. Nenhuma palavra seria suficiente para descrever minha gratidão e meu amor por vocês. Ao meu companheiro, Everton, por todo o apoio e força, por todo o suporte que deu para que eu conseguisse chegar até aqui, deixando sua faculdade em segundo plano para que eu conseguisse finalizar a minha graduação: te agradeço imensamente. Agradeço à minha filha, Maria Luiza, que, desde pequena, foi compreensiva com muitas de minhas ausências. Peço desculpas pelos momentos em que não pudemos ficar juntas: tão pequena e tão compreensiva. Desculpa por muitas vezes não poder participar de suas brincadeiras. Agradeço aos meus irmãos, Ariane e Patrick, pela amizade e atenção dedicadas sempre que precisei. Agradeço às minhas amigas com que a faculdade me presenteou: Luciana Costa e Natasha Moraes, pelo apoio, pela força durante a graduação. Com certeza, sem vocês, essa caminhada seria mais árdua. Agradeço imensamente à minha supervisora assistente social, Simone Serafim, por compartilhar comigo seus conhecimentos, pelo carinho e por toda a dedicação com o meu processo de aprendizagem. À minha orientadora, Edivane de Jesus, que surgiu na minha vida no momento certo. Agradeço imensamente a você por ter me mostrado que era possível finalizar o trabalho de conclusão de curso, por ter acreditado no meu potencial quando eu já estava desacreditada. Agradeço profundamente pelo comprometimento e por toda a dedicação. Agradeço a todos(as) que, direta ou indiretamente, fizeram parte desta história.

Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível.

(Charles Chaplin)

RESUMO

A constituição de 1988 trouxe avanços para as políticas públicas brasileiras, pois ampliou o acesso a serviços e benefícios. A Assistência passou a compor o tripé da Seguridade Social, a Política de Saúde passou a ser universal, e a Previdência passou a ser de direito daqueles que contribuírem. O interesse nessa temática se despertou nas experiências vivenciadas durante o estágio obrigatório I, II e III no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). A intersetorialidade se torna uma discussão importante, tendo em vista que uma única política não garante a efetividade sobre as soluções dos problemas sociais. Nesse sentido, objetivamos neste trabalho de conclusão de curso analisar como ocorre a articulação entre as políticas que compõem a seguridade social brasileira, a partir do contato com a realidade do município de Florianópolis. Como base metodológica para o estudo e pesquisa, adotamos a abordagem qualitativa, na qual realizamos pesquisa de campo, onde efetuamos três entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais que atuam na política de Saúde, Previdência Social e Assistência Social no município de Florianópolis. Os resultados das análises das entrevistas sinalizaram que as principais formas de comunicação entre as assistentes sociais são por e-mail e telefone. Também se constatou nos relatos das profissionais que, para melhorar a forma de articulação entre as políticas, é necessário o apoio da gestão de cada política. Além disso, pelo relato das entrevistas, fica evidente a falta de planejamento para que o trabalho articulado aconteça entre as políticas.

Palavras-chaves: Intersetorialidade. Seguridade Social. Assistência Social. Previdência. Saúde

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPC	Benefício de Prestação Contínua
CadÚnico	Cadastro Único
CAPs	Caixas de Aposentaria e Pensões
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada da Assistência Social
EC	Emenda Constitucional
FHC	(Presidente) Fernando Henrique Cardoso
HU	Hospital Universitário
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LA	Liberdade Assistida
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MP	Medidas Provisórias
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RPPS	Regime Próprio dos Servidores Públicos
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	A SEGURIDADE SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE	14
2.1	A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL	14
2.2	INTERSETORIALIDADE E SUA PRESENÇA NAS POLÍTICAS QUE COMPÕEM A SEGURIDADE SOCIAL	25
3	A INTERSETORIALIDADE NO COTIDIANO DAS POLÍTICAS QUE COMPÕEM A SEGURIDADE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS	30
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA	46
	APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	47

1 INTRODUÇÃO

As primeiras ações para a criação da seguridade social no Brasil surgiram ainda na época do império, em 1888, com um decreto que concedeu aposentadoria para os empregados dos Correios. Durante o século XX, tivemos o desenvolvimento de políticas voltadas ao atendimento dos trabalhadores. No período que antecedeu a Constituição de 1988 (CF/88), a previdência era apenas de direito do trabalhador inserido no mercado de trabalho formal e sua família. Assim, o acesso às políticas de previdência e saúde era limitado àqueles que contribuía com a Previdência Social, chamados de segurados. A assistência social não era considerada uma política pública, ações pontuais e benefícios eram vinculados institucionalmente e financeiramente à Previdência Social.

Essa limitação contribuía para a desigualdade social, pelo fato de os trabalhadores que não faziam parte do mercado de trabalho formal e não contribuía com a previdência não possuírem direitos ao serviço de saúde e, com isso, ficarem reféns da caridade. Até 1970, de acordo com Ivanete Boschetti (2009), os serviços assistenciais não eram incompatíveis com o trabalho, o que contribuía um pouco para a redução das desigualdades sociais e satisfação das necessidades específicas.

Com a CF/88, a Assistência Social se tornou uma política pública e passou a compor o tripé da seguridade social junto com a Saúde e a Previdência Social. Construída em um momento de efervescência dos movimentos sociais e crivada de contradições, a Constituição foi um marco importante no campo dos direitos sociais, especificando a responsabilidade do Estado para com a implementação de políticas públicas. A Saúde passou a ser universal, direito de todos e dever do Estado, independentemente de contribuição. A Previdência Social ampliou seu escopo, mas permaneceu contributiva. Podemos ver que, mesmo após a Constituição de 1988, a previdência ainda segue a lógica bismarkiana, pois continuou sendo limitada àqueles que trabalham formalmente ou que contribuem de outras formas. O que se alterou com a Constituição foi a possibilidade de todos poderem contribuir, não importando da forma de trabalho: formal ou informal. Em relação à Saúde, temos uma evolução que se aproxima do modelo Beveridgiano, que se funda no acesso universal.

Assim, o artigo 194 da CF/88, esclarece que o tripé da seguridade social “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e das sociedades, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL,1988).

O artigo 196 da CF/88 expõe:

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. 117).

Como podemos ver, a Saúde passou a ser universal, porém atualmente esse direito é limitado por divergências culturais, falta de equipamentos médicos, falta de profissionais e recursos. Da mesma forma, o artigo 201 da CF/88 ressalta que “A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória” (BRASIL,1988).

A Assistência se tornou uma política pública de direito do cidadão e dever do Estado, porém é uma política limitada somente àqueles que se adéquam aos critérios do governo federal para acesso aos benefícios assistenciais.

A intersetorialidade aparece na Constituição de 1988, no artigo 194, que esclarece ser a seguridade social um conjunto de políticas públicas que são destinadas a assegurar os direitos coletivos. Ao mencionar que essas políticas devem funcionar de modo articulado no atendimento à população e criar um orçamento específico para o sistema, separado do orçamento da União, a Constituição Federal de 1988 estabelece as bases de uma atuação intersetorial. Em 1991 foi criado o Conselho Nacional de Seguridade Social, no entanto, foi extinto em 1999 no governo de Fernando Henrique Cardoso.

O Conselho Nacional de Seguridade Social, planejado como mecanismo institucional destinado a promover essa articulação, e que asseguraria a participação de trabalhadores, empregadores e usuários das três áreas que compõem a seguridade foi extinto em 1999, juntamente com os Conselhos Estaduais e Municipais de Previdência Social (BOSCHETTI, 2003, p. 76).

De acordo com Junqueira, a intersetorialidade pode ser compreendida como “espaços institucionais que não se restringem a apenas um setor” (JUNQUEIRA, 2004, p. 26). Os saberes de diferentes espaços institucionais se completam para assim proporem soluções para um determinado problema social. Para Junqueira (2004),

A intersectorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim dos direitos sociais; é uma nova maneira de abordar os problemas sociais. 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).

Em seu texto, Junqueira (2004) deixa claro que o cidadão tem que ser atendido e entendido na sua totalidade, assim a intersectorialidade se torna fundamental, pois

A complexidade dos problemas sociais exige vários olhares, diversas maneiras de abordá-las, aglutinando saberes e práticas para o entendimento e a construção integrada de soluções que garantam a população uma vida com qualidade (JUNQUEIRA, 2004, p. 26).

Tendo em vista que apenas uma política não garante efetividade sobre a solução dos problemas sociais, a articulação das políticas facilitaria a solução das problemáticas do usuário atendido pela rede socioassistencial. Por exemplo: se temos uma pessoa que não está com a alimentação em dia, conseqüentemente essa pessoa também não estará bem de saúde. Para Junqueira (2004), a intersectorialidade facilitaria a solução da demanda que o usuário apresenta para o serviço, tendo em vista que as políticas públicas sofrem com a escassez de recursos.

Para Nascimento (2010, p. 99), é essencial discutir a intersectorialidade entre as políticas públicas, uma vez que as políticas setoriais por si só não solucionam tudo e necessitam se comunicar para atender as necessidades de benefícios e serviços da população. É importante mesclar saberes e olhares diferentes sobre as demandas para que sejam atendidas as necessidades do usuário.

Segundo Sposati (2006, p. 135), a intersectorialidade é construída para a integração ou complementação de uma ação em rede em determinada área físico-territorial de abrangência. As características e as demandas de um território é que determinam a extensão e a intensidade da intersectorialidade face ao objeto a ser atingido.

A intersectorialidade, por sua vez, pela exigência de um modelo de gestão capaz de construir a unidade na heterogeneidade, pode favorecer a diluição de políticas de Estado em programas de governo. Com isto a intersectorialidade pode não ser necessariamente fortalecedora da clareza do dever de Estado e direitos do cidadão, e pode provocar forte fragmentação da responsabilidade pública em múltiplas forças locais, confundindo democracia com um modelo de Estado mínimo que opera pela

subsidiariedade, isto é, pela omissão dos outros segmentos ou instâncias, e não por responsabilidade própria” (SPOSATI, 2006, p. 137).

A mesma autora aborda a intersectorialidade na questão da territorialização quando afirma que ela se aplica muito bem aos territórios vulneráveis, tendo em vista que eles necessitam de maior atenção na solução da demanda.

A intersectorialidade tem grande importância, pois cada setor é responsável por uma ação setorial. Quando as políticas públicas se articulam para solucionar uma determinada demanda do usuário, a ação tem uma efetividade maior. Assim, a intersectorialidade acontece quando as políticas públicas conversam entre si para achar uma solução mais adequada a determinada problemática posta pela realidade.

Partindo desse breve retrospecto acerca da seguridade social e da categoria intersectorialidade, delimitamos o objetivo geral deste trabalho: analisar como ocorre a articulação entre as políticas que compõem a seguridade social brasileira, a partir do contato com a realidade local do município de Florianópolis. Como objetivos específicos elencamos: a) identificar como acontece a articulação entre as políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social no município de Florianópolis; b) descrever as formas de comunicação entre as políticas de Assistência Social com as políticas de Previdência Social e Saúde; c) desvendar as possibilidades e limites da intersectorialidade na seguridade social.

Nosso interesse na temática surgiu das experiências vivenciadas no estágio obrigatório I, II e III, realizado no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de Canasvieiras. O CRAS faz parte da proteção social básica e tem como objetivo a prevenção de vulnerabilidades sociais e o fortalecimento do vínculo comunitário e familiar. Ele é a porta de entrada dos usuários na proteção social básica no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Disponibiliza o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para adolescentes, faz concessão de benefícios eventuais e realiza o Cadastro Único (CadÚnico), que dá acesso aos programas sociais do Governo Federal, como Bolsa-Família, Tarifa Social e Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros.

O público-alvo do CRAS são pessoas beneficiadas pelo Bolsa-Família, Benefício de Prestação Continuada (BPC), pessoas em vulnerabilidade social, conflito familiar e vínculos comunitários fragilizados. Durante o estágio com a

supervisora de campo e uma psicóloga, acompanhei no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), atendimentos coletivos e individualizados que possibilitaram reflexões sobre a importância da articulação com outras políticas públicas. Frequentemente as políticas de saúde e previdência traziam demandas para a assistência social e sempre eram relatadas nas reuniões administrativas e nos estudos de caso realizados pela equipe técnica. A assistência social, por sua vez, também necessitava da articulação com a rede para a concessão dos benefícios, um deles é o BPC, que é um benefício da assistência social, mas, desde sua criação, é operacionalizado pelo INSS. Em razão dessa característica, são frequentes os contatos com o Serviço Social do INSS no intuito de viabilizar o encaminhamento e acesso ao benefício. As dificuldades e potencialidades dessa articulação entre as políticas e serviços era tema discutido constantemente pela equipe técnica do PAIF.

Problematizando essa realidade, realizamos breve estudo teórico bibliográfico sobre as categorias: Intersetorialidade, Seguridade Social, Previdência Social, Saúde e Assistência Social. Além disso, realizamos uma pesquisa de campo aplicada de caráter qualitativo. A escolha da pesquisa em caráter qualitativo se deu pelo seguinte motivo:

[...] a pesquisa qualitativa, por sua vez, descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008, p. 7).

Não se desmerece aqui a pesquisa quantitativa, pois Minayo (1993) relata que

[...] procura-se concluir que ambas as abordagens [qualitativa e quantitativa] são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade (MINAYO, 2001, p. 240).

Foram executadas três entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais que atuam em serviços das políticas de assistência social, saúde e previdência social, no município de Florianópolis (SC). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, mediante autorização das entrevistadas e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Em relação à estrutura, este trabalho se organiza em três capítulos. No primeiro capítulo, apresentamos breve retrospecto histórico da Seguridade Social, antes e após a promulgação da Constituição Federal de 1988. O segundo capítulo versa sobre a intersetorialidade na seguridade social por meio de análise das entrevistas realizadas com as assistentes sociais da Política de Assistência, Saúde e Previdência, a partir de suas realidades do trabalho situado no município de Florianópolis. O terceiro capítulo são as considerações finais.

Os assistentes sociais trabalham nas políticas públicas nos serviços disponibilizados para a população. A intersetorialidade, dentro das políticas, pertence também à sua profissão, tendo em vista o trabalho que ele efetua dentro de cada política, e por atuar nos atendimentos das demandas sociais dos usuários e no acesso deles a outros serviços. Por esse fato, se deu a opção por entrevistar assistentes sociais.

2 A SEGURIDADE SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE

No intuito de refletir sobre a realidade do contexto histórico do percurso da seguridade social, neste capítulo abordaremos num primeiro momento, em linhas gerais, o contexto histórico no qual são implementadas e formuladas as políticas públicas no Brasil. Em seguida, apresentaremos alguns conceitos acerca da intersectorialidade.

2.1 A SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

A proteção social no Brasil surgiu em decorrência da estruturação do mercado de trabalho, atrelada ao trabalho assalariado “que assume características diferentes em relação a outras formas de trabalho conhecidas pelos trabalhadores, antes da industrialização (SILVA, 2012, p. 68). O desemprego e a perda de salário deixaram o trabalhador e sua família à mercê de várias dificuldades, além das inseguranças dos trabalhadores. Assim, se dá o “surgimento dos sistemas de proteção social como um dos mecanismos capazes de restabelecer a renda perdida pelos trabalhadores em face do desemprego e/ou da incapacidade temporária ou permanente ao trabalho” (SILVA, 2012, p. 69). Diante disso, o trabalho assalariado tornou-se condição de acesso ao sistema de proteção social ao viabilizar segurança de renda ao trabalhador, impossibilitado de garanti-la por meio do trabalho.

Segundo Silva (2012), entre 1883 e 1889, foi instituído na Alemanha um sistema de proteção que contemplava o seguro-saúde, o seguro-acidente de trabalho, aposentadoria por invalidez e por velhice. Esse sistema, que influenciou a criação de outros sistemas de proteção social pelo mundo, ficou conhecido como modelo bismarckiano por ter sido estruturado sob o comando do chanceler Otto Von Bismarck. “Os benefícios assegurados pelo modelo bismarckiano se destinavam a manter a renda dos trabalhadores em momentos de risco social decorrentes da ausência de trabalho” (BOSCHETTI, 2009, p. 3). Já durante a Segunda Guerra Mundial, o plano Beveridge estava sendo formulado na Inglaterra:

O plano Beveridge de seguridade social constitui uma reorganização e recomposição de medidas dispersas de proteção social já existentes na Inglaterra, acrescidas de outras direcionadas para a ampliação e

consolidação dos planos de seguro social (seguro social básico e universal e seguros complementares) e da uniformização de benefícios, além da criação de novos auxílios (SILVA, 2012, p. 127).

De acordo com Boschetti (2009), o plano Beveridge apresentou crítica ao modelo bismarckiano. “No sistema beveridgiano, os direitos têm caráter universal, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, mas garantindo mínimos sociais a todos em condições de necessidade” (BOSCHETTI, 2009, p. 2). “O objetivo principal do plano Beveridge era o combate à pobreza, tendo, todavia, uma diretriz estratégica direcionada a viabilizar a manutenção do pleno emprego e a prevenção do desemprego” (SILVA, 2012, p.128).

A estruturação da Previdência Social no Brasil, segundo Silva (2012), se deu entre as décadas de 1920 e 1970. Sua gênese está intimamente relacionada às

[...] lutas dos trabalhadores por proteção social, em face das inseguranças decorrentes da nova base produtiva e das estratégias de apoio ao novo padrão de acumulação do capital que se formou no país nesse período (SILVA, 2012, p. 125).

Nesse sentido, de acordo com Silva (2012), a lei Eloy Chaves de 1923 é considerada o marco fundamental da Previdência Social no Brasil, ponto de partida para sua estruturação. Essa legislação foi responsável pela criação de caixas de aposentadorias e pensões para os trabalhadores ferroviários e inspirou a criação de caixas e aposentadorias e pensões de várias outras categorias. Nos anos subsequentes, foram segurados trabalhadores portuários, servidores públicos e mineradores, se estendendo gradativamente a outros trabalhadores.

Segundo Silva (2012), a Previdência Social surgiu da luta da classe trabalhadora que reivindicava melhores condições de vida e trabalho, mas também cumpriu “a função de conter os conflitos sociais que se acumulavam nos anos que antecederam a década de 1920. Logo, caracterizava-se também como uma forma de controle das elites no poder sobre os trabalhadores” (SILVA, 2012, p. 234).

Durante o período de estruturação da proteção social brasileira que antecedeu a Constituição de 1988, a assistência à Saúde era prestada “[...] exclusivamente aos segurados e aos seus dependentes por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) e Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados no período entre 1923 e 1966” (SILVA,2012. p. 132). Em 1977, com a lei 6439/77, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

Social (INAMPS). Com isso a assistência à saúde passou a “[...] ser gerida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), mantendo a mesma lógica de cobertura” (SILVA, 2012, p.132). A mesma lei instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que buscou reorganizar a previdência social. O INAMPS foi extinto em 1993, quando a Assistência à Saúde passou a ser gerida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Boschetti (2009), a lógica do seguro no Brasil

[...] estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988. O princípio dessa lógica é garantir proteção, às vezes exclusivamente, e às vezes prioritariamente, ao trabalhador e à sua família. É um tipo de proteção limitada, que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido no mercado de trabalho ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à seguridade social (BOSHETTI, 2009, p. 3).

Nessa lógica, somente os trabalhadores formais e seus dependentes tinham acesso à previdência e à saúde. Os trabalhadores eram condicionados a uma contribuição prévia mensal e ao valor dos benefícios proporcional à contribuição efetuada.

De acordo com Silva (2012), é essencial resgatar que a elaboração da Constituição Federal de 1988 ocorreu em um momento ímpar da história do país.

Os movimentos sociais em franca ascensão, impulsionados pelas lutas em torno da redemocratização do país, resgate das liberdades individuais e coletivas suprimidas no período da ditadura militar e ampliação dos direitos sociais, com vista à redução da enorme dívida social que se estabeleceu no período ditatorial, tiveram forte presença no processo constituinte. Participaram por meio das formas diretas e indiretas possibilidades pela estrutura da assembleia nacional constituinte (SILVA, 2012, p. 133).

As manifestações populares foram fundamentais para que as conquistas fossem asseguradas: “quanto mais fortes eram os movimentos sociais vinculados às áreas das temáticas, maiores as possibilidades de pressão e conquistas, como aconteceu com a seguridade social” (SILVA, 2012, p.135). Assim, ao final do processo constituinte, ocorreram expressivas conquistas nas três áreas que compõem a seguridade social. A Assistência Social passou a ser uma política social a compor o tripé da seguridade social. A política de Saúde passou a ser de acesso universal e dever do Estado, sendo a política que mais avançou na seguridade social, passando a abarcar a todos os cidadãos brasileiros.

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, art.196).

Apesar de ter ampliado a possibilidade de adesão e acesso, incorporando categorias antes não abrangidas, a Previdência Social permaneceu como uma política contributiva. Com a Constituição de 1988, todos, a depender da possibilidade concreta de recolher contribuições, podem ter acesso aos benefícios da Previdência Social.

Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a: I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão; II - ajuda à manutenção dos dependentes dos segurados de baixa renda; III - proteção à maternidade, especialmente à gestante; IV - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário V - pensão por morte de segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes (BRASIL, 1988, art. 201).

A Constituição Federal de 1988 teve como suas principais inovações a definição de seguridade social de conceito organizador da proteção social brasileira, ampliar os direitos a coberturas previdenciárias, incluir os trabalhadores rurais, tornar a Assistência Social uma política pública não contributiva, de acesso àqueles que se adéquem aos critérios para acesso, e fazer da Saúde uma política universal, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). As garantias dos direitos implementados pela CF/88 para a Seguridade Social foram pensadas mediante o estabelecimento de “um orçamento próprio, assim como um sistema específico de financiamento com fontes diversificadas e exclusivas assinalam a relevância da mudança instituída” (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009, p. 18)

Segundo Delgado, Jaccoud e Nogueira (2009), durante a implementação da Seguridade Social foram encontrados inúmeros entraves, entre eles:

Um dos fatores para as dificuldades encontradas no processo de consolidação do princípio da Seguridade Social é o fato de a legislação infraconstitucional ter regulado separadamente as várias políticas setoriais. Suas leis orgânicas, definindo diretrizes específicas, não explicitam elementos que permitissem criar vínculos operacionais entre os componentes da Seguridade. De fato, as políticas setoriais, tais como o SUS, foram implantadas sem que seus gestores se sentissem participantes e beneficiários de um sistema maior. Neste processo, as políticas setoriais se consolidaram institucionalmente, com a criação e o fortalecimento de ministérios específicos, e com a criação de conselhos próprios de controle social (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009, p. 27).

O segundo entrave para a implementação da seguridade social, diz respeito ao

[...] financiamento. Pode-se mesmo afirmar que foi em torno do tema que a dificuldade de consolidação da Seguridade Social como princípio organizador do novo modelo de proteção social se revelou em toda sua complexidade. Como já destacado, a instituição da Seguridade Social exigia significativa expansão da responsabilidade pública na proteção social e, com ela, do gasto social. Contudo, a trajetória política posterior à promulgação da Carta Constitucional teve um impacto desorganizador na estrutura de financiamento proposta para a Seguridade Social, seja devido à disputa entre as três políticas, à implantação de medidas de desvinculação de recursos exclusivos da Seguridade Social, seja à ausência da plena regulamentação do princípio das fontes diversificadas de financiamento (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009, p. 27).

O terceiro entrave foi referente à afirmação do princípio de seguridade:

Por fim, cabe lembrar um terceiro fator que dificultou a afirmação do princípio de Seguridade como conceito organizador de uma proteção social unificada, que seja atuante e eficaz por suas sinergias internas, como verdadeiro sistema. Trata-se da disputa política instalada logo após a promulgação da Constituição e que se estende até os dias atuais, opondo dois paradigmas antagônicos, como os definiu Fagnani (2008). De um lado, estão aqueles que insistem na defesa da Seguridade como base de um projeto de Estado Social; de outro lado, estão os que consideram as determinações constitucionais um empecilho ao equilíbrio das contas públicas (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009, p. 28).

Mesmo com esses entraves, a Seguridade Social foi umas das conquistas mais importantes da Constituição de 1988, pois o foco das políticas sociais deixou de ser a satisfação das necessidades básicas e passou a ser a garantia dos direitos sociais.

A Constituição engendrou bases para a ampliação do acesso a benefícios da política de Previdência, porém a chegada do neoliberalismo ao país, no começo dos anos 1990, deu início a um movimento de reestruturação do Estado, em que a classe trabalhadora teve muitas perdas. Segundo Silva (2012), esse momento é marcado pela “redução do trabalho assalariado formal, expansão do desemprego prolongado, das ocupações precárias e da queda da renda mensal média real e de sua participação no conjunto da renda nacional” (SILVA, 2012, p. 280). O ideário neoliberal ganhou força no Brasil já no governo do presidente Fernando Collor de Mello e foi o centro de ação de Fernando Henrique Cardoso. Nessa conjuntura de ajuste estrutural, a Previdência passou a ser alvo prioritário, iniciando-se um movimento de contrarreforma.

Na década de 1990, a Previdência Social sofreu uma contrarreforma com a Emenda Constitucional nº 20, promulgada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso. Segundo Silva (2012), a EC nº 20 de 1998 provocou regressão nas conquistas “obtidas no contexto de lutas que influenciaram o processo constituinte

de 1987/1988. A mudança reformulou as bases do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), atingindo, portanto, especificamente os trabalhadores do setor privado.

Para a autora, a emenda constitucional de 1998 regrediu as conquistas da Constituição de 1988 na Previdência Social, pois reforçou seu caráter contributivo, eliminando prestações desvinculadas de contribuições prévias, colocando filiação obrigatória e a exigência do equilíbrio financeiro e atuarial.

Entre as principais mudanças, estão:

[...] exclusão dos eventos de acidente do trabalho, reclusão e ajuda à manutenção de dependentes de segurado de baixa renda; exclusão do garimpeiro no regime de economia familiar; restrição do salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes de segurados de baixa renda; as aposentadorias por tempo de contribuição; e o sistema passou a ser de filiação obrigatória e a funcionar condicionado ao equilíbrio financeiro e atuarial (SILVA, 2012, p. 140).

Com essas mudanças no âmbito da seguridade social, a Previdência Social se afastou ainda mais do modelo Beveridgeano e se aproximou do modelo Bismarkiano. O modelo Beveridgeano tem como objetivo o combate à pobreza, enquanto o modelo alemão, segundo Silva, “destina-se a manter a renda dos trabalhadores em situações específicas de incapacidade para o trabalho” (SILVA, 2012, p. 140).

Se as principais alterações na legislação previdenciária realizadas pelo governo FHC por meio da EC nº 40 tiveram como foco o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), em 2003, ao assumir o governo, Lula deu continuidade ao movimento de contrarreforma por meio da Emenda Constitucional nº 41, cujo alvo principal foi o Regime Próprio dos Servidores Públicos (RPPS). A Emenda Constitucional nº 41 afetou o direito à aposentadoria integral por tempo de serviço no serviço público, colocou fim à integralidade e à paridade como direito dos servidores, determinou a convergência dos regimes próprios e geral da previdência, fixou o abono de permanência e a contribuição previdenciária para os servidores inativos.

No final de 2014, antes do término do seu primeiro mandato, Dilma Rousseff editou as Medidas Provisórias 664/2014 e 665/2014. A MP 664/2014 modificou e alterou diversos benefícios da Previdência Social e do Regime Próprio dos Servidores Públicos, trouxe modificações no benefício por morte, incluiu uma carência de 24 meses para a concessão do benefício, alterou o valor do salário do benefício, alterou o cálculo do benefício de auxílio-doença e alterou o tempo mínimo

para afastamento do trabalho. A MP 665/2014, por sua vez, trouxe mudanças no seguro-desemprego, aumentando o tempo de permanência para a concessão do abono-salarial e alterando as exigências para a solicitação do seguro-desemprego. As medidas provisórias editadas pelo governo Dilma, convertidas em 2015 nas leis 13135 e 13134, deram continuidade ao movimento de contrarreforma da Previdência, uma vez que tiveram como objetivo a redução de direitos. Dilma Rousseff permaneceu no poder de 2011 a 2016, quando teve seu mandato interrompido pelo impeachment, engendrado por golpe parlamentar que contou com a participação decisiva do judiciário e movimentos da sociedade anticorrupção.

Dilma foi sucedida por Michel Temer, que assumiu o poder com a tarefa de implementar uma ousada agenda de reformas no Estado brasileiro. Como uma de suas primeiras medidas, Temer extinguiu o Ministério da Previdência Social e Trabalho, alterando a gestão e o controle da Previdência Social e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Instituiu um novo regime fiscal da seguridade social por meio da PEC 55, que impôs limites para os gastos futuros do governo federal. A EC 95/2016 congelou todos os gastos com a Saúde, Educação e Assistência, entre outros, por vinte anos, exceto despesas financeiras. Temer foi responsável por sancionar a lei 13.429/2017, chamada lei da terceirização, tornando possível às empresas e ao serviço público contratarem funcionários terceirizados para execução das atividades fins. O governo Temer também enviou ao congresso uma agressiva proposta de contrarreforma da Previdência Social, PEC 287/2016. A PEC sofreu diversas alterações, e acabou não sendo votada em todas as instâncias necessárias devido à conjuntura, ao momento político e à mobilização popular.

Uma conjuntura marcada por uma crise econômica e política, marcada pela ascensão do conservadorismo levou ao poder Jair Bolsonaro. Ainda durante a campanha, o presidente deixava clara a intenção de realizar reformas estruturais no Estado brasileiro. Como um de seus primeiros atos, Bolsonaro enviou ao congresso, no dia 20 de fevereiro de 2019, a proposta de Emenda Constitucional PEC 06/2019, que modificou o sistema de Previdência Social. A PEC tramitou por diversas comissões e passou por votações no congresso e senado, sendo promulgada em 13 de novembro de 2019. O texto aprovado consiste na mais impactante contrarreforma desde a década de 1990 e retira uma série de direitos da classe trabalhadora.

As principais mudanças trazidas na Emenda Constitucional 103 de 2019 são a criação de uma idade mínima para aposentadoria; extinção da aposentadoria por

tempo de contribuição; a alteração para aposentadorias no regime geral, mudando o tempo mínimo de contribuição, que será de 15 anos para mulheres e 20 anos para homens. Para servidores, será de 25 anos, necessitando terem 10 anos de serviço público e 5 anos no cargo no qual for concedida a aposentadoria; regra diferenciada para os agentes penitenciários e educativos, policiais federais, professores do ensino básico; alterou o cálculo do benefício, o valor da aposentadoria, que passará a ser calculado tendo base na média de todo o histórico de contribuição do trabalhador; no regime geral os trabalhadores terão direito a 60% do valor do benefício integral, subindo 2 pontos para cada ano a mais de contribuição. Para as pessoas que já estão no mercado de trabalho, a reforma estabelece a regra de transição; a nova regra traz também mudança de alíquota de contribuição, na qual altera o valor descontado do salário de cada trabalhador para a aposentadoria. O valor do teto previdenciário no ano de 2019 é de 5.839,45. A Emenda também prevê limitação na relação de benefícios do RPPS às aposentadorias e à pensão por morte; alteração do benefício por pensão por morte, que passa a ser de 50% da aposentadoria e um adicional de 10% para cada dependente, tendo um limite de 5 dependentes; o benefício da aposentadoria por invalidez que antes era de 100%, passa a ser de 60% mais 2% por ano de contribuição que exceder 20 anos (somente em casos de invalidez decorrente de acidente de trabalho, doenças do trabalho o cálculo não muda); limita a acumulação dos benefícios, podendo receber somente o benefício de maior valor, os recursos do PIS/PASEP poderão financiar ações da Previdência Social, além do seguro-desemprego, entre outras. A drástica contrarreforma sancionada pelo atual governo faz parte de um projeto de reforma do Estado brasileiro, que caminha para o total desmonte das políticas públicas.

Atualmente a política de Previdência Social é composta por três regimes: Regime Geral de Previdência Social (RGPS), que cobre os trabalhadores do setor privado; Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), que cobre os servidores públicos, e o Regime de Previdência Complementar, de caráter facultativo, que proporciona renda adicional ao trabalhador. Porém, o regime de que nos interessa tratar para fins deste trabalho é o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), que oferece, mediante regras específicas, a aposentadoria e benefícios para pessoas que desenvolvem atividades de trabalho remuneradas e que contribuem mensalmente, no setor privado. Para se aposentar ou ter acesso aos benefícios, a pessoa precisa ter o tempo mínimo de contribuição requerido pelo INSS, autarquia

responsável por operacionalizar o regime geral. Podem contribuir com a Previdência Social o trabalhador formal e informal. O trabalhador informal, para contribuir com a previdência, faz recolhimentos mensais ao INSS por meio de carnês/guias. O segurado do INSS, de acordo com a legislação alterada recentemente, tem direito a aposentadoria por idade, aposentadoria especial, aposentadoria da pessoa com deficiência, aposentadoria por invalidez; auxílio-doença; pensão por morte, salário-maternidade, auxílio-acidente; auxílio-doença; auxílio-reclusão; e salário-família.

Além desses benefícios, destinados aos segurados e seus dependentes, o INSS operacionaliza o Benefício de Prestação Continuada a Idosos e Pessoas com Deficiência. O BPC é um benefício da Assistência Social e está a cargo da autarquia desde a sua criação, em 1996. O INSS também oferta dois serviços à população: o Serviço Social e a Reabilitação Profissional. O Serviço Social atende segurados e usuários, de forma coletiva e individual auxiliando na busca de soluções da demanda do cidadão em relação aos serviços do INSS e da seguridade social. O serviço de reabilitação social é uma assistência educativa/reeducativa e de adaptação ou readaptação profissional que, por sua vez, tem como objetivo indicar os meios de reabilitação dos beneficiários incapacitados para o trabalho para o reingresso no mercado de trabalho.

Em relação à Política de Saúde, ela foi sendo estruturada a partir dos anos 1990. Atualmente a Saúde se organiza por meio do decreto 7.508, publicado em 2011, que regulamenta a lei 8080/90. A porta de entrada da Saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), composto pelo Ministério da Saúde, estados e municípios. O Ministério da Saúde formaliza, normatiza e avalia as políticas e ações; a Secretaria Estadual de Saúde participa das formulações das políticas, e a Secretaria Municipal planeja e executa as ações dos serviços de saúde em conjunto com o conselho municipal de saúde. Segundo o artigo 3º do Decreto 7508, o SUS

[...] é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011a).

A Saúde é dividida entre a Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS. A atenção básica é o primeiro nível de saúde do SUS e tem como objetivo prevenir os riscos de doenças dos usuários. Com isso, a atenção básica promove a promoção,

proteção e prevenção de doenças. Os atendimentos da atenção básica são realizados na Unidade de Saúde do bairro do usuário. Na Unidade de Saúde são realizados consultas e procedimentos menos complexos, como curativos e vacinação.

A Atenção de Média Complexidade atende os principais problemas de saúde da população, requer profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnósticos e tratamento. Os atendimentos da Atenção de Média Complexidade são realizados nas Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que funcionam 24 horas para atender as urgências de saúde da população.

A Atenção de Alta Complexidade tem como objetivo “proporcionar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde” (BRASIL, 2009, p. 32). A Atenção de Alta Complexidade é prestada por unidades hospitalares de grande porte, onde são encaminhados usuários da baixa e média complexidade para certos tratamentos e exames. Por ser um serviço de alta complexidade, tem custo maior, já que trabalha com serviços de urgência e emergência com internações dos usuários para acompanhamento médico, exames laboratoriais, consultas especializadas.

A Assistência Social, por sua vez, foi a política da tríade da seguridade social que mais demorou a se estruturar após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Foi somente na década de 1990 que começou obter alguns ganhos: em 1993, com a Lei 8.742, foi regulamentada a inclusão da Política de Assistência Social no âmbito da Seguridade Social. A Assistência Social passou a compor os direitos de universalização dos acessos e da responsabilidade estatal. “A LOAS cria uma nova matriz para a política de assistência social, inserindo-a no sistema do bem-estar social brasileiro concebido como campo de Seguridade Social.” (BRASIL, 1993, p.31). A partir de 2004, a Assistência Social passou a ser regida pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que tem como referência a LOAS e a Norma Operacional Básica. Apesar do estabelecimento no texto constitucional do status de política, a implementação da Política de Assistência Social só ganhou força a partir dos anos 2000.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) aprovada em 2004, ainda que tardia e com limites, apresentou as diretrizes para a efetivação da Assistência Social como direito do cidadão e dever do Estado. O SUAS, que foi implementado em 2005, é um sistema de gestão compartilhada, cofinanciamento das ações pelos

três entes federados e pelo controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social dos municípios, estados e União. A Política Nacional de Assistência Social tem como objetivo:

Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem. Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural. Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2005, p. 33).

A PNAS é dividida entre a Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média Complexidade e a Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Em 2009 foi realizada a criação da resolução 109, de 11 de novembro de 2009, que aprovou a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, essa resolução organizou os serviços socioassistenciais por nível de complexidade do SUAS.

O Serviço de Proteção Social Básica tem como objetivo o fortalecimento do vínculo familiar, contribuindo na melhoria da qualidade de vida da família, prevenindo o rompimento do vínculo familiar e comunitário, promovendo acessos a benefícios ofertados pelo governo federal, como os benefícios de transferência de renda e serviços socioassistenciais, contribuindo para a inserção da família na rede de proteção social e garantia de direitos. Os Serviços de Proteção Social Básica são ofertados diretamente pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e pelas entidades de Assistência Social, o CRAS é a porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), é uma unidade pública estatal, localizada em áreas de vulnerabilidade social e é responsável pela oferta do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Para o CRAS funcionar, é obrigatório ter o serviço do PAIF. Segundo consta na Política de Assistência Social (2004),

[...] a equipe do CRAS deve prestar informação e orientação para a população de sua área de abrangência, bem como se articular com a rede de proteção social local no que se refere aos direitos de cidadania, mantendo ativo um serviço de vigilância da exclusão social na produção, sistematização e divulgação de indicadores da área de abrangência do CRAS, em conexão com outros territórios (BRASIL, 2005, p. 35).

O CRAS também realiza encaminhamento dos usuários para outras políticas públicas, possibilitando o desenvolvimento das ações intersetoriais, para evitar que as famílias tenham seus direitos violados. A Proteção Social Básica, além do PAIF, citado acima, conta com o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

para crianças, adolescentes e idosos que possuem articulação com o PAIF, e tem como objetivo “garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social” (BRASIL, 2005, p. 14).

Os Serviços da Proteção Social Especial de Média Complexidade são ofertados pelo Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), que atende famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, que não estejam com seus vínculos familiares e comunitários rompidos. Conta com o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos (PAEFI), que faz o acompanhamento da família ou indivíduo em ameaça ou violação de direitos. Tem como objetivos:

Contribuir para o fortalecimento da família no desempenho de sua função protetiva; Processar a inclusão das famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos, conforme necessidades; Contribuir para restaurar e preservar a integridade e as condições de autonomia dos usuários; Contribuir para romper com padrões violadores de direitos no interior da família; Contribuir para a reparação de danos e da incidência de violação de direitos; Prevenir a reincidência de violações de direitos (BRASIL, 2005, p. 25).

O CREAS, além do serviço PAEFI, citado acima, conta com o serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços a comunidade (PSC), serviço de prestação social especial para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias e serviço especializado para pessoas em situação de rua.

O Serviço de Proteção Social de Alta Complexidade garante proteção integral, como moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência ou em situação de ameaça e precisam ser necessariamente retirados de seu núcleo familiar ou comunitário. Serviço de acolhimento institucional, serviço de acolhimento em repúblicas, serviço de acolhimento em família acolhedora, serviço de proteção em situações de calamidade públicas e de emergências.

2.2 INTERSETORIALIDADE E SUA PRESENÇA NAS POLÍTICAS QUE COMPÕEM A SEGURIDADE SOCIAL

A intersectorialidade “incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, enfim dos direitos sociais; é uma nova maneira de abordar os problemas sociais” (JUNQUEIRA, 2004, p. 27). Com a Constituição de 1988, as políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social passaram a fazer parte da seguridade social e, desse modo, elas precisam se articular entre si para garantir a efetividade do atendimento. Nesse sentido,

[...] a importância da intersectorialidade como ferramenta e mecanismo de gestão se mostra extremamente necessário, haja vista que não se pode pensar em construção de políticas públicas sem considerar a relevância da interação e integração dos diversos órgãos e instituições no compromisso comum de efetivação de direitos, garantindo-se, também, a participação social como requisito essencial de legitimidade das políticas sociais (CUSTODIO; SILVA, 2015, p.3).

A intersectorialidade começou a ser incorporada na Assistência Social na IV Conferência Nacional de Assistência Social, que aconteceu em dezembro de 2003. No ano seguinte, a política Nacional de Assistência Social (PNAS) “apresenta a intersectorialidade como requisito fundamental para garantia dos direitos de cidadania” (MONERATT; SOUZA, 2011, p. 46). A PNAS (BRASIL, 2005) ressalta a importância da articulação na Assistência Social com outras políticas, tendo em vista que

[...] deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersectorial com outras políticas sociais, particularmente, as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras, para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos (BRASIL, 2005, p. 42).

O trabalho em rede se torna necessário para “se romper com velhos paradigmas, em que as práticas se construíram historicamente pautadas na segmentação, na fragmentação e na focalização, e olhar para a realidade” (BRASIL, 2005, p. 44), tendo em vista que os desafios colocados se apresentam de várias maneiras, exigindo assim a articulação para seu enfrentamento.

Segundo Monnerat e Souza (2011), entre as políticas que compõem a seguridade social, a política que necessita ter maior clareza da importância em estabelecer estratégias de atuação intersectorial é a Assistência Social. Isso porque o objeto de intervenção se volta para o atendimento dos indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social, onde, em muitos casos, os laços familiares e sociais já estão rompidos, o que demanda respostas imediatas, sendo essencial o contato com outros serviços e políticas.

Ainda de acordo com Monnerat e Souza (2011), o Programa Bolsa-Família, benefício da Assistência Social concedido pelo Governo Federal, é o benefício fortemente pautado na intersetorialidade, precisando contar com a articulação setorial.

No PNAS (BRASIL, 2005), se incluem os princípios organizativos do SUAS, que são baseados na articulação, como podemos ver a seguir:

[...] articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia, principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas; (BRASIL, 2005, p. 88).

[...] articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Nacional de Previdência Social, gerando vínculos entre sistemas contributivos e não contributivos; (BRASIL, 2005, p. 88).

[...] articulação interinstitucional de competências e ações complementares com o Sistema Nacional e Estadual de Justiça para garantir proteção especial a crianças e adolescentes nas ruas, em abandono ou com deficiência; sob decisão judicial de abrigamento pela necessidade de apartação provisória de pais e parentes, por ausência de condições familiares de guarda; aplicação de medidas socioeducativas em meio aberto para adolescentes. Também, para garantir a aplicação de penas alternativas (prestação de serviços à comunidade) para adultos (BRASIL, 2005, p. 88).

O objetivo do SUAS é “promover a inclusão social ou melhorar a qualidade de vida, resolvendo os problemas concretos que incidem sobre a população de um dado território” (SIMÕES, 2009*apud*MONNERAT; SOUZA, 2011).O SUAS é a implementação e a gestão da política. São seus objetivos a garantia da proteção social e acesso a serviços e benefícios.

No que tange à Saúde, observamos que o conceito de intersetorialidade foi incorporado à política pela Lei Orgânica 8080/1990.

Tal diretriz aparece como uma das dimensões que preveem, na sua concepção, a integração intrasetorial da rede assistencial com a intersetorial, ou seja, a ação articulada com outras áreas de política social para produzir melhores resultados de saúde (MONNERATT; SOUZA, 2011, p. 7).

A Saúde prioriza a articulação entre a atenção de saúde básica, média e alta complexidade. Segundo Moneratt e Souza (2011),

A área de saúde, na sua busca por resultados mais efetivos através da transversalidade de ações no campo social, mantém ainda uma visão voltada para seu objeto de intervenção específico. Nesta perspectiva, o que prevalece no campo da saúde coletiva, incluindo aí a definição da própria Organização Mundial da Saúde (OMS), é a ideia de ação intersetorial como articulação de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde (melhorar taxas de mortalidade infantil, hipertensão, desnutrição, por exemplo) (MONERATT; SOUZA, 2011, p. 45).

Assim a intersetorialidade na Saúde, segundo Moneratt e Souza (2011), tem que ser pensada “como uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-doença” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 44). Com isso, a Saúde promove movimentos, como “Promoção da Saúde, Cidades Saudáveis e Políticas Públicas Saudáveis, cuja lógica incorpora necessariamente ações interssetoriais, e vêm ganhando centralidade no âmbito do setor saúde no país” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 44).

Na política Nacional de Saúde, a intersetorialidade é compreendida como

[...] uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2010, p.13).

No Ministério da Saúde, a equipe de saúde da família tem em suas atribuições a intersetorialidade entre outros setores de diferentes segmentos sociais, de forma a intervir em situações que ultrapassem a especificidade do setor saúde. Monnerat e Souza (2011) relatam que uma das dificuldades na saúde em manter a ação intersetorial é a baixa efetividade de trabalhadores concursados. Dessa forma, os programas e projetos da saúde são desenvolvidos por funcionários temporários, o que dificulta “a continuidade e a sustentabilidade das experiências de implementação de programas e ações no campo da assistência social” (MONNERAT; SOUZA, 2011, 46).

Em relação à Previdência Social, segundo Monnerat e Souza, “a lógica intersetorial ainda parece estranha ao contexto dessa arena política” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 42). As políticas de Assistência Social e Saúde precisam se articular com a Previdência, tendo em vista que esta concede benefícios por incapacidade, que se relacionam a adoecimento e acidentes, cujos requerentes em geral são também atendidos pela política de saúde. O INSS também é o órgão responsável por operacionalizar o BPC, benefício da Política de Assistência Social. No entanto, a Política de Previdência é, dentre as três, a que possui a estrutura mais

centralizada no nível federal. As unidades de atendimento nos municípios estão subjugadas ao ordenamento jurídico e ao modelo de gestão determinado pela direção central da autarquia, situada em Brasília, e possuem pouquíssima autonomia. A intersectorialidade não se faz presente nas diretrizes e normativas que determinam o funcionamento do INSS.

Segundo Senna e Garcia (2014), o termo intersectorialidade “é carregado de conotações positivas, é preciso reconhecer que sua operacionalização enfrenta um conjunto considerável de obstáculos”. Entre esses obstáculos, os autores citam as disputas por recursos e poder e “a complexidade do processo de intermediação de interesses distintos com capacidades também distintas de influência na arena decisória” (SENNA; GARCIA, 2014, p. 280).

Para que a intersectorialidade torne-se possível, é imprescindível que ocorra um planejamento articulado das políticas, ações e serviços, em todos os níveis de gestão, em especial nos territórios. Isso implica, necessariamente, em mudanças nas práticas e cultura das organizações gestoras das políticas sociais.

[...] o planejamento constitui um importante instrumento para concretizar essa nova ação: o planejamento e a descentralização das decisões no âmbito da cidade. O processo de planejamento não esgota a ação intersectorial, que deve incorporar nesse processo a avaliação e o monitoramento das ações, tendo como perspectiva os resultados de que devem mudar a qualidade de vida do cidadão. De nada adianta uma visão de futuro dada pelo planejamento se não há monitoramento e avaliação de resultados (JUNQUEIRA, 2004, p. 28).

Assim, a ação intersectorial se concretiza além dos objetivos, ações e indicadores de projetos ou programas, na articulação que impacta a qualidade de vida da população e precisa ser monitorada e avaliada permanentemente.

3 A INTERSETORIALIDADE NO COTIDIANO DAS POLÍTICAS QUE COMPÕEM A SEGURIDADE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Neste capítulo, trataremos a análise das entrevistas realizadas com as assistentes sociais, trabalhadoras que atuam em serviços e equipamentos das políticas que compõem a seguridade social (Saúde, Assistência e Previdência), no município de Florianópolis. As entrevistadas, ao responderem à pesquisa, apresentam-se como trabalhadoras da Saúde, Previdência Social e da Assistência Social. As entrevistas, realizadas individualmente e em dias diferentes, tiveram o intuito de atender o objetivo central da pesquisa, buscando analisar em que medida a intersectorialidade está presente no cotidiano das políticas que compõem a seguridade social.

A primeira entrevistada é servidora federal, atua na política de Previdência Social, e seu público-alvo são cidadãos que utilizam os serviços do INSS. No seu ambiente de trabalho, desenvolve atividades de socialização de informações previdenciárias e assistenciais, assessoria/consultoria e fortalecimento do coletivo. Dentro das ações que a entrevistada realiza, estão o atendimento técnico individual e coletivo aos usuários, onde a profissional esclarece sobre o acesso aos direitos previdenciários e assistenciais. Fazem parte do seu processo de trabalho a emissão de parecer social, a articulação com entidades públicas e da sociedade civil, avaliação social da pessoa com deficiência, visitas técnicas, participação e coordenação de eventos institucionais e extrainstitucionais, proposição e execução de projetos, programas e ações, participação em reuniões e supervisão técnica.

A segunda entrevistada atua na Política de Assistência Social, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), equipamento que integra a proteção básica da política. Seu público-alvo são famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social, residentes no território onde se localiza o equipamento. No seu ambiente de trabalho realiza atendimentos individuais, acompanhamento familiar, trabalho com grupos e visitas domiciliares.

A terceira entrevistada atua na política de Saúde, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é composto por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com a equipe da saúde da família, com as equipes de atenção primária e com o programa Academia em Saúde. Tem como objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção básica e a saúde da família. Assim, o público-alvo

da entrevistada são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). No seu ambiente de trabalho realiza atendimentos individuais, atendimentos coletivos em parcerias com outros profissionais, visitas domiciliares, visitas institucionais, articulação intersetorial, reuniões com a rede de apoio, reunião familiar e relatórios, além de fazer preceptoria com residentes do NASF.

Ao mencionarmos sobre a articulação com a rede/intersetorialidade, questionamos as entrevistadas se o trabalho realizado em seus espaços de atuação demandava contatos e articulação com outros setores, serviços e políticas públicas. As entrevistadas foram unânimes ao afirmar que esses contatos acontecem, indicando que, na maioria das situações, são realizados por e-mail ou por telefone. O contato presencial ocorre em situações mais pontuais, tendo em vista, entre outras coisas, a disponibilidade de tempo e logística para deslocamentos.

Sim, com certeza, então, tem o contato não presencial que é por e-mail que recebemos bastante, recebemos muito e-mail da rede, da saúde, da assistência e de outras políticas. Se dá também por telefone, recebemos muita demanda por telefone, isso seria não presencial, e presencialmente também tem gente que busca essas informações. Com o serviço de agendamento, vimos que a necessidade é gigantesca, tanto que minha agenda já está pra janeiro, mas quando as situações são mais urgentes, temos o caminho do telefone e do e-mail, pois não pode esperar muito (Assistente Social da Previdência, grifos nossos)

Sim. Fizemos contatos por telefone, contato presencial, e-mail, todos esses contatos a gente faz, depende de cada política. A Previdência, fazemos contato via e-mail e telefone, a saúde é via telefone e reunião, quando precisa falar de alguma família tem vezes que vamos no próprio posto de saúde, antes tínhamos a reunião de microrrede que acontecia mensalmente, porém não aconteceu mais, a última reunião foi em junho e depois ela perdeu força por falta de participação, A saúde era uma que não podia nunca, quem vinha mais era a assistente social quando conseguia, porém como depois a Assistente Social da Saúde se dividiu entre o Norte e Continente, não é sempre que ela estava no Norte, então no dia da reunião de microrrede era o dia que ela não estava no Norte (Assistente Social da Assistência Social. Grifos nossos).

Sim, sempre falo, eu não consigo viver sem a articulação intersetorial, isso é fundamental, porque, assim, não conseguimos resolver casos sozinhas, precisamos da rede, então eu faço contato constantemente, várias reuniões intersetorial, geralmente participa o NASF, o serviço social, psicologia, mais a equipe de saúde da família, o médico, as vezes, as enfermeiras participam, as vezes chamamos o conselho tutelar, o serviço do CREAS (PAEFI, SEPREDI, CRAS) sempre fazendo articulação, se dá através de reunião (Assistente social da Saúde).

Ao indagarmos à profissional da saúde com qual das políticas que compõem a seguridade social costuma ter mais contato, a entrevistada afirmou que seus contatos são constantes com a Assistência e Previdência Social, porém ressalta que

tem mais contato com a Política de Assistência Social, em decorrência dos serviços que acompanha. Já a profissional da assistência relata na entrevista que tem mais contato com a Previdência, pelo fato de “o INSS não estar fazendo mais atendimento”. Isso acontece pelo fato de, no novo modelo de atendimento do INSS, o usuário da previdência necessitar entrar na internet no site do INSS para fazer o cadastro no “Meu INSS” e, por meio desse atendimento digital, fazer a tramitação eletrônica do requerimento. O usuário comparece à agência apenas para fazer a digitalização dos documentos e sai com a senha de acesso para acompanhar as fases do processo, porém muitas pessoas não têm acesso à internet, não têm computador, nem têm nenhuma instrução de como fazer o cadastro. Com isso, o usuário da previdência procura auxílio no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que é a porta de entrada do Sistema Único da Assistência Social. A profissional da Previdência relata ser mais comum o contato com a Assistência, mas afirma que “a saúde não fica muito longe. É muito e-mail da área da saúde, principalmente do Hospital Universitário (HU)”.

No relato sobre as dificuldades encontradas pelas profissionais na interlocução com outras políticas e serviços, as assistentes sociais da Política de Assistência e Previdência relatam os mesmos entraves e afirmam que a articulação só acontece por iniciativa do profissional, a partir do seu espaço de trabalho, como podemos ver a seguir:

[...] tem que partir do **profissional** tentar articular, organizar seu trabalho para que isso aconteça e aí acaba que a gente não consegue uma continuidade, uma regularidade nesse contato, então não se consegue se avançar no trabalho no processo [...] (Assistente Social da Previdência Social).

[...] é da **profissional** se dedicar e fazer esse trabalho mais se fosse depender realmente dos serviços não aconteceria, [...] Eu acho assim a nível dos **profissionais** eles fazem o máximo que eles podem, se desdobram para tentar ainda manter essa articulação [...] (Assistente Social da Assistência Social).

Conforme é possível observar, as profissionais da Assistência e da Previdência Social fazem referência à articulação, e que ela precisa partir do profissional pelo fato de a gestão não dar suporte para que essa articulação aconteça. Na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (2004), encontra-se explícito que é fundamental para a Assistência a articulação com outras políticas, pois

[...] a Assistência Social, enquanto política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, e considerando as características da população atendida por ela, deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersetorial com outras políticas sociais, particularmente, as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras, para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos (BRASIL, 2005, 42).

Embora as ações intersetoriais estejam previstas nos termos legais, especificamente na PNAS (BRASIL, 2005), há ainda limites para que sejam implementadas, como foi ressaltado acima nos trechos das falas das profissionais de Assistência e Previdência. Assim, no cotidiano profissional, conforme Nascimento (2010), são encontrados limites, em relação às estratégias mais adequadas e viáveis para essa articulação. Outro limite imposto “é a progressiva especialização do poder público e a tendência de aumentar o desempenho de cada um dos órgãos do setor estatal” (NASCIMENTO, 2010, p. 102). Com isso, há uma tendência de que cada órgão se volte, cada dia mais, a si mesmo.

No relato da assistente social da Saúde, ao indagarmos se encontra alguma dificuldade no contato com as demais políticas e serviços, a resposta foi um pouco distinta das demais entrevistadas:

Atualmente eu não encontro dificuldades, acho que já houve uma sensibilização com os profissionais da importância de trabalho em rede, então assim tem sempre uma parceria de todos os setores, tanto da assistência, quanto da previdência a articulação é bem fácil de fazer e eu consigo trabalhar bastante em conjunto (Assistente Social da Saúde).

A assistente social da saúde relata não ter dificuldades em relação à articulação com outras políticas e serviços, tendo em vista o contato que estabeleceu com a rede de serviço no seu território de abrangência e também pelo fato de atuar no NASF, que tem como premissa o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Porém, ao ser indagada se tem conhecimento de algum planejamento em nível de gestão, afirma desconhecer, o que reforça que essa articulação ocorre apenas por iniciativa dos profissionais, na ponta.

Além da intersetorialidade, o trabalho nas políticas públicas tem exigido cada vez mais a habilidade dos profissionais de trabalhar em equipe na perspectiva interdisciplinar. Para Severino (2019), a “complexidade do ser e do conhecer; exige, portanto, que as múltiplas disciplinas que atuam como mediações do saber complexo sobre o real trabalhem interdisciplinarmente” (SEVERINO, 2019, p.20). Para Carvalho (2019), a interdisciplinaridade “exige que se tenha clareza dos

conteúdos e possibilidades que o campo de conhecimento representado pode oferecer, bem como que se permita transitar no diálogo com diferentes áreas” (CARVALHO, 2019, p. 171). Com isso, a interdisciplinaridade

[...] se coloca como possibilidade mais assertiva para a ampliação de perspectiva de conhecimento, contrapondo-se à fragmentação histórica que se vive, parece ser a alternativa que melhor atende a necessidade profissional e humana posta para o campo profissional. E o que o serviço social pode oferecer nesse campo? Perspectiva e atuação com direção social, ética, foco, na liberdade como essência humana (CARVALHO, 2019, p. 177).

A interdisciplinaridade pressupõe a integração articulada de várias disciplinas. Disciplina é um conjunto de conhecimentos sobre um objetivo, voltado para o processo de ensino e aprendizagem. Além disso, a interdisciplinaridade é também a comunicação e o diálogo entre saberes e práticas para gerar uma integração, na qual constitui novos saberes e novas práticas que buscam a resolução de um problema concreto. Os obstáculos encontrados na interdisciplinaridade são “vinculados ao fato dos saberes e das práticas estarem fortemente ancorados em instituições e organizações corporativas [...]” (VASCONCELOS, 1996, p. 139).

A concepção de interdisciplinaridade contrapõe-se à de multidisciplinaridade e é encontrada quando profissionais de áreas diferentes trabalham isoladamente, fazendo suas próprias observações, considerando seus saberes, sem estabelecer contato com saberes diferentes dos seus.

Quando questionamos se a intersetorialidade poderia contribuir com as necessidades do público-alvo, todas as entrevistadas afirmaram que sim e apontaram o porquê da importância dessa articulação.

Sim. Porque assim o mesmo usuário que busca o atendimento da previdência, tá na assistência, tá na saúde, então essa integração, este trabalho articulado favoreceria para que a gente pudesse fazer um atendimento da totalidade daquela demanda, não de forma fragmentada. Então a pessoa, por exemplo, ela busca meu atendimento, mas ela já teve na saúde, já teve na assistência, só que, quando ela vem pra mim, parece que ela tá começando do zero. Se tivesse uma parceria, uma articulação, a gente poderia atender de uma forma íntegra aquela demanda do usuário (Assistente social da Previdência Social).

Sim, com certeza! Seria bem diferente se a gente conseguisse trabalhar dessa forma, eu vejo hoje que com o INSS conseguimos uma aproximação maior, isso facilita porque a família tá com eles e tá aqui com a gente também, então conseguimos conversa. Facilita o atender melhor, porque é o melhor pra quem tá procurando o serviço. Com certeza essa intersetorialidade deveria acontecer, mais em nível de gestão, a gestão dá importância pra isso. Contribui para as famílias poderem acessar os seus direitos, porque, se a gente tem esse canal, conseguimos atender a família

da melhor forma. Contribui para podermos dar um retorno pra família sem a família precisar se deslocar para outra política (Assistente social da Assistência Social).

Com certeza, porque assim geralmente o usuário ele é atendido pela saúde e também está sendo atendido pela assistência, pela previdência, é a rede atendendo o mesmo público, a mesma pessoa, é superimportante a troca a conversa desses setores, até para direcionar o trabalho mais resolutivo, integral para esse usuário (Assistente Social da Saúde).

Mioto (2002), ao tratar da importância do trabalho em rede, afirma que o objetivo desse trabalho é “buscar e encontrar soluções para elas, fora dos serviços, através de um processo de delegação de responsabilidades” (MIOTO, 2002, p. 56). Ou seja, transfere a demanda que é da saúde para saúde, da assistência para assistência, porém não é uma questão de transferir as responsabilidades das políticas para elas próprias, mas, sim, atender o usuário na sua totalidade, para que ele fique contemplado com o atendimento e as informações dadas pelo profissional. O trabalho em rede se torna uma forma de mobilização das relações pessoais, e a rede entendida como os serviços prestados pelas diversas políticas, na qual se articulam para se ter a responsabilidade dividida com outras políticas, para que assim perpassem todas as etapas de atendimentos, procurando formar para cada situação necessária a rede que corresponde às necessidades. Sendo assim, a articulação se torna necessária com outras políticas públicas para contemplar informações de que não se tem conhecimento por não se fazer parte da política que exerce em sua profissão. Junqueira (2004), ressalta:

[...] a concretização da ação intersectorial incorpora não apenas a compreensão compartilhada sobre finalidades, objetivos, ações e indicadores de cada programa ou projeto, mas práticas sociais articuladas que acarretam um impacto na qualidade de vida população (JUNQUEIRA, 2004, p. 28).

Sobre o que poderia ser feito para melhorar o diálogo entre as políticas dos sistemas de seguridade social, as entrevistadas relataram:

Em primeiro lugar tem que realmente partir da gestão pública, que ela implemente condições que a gente realmente possa implementar essa articulação, mais, fora isso, eu penso também que o profissional tem que ter clareza dessa necessidade, que é importante trabalhar articulado, por que também se ele não tem essa clareza, ele trabalha só ali no seu espaço e aí não tem como a gente articular, então tem que tá claro pro profissional, e também temos que ter essas condições implementadas pela gestão pública (Assistente social da Previdência Social).

Precisa de muito investimento em nível de gestão mesmo, porque, se a gestão não vê isso como importante, ficamos patinando sem profissionais, sucateando o serviço. Na Previdência e Saúde temos poucos profissionais para dar conta do território, isso eu tô falando em nível de assistência social,

porque, se falar de médicos e enfermeiros, a gente nem consegue ter acesso (Assistente social da Assistência Social).

Estabelecer alguns fluxos, algumas parceria de uma forma mais formalizada, uma opinião seria marcar reunião intersetoriais com esses setores, essas políticas de uma forma sistemática, onde pudéssemos levar uns casos em comum para discutir e planejar ações, por que antes até tinha uma reunião de microrrede, que era um espaço bem rico, mais que este defasado enfraqueceu um pouco. Nós, do NASF, é uma correria, nem todos os momentos a gente conseguia participar. Quando eu não conseguia ir, encaminhava minha residente, mas às vezes também não conseguia ir, mesmo não indo, eu acho muito importante, e sempre que dava estava presente (Assistente Social da Saúde).

As profissionais entrevistadas da Assistência e da Previdência ressaltaram que, para melhorar o diálogo entre as políticas públicas, a gestão tem que apresentar condições para programar essa articulação. Percebe-se que a gestão das políticas não foca essa articulação e não implementa ações para que realmente aconteça. A articulação entre as políticas se torna um árduo trabalho, que acaba sendo realizado de profissional para profissional, na ponta. Diante disso, as entrevistadas manifestam os mesmos relatos, a assistente social da Previdência Social relata que “[...] tem que partir do profissional tentar articular, organizar seu trabalho para que isso aconteça e aí acaba que a gente não consegue uma continuidade”. A assistente social do CRAS relata também que “[...] vai muito do querer profissional, fazemos porque somos profissionais comprometidos com o trabalho, depende muito, porque se vier alguém que não queira fazer esse trabalho, não faz”.

No nível de gestão, seja na esfera federal, estadual ou municipal, as entrevistadas não têm conhecimento de nenhum planejamento para que o trabalho articulado entre as políticas de seguridade social ocorra. Em contrapartida, reafirmam a importância de isso acontecer, e como isso contribuiria para serviços e atendimentos mais efetivos.

Entendo que deveria existir, pois o mesmo usuário que é atendido pela política de previdência é também atendido pela política de saúde e assistência social e sendo assim a ação articulada entre as políticas favoreceria o atendimento integral da demanda apresentada pelo usuário. (Assistente Social da Previdência Social).

[...] deveria existir, enquanto não tiver algo que eles pensem na gestão, fica muito solto, a gente faz por conta de considerar que é importante a articulação, porque vai muito do querer profissional, fazemos porque somos profissionais comprometidos com o trabalho, depende muito, porque se vier alguém que não queira fazer esse trabalho, não faz (faz (Assistente Social da Assistência Social).

Deveria existir sim, porque acho que favoreceria o trabalho em rede, estimularia mais os profissionais a se reunir e discutir os casos, trabalha em conjunto e até para formular proposta de processo de trabalho, não pensando só no atendimento específico do usuário, mas sim o processo de trabalho (Assistente Social da Saúde).

Bidarra (2009) destaca a importância da intersectorialidade no âmbito da gestão social, tendo em vista que

[...] os projetos políticos são portadores de intenções e de uma direção social pretendida. Por isso trazem acoplados determinados modelos de gestão e formas concretas de materializar tais intenções. Entre as diferentes exigências para essa materialização, Sposati (2006, p. 134) adverte-nos para o fato que “intersectorialidade na gestão pública significa adotar uma decisão racional no processo de gestão, cuja aplicação pode ser positiva ou não”. Isto porque é necessária a combinação entre setorialidade e intersectorialidade, bem como estabelecimento de graduações para a existência dessa última (BIDARRA, 2009, p. 485).

Durante a entrevista, as profissionais da Saúde e da Assistência mencionaram sobre a reunião de microrrede. Essa reunião acontecia uma vez por mês, reunia profissionais da Educação, Saúde, Assistência (alta, média, básica complexidade), era organizada pelos profissionais do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), local de trabalho de uma das entrevistadas, e eram encaminhados convites para os profissionais do território de abrangência do CRAS. Além dessa reunião, acontecia também a reunião de rede duas vezes ao ano, uma em cada semestre. De acordo com as profissionais entrevistadas da Saúde e da Assistência, a última reunião de microrrede aconteceu em junho, depois não aconteceu mais, e a mesma coisa foi com a reunião de rede,¹ que também acabou. Segundo a profissional da Assistência, o que levou ao fim das reuniões foi que “antes tínhamos a reunião de microrrede, que acontecia mensalmente, porém não aconteceu mais, a última reunião foi em junho e depois ela perdeu força por falta de participação”. Segundo o profissional da saúde, o que levou ao fim da reunião foi que

[...] antes até tinha uma reunião de microrrede, que era um espaço bem rico, mas que este defasado enfraqueceu um pouco. Nós, da saúde do NASF, é uma correria, nem todos os momentos a gente conseguia participar, quando eu não conseguia ir, encaminhava minha residente, mas às vezes também não conseguia ir, mesmo não indo eu acho muito importante e sempre que dava estava presente.

As reuniões de microrrede eram espaço de trocas, onde alguns profissionais levavam casos para debater com outras políticas e até mesmo fazer estudo de caso.

¹ A reunião de microrrede acontece somente com a rede do território específico; a reunião de rede é mais abrangente, acontece com as redes do território dos três CRAS do Norte).

Porém, nas últimas reuniões, os números de profissionais presentes diminuíram muito. A diminuição de profissionais na reunião se dá devido as profissionais assistentes sociais terem uma grande demanda para dar conta. Uma das entrevistadas comentou na entrevista que eles faziam o convite e não uma convocação, e relatou que, se fosse uma convocação enviada pela gestão de cada política para que os profissionais comparecessem, teria mais efetividade. Ou seja, era mais uma ação que não tinha cunho institucional, que só ocorria pela organização a partir da ponta.

Para além de evidenciar os entraves que a articulação intersetorial encontra no cotidiano da tríade da seguridade social, nos preocupamos em evidenciar também suas potencialidades. Assim, solicitamos às profissionais que relatassem possíveis experiências exitosas dessa articulação com outras políticas. As três entrevistadas recordaram de ações conjuntas que reverberaram em benefícios dos usuários dos serviços onde atuam.

Temos uma ação que a gente fez uma vez em parceria com a saúde, o pessoal que fazia o tratamento de hemodiálise e a gente ia fazer palestras e nesses atendimentos identificamos muitas demandas que eram do INSS, de pessoas que poderiam se aposentar, que poderia ter direito ao auxílio-doença ou um acréscimo na aposentadoria e elas não tinham essas informações, o fato de a gente ir até eles e conversar e ver as demandas deles e trazer a demanda deles, possibilitou que alguns se aposentassem, teve uns que conseguiram essa majoração por conta dessa articulação, desse contato que a gente teve com a saúde (Assistente Social da Previdência Social).

Tivemos com a Previdência, foi um caso que tivemos que fazer busca ativa das famílias de BPC, teve uma articulação bem legal com a profissional do INSS, onde convidavam as famílias, e a profissional vinha fazer uma fala sobre o benefício, então assim a gente ainda conseguiu fazer essa atividade junto com a profissional, de poder trazer ela junto com o CRAS pra trabalhar a questão específica. Tinha resultados, pois a profissional vinha, e a família podia tirar dúvidas da melhor forma de informação (Assistente social da Assistência Social).

Tivemos uma articulação com a saúde, conseguimos garantir a laqueadura para uma mulher que havia feito a solicitação. Foi um trabalho de várias reuniões com a Saúde e com o Conselho Tutelar, para podermos garantir isso (Assistente social da Assistência Social).

Desde quando entrei na prefeitura eu me aproximei do serviço social da previdência, até para saber das questões de benefícios, e também na época tinha o setor de educação previdenciário. Então esses dois contatos que eu estabeleci para fazer essas parcerias com o serviço social da previdência, venho várias vezes no centro de saúde para conversar, explicar sobre esses benefícios e também eu fazia parceria com o Miguel. Ele trabalhava com a educação previdenciária, então a gente fazia um projeto de fazer reuniões com os profissionais das unidades, a gente trazia ele para aproximações com os médicos de famílias, os enfermeiros, para trabalhar

sobre essas questões dos benefícios e, nesse contexto, às vezes vinha as assistentes sociais do INSS. A categoria do serviço social está sempre em constante contato com as assistentes sociais do INSS para educação permanente e, sempre que possível, elas participam da reunião de categoria para dar continuidade à educação permanente. Eu acho fundamental, tanto para fins de capacitação profissional, como para esta questão de articulação com o próprio usuário das demandas e, também, não só o serviço social mas os outros profissionais da rede da saúde ter conhecimento sobre o que é previdência, quais os benefícios e de que forma é dado esses benefícios (Assistentesocial Saúde).

Os relatos das profissionais sobre experiências de trabalho conjunto no encaminhamento de demandas cotidianas reforçam a crença na importância da intersetorialidade entre as políticas públicas. Como já mencionado antes, é essencial que os profissionais entendam o valor dessa articulação e atuem para que ela aconteça. No entanto, fica evidente que as iniciativas no nível local e a boa vontade dos profissionais não são capazes de superar as barreiras impostas por uma gestão que não engendra esforços nessa direção. A intersetorialidade deve, nesse sentido, ser assumida como estratégia política e de gestão acerca de problemas estruturais da sociedade, com vistas a

[...] a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 42).

Desse modo, a expressão de intersetorialidade está presente na consecução da integração entre as políticas públicas para responder às complexidades das demandas sociais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na elaboração deste trabalho de conclusão de curso, objetivou-se analisar como ocorre a articulação entre as políticas que compõem a seguridade social brasileira, a partir do contato com a realidade local do município de Florianópolis e a perspectiva de assistentes sociais que atuam em serviços/equipamentos das políticas de Saúde, Assistência e Previdência Social.

Para alcançar os objetivos, foi necessário efetivar um breve estudo do referencial teórico e normativo com vistas à melhor compreensão e apropriação da realidade a ser analisada. Para tal fim, resgatamos o percurso histórico da Seguridade Social, perante a Constituição de 1988 — conhecida como Constituição Cidadã. A CF/88 instaurou suas principais inovações com a definição de seguridade social como conceito organizador da proteção social brasileira, ampliou os direitos a coberturas previdenciárias, e as políticas sociais deixaram de ser a satisfação das necessidades básicas e passaram a ser garantia de direitos sociais. Sinalizamos as barreiras que a seguridade social enfrenta a partir dos anos 1990 e como essa noção de seguridade de sistema integrado vai se afastando do cotidiano das políticas, à medida que avança o ajuste estrutural do Estado brasileiro. Em 1990, com a chegada do neoliberalismo, deu-se início a um movimento de reestruturação do Estado, o qual trouxe muitas perdas para a classe trabalhadora.

Na pesquisa exploratória de caráter qualitativo, efetuou-se entrevista com três assistentes sociais para responder ao problema de pesquisa proposto: “Como ocorre a intersectorialidade entre as políticas que compõem a Seguridade Social?” Observou-se então que a articulação entre as políticas públicas se torna necessária para possibilitar o enfrentamento dos problemas sociais, suas particularidades e complexidade

Com isso, compreendemos que a demanda que o usuário apresenta no momento não pode ser limitada somente a uma política, mas, sim, à integração de diversas políticas sociais. Assim, a ação intersectorial permitirá identificar soluções possibilitando ao usuário um atendimento integral de qualidade.

A pesquisa permitiu observar que a articulação entre os serviços acontece por iniciativa dos profissionais e por eles entenderem a importância dessa interlocução entre as políticas no atendimento das necessidades do público-alvo, uma vez

que, em nível de gestão, essas políticas funcionam de modo segmentado e não existe um plano de ação conjunto. A intersetorialidade, assumida como princípio e estratégia de gestão, favoreceria o trabalho articulado e a criação de espaços de planejamento para debate de situações pontuais e de cunho mais amplo.

Nas formas de comunicação entre a Saúde, Assistência Social e Previdência, o contato presencial entre profissionais esbarra na falta de tempo. As formas de comunicação mais utilizadas entre as políticas públicas são e-mail e telefone. Identificamos como um dos limites da intersetorialidade a ausência de planejamentos partindo da gestão de cada política e nas demandas institucionais que destinem tempo e construam espaços de articulação.

Por outro lado, o assistente social, no atendimento da demanda do usuário, necessita ter compreensão das condições do usuário e ter conhecimento das possibilidades de atendimento da rede de serviços e, com isso, exigir pensar nas necessidades do usuário na sua totalidade. Nos relatos apresentados pelas profissionais, ficou evidente que a profissional da Saúde tem mais contato com a Assistência Social. A profissional da Assistência tem mais contato com a Previdência Social e a profissional da Previdência tem mais contato com a Assistência, o que demonstra o compromisso e o entendimento das profissionais sobre a importância do trabalho intersetorial.

Ao final da entrevista, solicitamos aos profissionais que nos relatassem possíveis experiências de articulação com outras políticas públicas, momento em que relataram atendimentos que realmente foram efetivados por meio da articulação entre as políticas públicas que compõem a seguridade social. Os relatos das assistentes sociais demonstraram a efetividade das demandas com a articulação setorial.

Assim compreendemos a intersetorialidade, entendida como articulação entre setores, serviços e políticas públicas, com vistas a facilitar o atendimento à população, a busca de soluções para suas demandas, e o enfrentamento dos problemas sociais. É estratégia imprescindível. No decorrer do trabalho, citamos também a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade, para uma breve compreensão da diferença desses três modos de trabalho.

Dada a importância do assunto, torna-se necessário que a gestão invista mais na articulação com as políticas públicas, que viabilizem condições para que os

profissionais possam colocar em prática essa articulação, com isso, possibilitem ações mais efetivas na garantia dos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

BIDARRA, Zelimar Soares. Pactuar a intersetorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos. **Serv, Soc. Soc.**, São Paulo, n. 99, p. 483–497, jul./set. 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. A Política de Seguridade Social no Brasil. In: CFESS; ABEPSS (org.). **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. 1. ed. Brasília: CFESS, 2009, v. 1, p. 323–340.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicologia & Sociedade**, v.15, n.1, Belo Horizonte, jan./jun. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011a. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4)

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 8 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998**. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc20.htm>. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 40, de 29 de maio de 2003**. Altera o inciso V do art. 163 e o art. 192 da Constituição Federal, e o caput do art. 52 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. 2003a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc40.htm>. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003**. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. 2003b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc41.htm>. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm>. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social** — PNAS/2004; Norma Operacional Básica — NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRONZO, Carla; VEIGA, Laura de. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 28, n. 92, p. 5–21, nov., 2007.

CARVALHO, Fabiana Aparecida de. A intervenção do serviço social e a interdisciplinaridade no Tribunal de Justiça de São Paulo. In: SÁ, Jeanete Liasch Martins de (org.). **Serviço Social e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2019.

CUSTODIO, André Viana; SILVA, Cícero Ricardo Cavalcante da. A intersectorialidade nas políticas sociais públicas. **Unisc.com**, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/viewFile/14264/2708>>. Acesso em: 17 set. 2019.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n. 4, p. 1–13, Sem II, 2008. ISSN 1980-7031.

JESUS, Edivane de. **O Estado a serviço do capital**: adoecimento no trabalho, agroindústria e previdência social no Brasil. 2018. 339 p. Tese (Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social) — Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Florianópolis, 2018.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.25–36, jan./abr., 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Katalysis**, v. 5, n. 1, jan./jun., 2002. Florianópolis, p. 51–58.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Rev. Katalysis [online]**, 2011, v. 14, n. 1, p. 41–49. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802011000100005>>. Acesso em: dez. 2019.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 101, p. 95–120, jan. 2010.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e pesquisa. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

SENNA, Mônica de Castro Maia; GARCIA, Danielle do Valle. Políticas Sociais e Intersetorialidade: elementos para debate. **O social em Questão**, 2014. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.pucrio.br/media/OSQ_32_SL3_Senna_Gracia_WEB.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

SEVERINO, Antônio Joaquim. A exigência da interdisciplinaridade na construção do conhecimento e na prática social. In: SÁ, Jeanete Liasch Martins de (org.). **Serviço Social e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2019.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. Contrarreforma da previdência sob o Social sob o comando do capital financeiro. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 131, jan./abr., 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.134>>. Acesso em: dez. 2019.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência Social no Brasil: desestruturação do trabalho e condições para sua universalização**. São Paulo: Cortez, 2012.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito de Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009.

SPOSATI, Aldaíza. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 85, p. 133–141, mar. 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, n. 54. São Paulo: Cortez, 1996.

APÊNDICE A— PERGUNTAS PARA A ENTREVISTA

1 - IDENTIFICAÇÃO

- Política/setor em que trabalha.
- Qual é o público-alvo do seu serviço?
- Que atividades desenvolve no seu cotidiano profissional? (Descrever elementos do processo de trabalho.)

2 - ARTICULAÇÃO COM A REDE/INTERSETORIALIDADE

- O seu trabalho demanda contatos/articulação com outros setores, serviços e políticas públicas? Se sim, descreva como se dá essa articulação. De que modo (telefone, reunião, contato presencial, e-mail)?
- Com qual política entre as que compõem a seguridade social (Saúde, Assistência e Previdência) você costuma ter mais contato?
- Em nível de gestão (Ministérios/Secretarias em Brasília, do estado e do município), você tem conhecimento se existe um planejamento para que esse trabalho articulado entre Saúde, Previdência e Assistência Social, ocorra? Sabe informar algo sobre isso? No seu entendimento, isso deveria existir? Comente.
- Em nível local, no cotidiano do seu espaço de trabalho, você encontra dificuldade nesse contato com as demais políticas/serviços? Que dificuldades seriam essas?
- Na sua opinião, a intersectorialidade, entendida como ações setoriais que se desenvolvem entre um e mais setores, pode contribuir para o atendimento das necessidades do público-alvo de seu serviço? De que forma?
- No seu entendimento, o que poderia ser feito para melhorar o diálogo e a interlocução entre Saúde, Previdência e Assistência Social?
- Você tem alguma experiência interessante de trabalho articulado entre políticas de seguridade no atendimento de uma situação ou elaboração/execução de um projeto?

APÊNDICE B — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)
CENTRO SOCIOECONÔMICO (CSE)
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL (DSS)
*GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL***

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**A intersectorialidade nas políticas que compõem a Seguridade Social**”, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica Mariane Dutra de Souto, sob orientação da Profa. Dra. Edivane de Jesus, vinculada à Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Tal pesquisa possui como objetivo “**Analisar como ocorre a articulação entre as políticas que compõem a seguridade social brasileira**”.

A pesquisa de campo contará com a realização de entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais que atuam nas políticas que compõem a seguridade social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social) em Florianópolis. Elas serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, com vistas a facilitar a análise dos dados coletados.

Você possui a inteira liberdade para responder ao que desejar e da forma que julgar mais conveniente. A entrevista não tem como propósito avaliar e/ou julgar seus conhecimentos, mas conhecer a sua opinião acerca do objeto deste estudo.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os resultados serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os sujeitos participantes do estudo. Outros sujeitos, por acaso referidos durante a entrevista, também terão suas identidades mantidas em sigilo.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e sua devolutiva será realizada pela socialização dos resultados por meio da publicação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), bem como pelo fortalecimento de tal discussão no meio acadêmico e na sociedade em geral.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder a qualquer pergunta, desistir de participar ou retirar seu consentimento da pesquisa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de ensino.

Você receberá uma via deste termo, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele tanto no momento da sua assinatura como em qualquer outro.

Contatos da Professora Orientadora Edivane de Jesus: Rua General Estilac Leal, Nº 129, Apartamento 305-E, Bairro Coqueiros, Florianópolis (SC); (48) 99130-8775 <edivanejesus@hotmail.com>.

Contatos da acadêmica Mariane Dutra de Souto: Servidão Arminda Pedra de Souza, Nº 45, Casa, Bairro Ponta das Canas – Florianópolis (SC); (48) 98428-4006 <mariane.souto@hotmail.com>.

Florianópolis (SC), _____ de _____ de 2019.

Nome da acadêmica entrevistadora: Mariane Dutra de Souto

Assinatura: _____

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

_____, _____ de _____ de 2019.

Nome completo: _____

Nº documento de identidade: _____

Assinatura: _____