

SUS E SUAS PRINCÍPIOS DA INTERSETORIALIDADE DO CUIDADO

Renice Madelaine de Andrade

<https://orcid.org/0000-0002-4031-654X>

Universidade Federal do Pampa, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, mestranda, São Borja/RS - Brasil
reniceandrades.aluno@unipampa.edu.br

Solange Emilene Berwig

<https://orcid.org/0000-0002-6964-044X>

Universidade Federal do Pampa, Curso de Serviço Social e Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, São Borja/RS - Brasil
solangeberwig@unipampa.edu.br

Recebido em: 27 de abril de 2023

Aceito em: 06 de junho de 2023

Resumo: Este artigo resulta de uma pesquisa qualitativa descritiva, com ênfase em pesquisa bibliográfica e documental, buscando refletir sobre a interação entre o SUS e o SUAS, buscando a garantir da proteção social por meio do princípio da intersectorialidade. Reflete sobre o SUS, o SUAS e a intersectorialidade entre ambas as políticas públicas buscando conhecer os desafios que isso traz tanto para gestores quanto para executores das políticas. A intersectorialidade pode ser vista como o mais amplo dos mecanismos de ação das políticas públicas de saúde e de assistência social, sendo também o mais racional e completo. Considera-se que ela é concebida como uma articulação de saberes e experiências que tem o intuito de alcançar um melhor nível de desenvolvimento social.

Palavras-chave: Política pública; Intersectorialidade; SUS; SUAS.

SUS AND SUAS PRINCIPLES OF INTERSECTORAL CARE

Abstract: This article is the result of a descriptive qualitative research, with an emphasis on bibliographical and documental research, seeking to reflect on the interaction between SUS and SUAS, seeking to guarantee social protection through the principle of intersectoriality. It reflects on the SUS, SUAS and the intersectoriality between both public policies, seeking to understand the challenges that this brings for both managers and policy executors. Intersectoriality can be seen as the broadest of the action mechanisms of public health and social assistance policies, as well as being the most rational and complete. It is considered that it is conceived as an articulation of knowledge and experiences that aims to achieve a better level of social development.

Keywords: Public policy; Intersectoriality; SUS; SUAS.

INTRODUÇÃO

O presente artigo objetiva refletir sobre a interação entre os sistemas de saúde e assistência social com vistas a garantia da proteção social através do princípio da intersectorialidade. Será realizado um breve recorte acerca de cada sistema, saúde e

assistência social, para uma reflexão baseada na intersetorialidade de ambas as políticas no que se refere às mudanças pós Constituição de 1988. Com uma abordagem de pesquisa qualitativa descritiva, busca realizar uma análise do estado da arte acerca do tema em pauta, sendo possível construir um artigo que traga para o cenário de discussão algum esclarecimento, assim como enriquecimento do conhecimento quanto à importância da intersetorialidade do cuidado.

Para essa construção, inicia-se por uma breve reflexão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), após uma reflexão sobre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para então, ser possível analisar a intersetorialidade enquanto desafio para a efetividade de ambas as políticas públicas.

O Sistema Único de Saúde (SUS)

O marco regulatório do campo da proteção social brasileira é a Constituição Federal promulgada em 1988, a partir desse documento fica instituído como sistema de seguridade social no país as políticas de saúde, assistência social e previdência social – chamado tripé da seguridade social.

Ainda que a Constituição Federal de 1988 tenha de forma importante instituído um sistema para garantias da proteção social, as políticas precisam de legislação para ser implantadas e regulamentadas. A política de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovada pela Lei Federal nº 8.080 no ano de 1990, dois anos após incorporação na CF. O SUS oferece, desde então, a todos os cidadãos brasileiros o acesso integral, universal e gratuito à serviços de saúde (BOBBIO, 2004).

O SUS é considerado por estudiosos e gestores de diferentes países, como o maior e melhor sistema de saúde público do mundo, beneficiando cerca de 180 milhões de pessoas e realizando, por ano, aproximadamente 2,8 bilhões de atendimentos. Essa consideração se deve essencialmente pela cobertura do sistema e pelo seu caráter de acesso universal, além de seu desenho de gestão organizado em níveis de proteção cofinanciadas pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Tais atendimentos vão de procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade como transplante de órgãos (CAMARGO JR, 2005).

Ainda, em paralelo a realização de atendimentos, o SUS ainda promove campanhas de vacinação e ações de prevenção de vigilância sanitária e promoção de qualidade de vida. O SUS trouxe a democratização da saúde para o Brasil, considerando que antes, apenas uma parcela da população conseguia acessar serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Para uma melhor compreensão, é necessário refletir sobre os princípios de diretrizes do SUS, que constituem as bases para o funcionamento e para a organização do sistema de saúde em o todo o país, definindo critérios e categorias de atendimento. Inicia-se a reflexão por meio dos princípios do SUS, que são a Universalidade, a Equidade e a Integralidade.

Na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, está descrito o princípio da universalidade no artigo 196, “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). O princípio da universalidade diz que a saúde é um direito de todos sem necessitar qualquer tipo de pagamento ou contrapartida por isso. É universal, todos tem o mesmo direito aos mesmos acessos sem nenhum (CAMARGO JR, 2005).

Já o princípio da equidade é considerado o fruto de um dos maiores problemas históricos do Brasil, as iniquidades sociais e econômicas. Tais iniquidades levam a desigualdade no acesso na gestão e na produção de serviços de saúde. Esse princípio implica diretamente na noção de igualdade, mas diz respeito a tratar de forma desigual o desigual. Atenta para as necessidades coletivas e individuais, buscando investir na iniquidade (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Por último o princípio da integralidade, que em um sentido histórico tenta desconstruir a contraposição da dicotomia da gestão e da prevenção da assistência médica no país. Epistemologicamente, esse princípio busca a concepção de saúde na organização de uma prática de saúde integral, possuindo pautas de atenção integral em todos os sentidos. Por fim, no sentido de relações de trabalho, educação e saúde na forma da gestão do trabalho em saúde (BOBBIO, 2004).

Quanto às diretrizes, essas são apontadas a partir da análise da legislação que tematiza a organização e o funcionamento do SUS. São identificadas a

descentralização, a regionalização e hierarquização e a participação da comunidade (CARVALHO, 2015).

A descentralização, também indicada como comando único, é a redistribuição do poder e responsabilidade para os três níveis de governo. Objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos de cada comunidade que recebe os serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

A regionalização e hierarquização se referem aos níveis crescentes nos quais os serviços devem e estão organizados. São níveis de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir dos critérios epidemiológicos e definidos a partir do conhecimento acerca da população atendida na região. A regionalização é processo de articulação entre os serviços já existentes, a hierarquização cuida dos níveis de atenção, garantindo as formas de atendimento em conformidade com a complexidade da demanda (CAMARGO JR, 2005).

Por fim, a participação popular, onde a sociedade deve participar das decisões no cotidiano do sistema. Funciona por meio da criação dos conselhos e das conferências de saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (CARVALHO, 2015).

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

Da mesma forma que para a política de saúde, a assistência social também tem na Constituição Federal de 1988 seu marco como política da seguridade social. Com a incorporação da assistência na CF de 1988 esta passou a ter status de direito do cidadão e responsabilidade do Estado em relação à provisão dos serviços e benefícios – caso semelhante ao SUS. Somente cinco anos depois – em 1995 -, é que foi aprovada e sancionada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que regulamenta a assistência como política pública, com importante avanço de caráter não contributivo prestada para quem dela necessitar (CAVALCANTE; RIBEIRO, 2012).

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) teve sua regulamentação no ano de 1993, trazendo para o Estado a responsabilidade de regular e prover ofertas

assistenciais a toda a população brasileira. Diferentemente do SUS que é implementado juntamente com a aprovação da lei 8.080 (1990), a LOAS vai sofrer alterações até se constituir no ano de 2004 na Política Nacional de Assistência Social e em seguida - em 2005 -, é aprovado o projeto para implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). São muitos anos de luta e tensionamentos para consolidação de uma política que foi aprovada pela Constituição Federal brasileira (JACCOUD et. al., 2018).

Conforme os estudos de Pereira (2007) a consolidação da política nacional sob o domínio do poder público foi ampliada a partir de 2003 com os avanços na agenda das políticas públicas. Ocorreu um significativo avanço e fortalecimento do estado brasileiro em sua função protetiva com as mudanças de governo ocorridas na época, e se observou uma importante transformação no processo de implementação das políticas de assistência social.

Com uma agenda princípios ordenamento político favorável à implementação em escala nacional de benefícios e serviços públicos que buscassem garantir dignidade à população, é aprovado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (JACCOUD et. al., 2018).

A definição de papéis e responsabilidades dos entes federados ganhou corpo na agenda, assim como a pauta de articulação e coordenação intergovernamental. A gestão compartilhada foi adotada como referência para a organização das ofertas, materializada com a estruturação de um “sistema único”, agregando as três esferas de governo (COUTO et. al. 2014, p. 15).

O compartilhamento de decisões e a criação de ferramentas viáveis para a regulação dos espaços de pactuação intergovernamentais tiveram sua valorização como estratégias que promovem uma coordenação mais efetiva. Além disso, também promovem incentivos e cooperação para impulsionar as decisões e o cumprimento dos objetivos da política pública em si (CAVALCANTE; RIBEIRO, 2012).

Conforme Quinonero et. al. (2013, p. 50) “num Estado democrático de direitos, têm-se os princípios como uma aproximação entre o direito e a ética, no caso, ética pública na política social”. Dessa forma, constou no artigo 204 da CF das 1988 às duas diretrizes da política de assistência social, que estão relacionadas à descentralização político-administrativa e à participação popular.

Já no artigo 203 estão apresentados os objetivos antecidos pela ementa a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social (BRASIL, 1988). Assim, o texto afirma que os serviços são gratuitos a todos aqueles que necessitarem dos mesmos. Quanto aos princípios do SUAS, estes são apresentados no artigo 4º da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e foram reafirmados pela Política Nacional da Assistência Social (PNAS), e a seguir, um quadro retirado do estudo de Quinonero et. al. (2013) colabora para o entendimento das duas versões da política.

É possível perceber que nas normativas o termo assistencial vem sendo substituído pelo termo socioassistencial, com o objetivo de identificar o campo assistencial dessa política de proteção. Busca ainda desvincular do significado assistencialista (COUTO et. al., 2014).

Quadro 01 – Princípios da política de Assistência Social.

LOAS/1993	PNAS/2004
I - Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;	I - Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica.
II - Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;	II - Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
III - Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;	III - Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
IV - Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;	IV - Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
V - Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos	V - Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos

oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão	oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.
--	---

Fonte: Quinonero, et. al. (2013. p. 47 e 48).

Portanto, é importante elencar os princípios e diretrizes do SUAS junto aos princípios e diretrizes do SUS para compor o recorte proposto neste estudo. A seguir, no quadro 2, estão elencadas ambas as informações pertinentes à discussão aqui proposta.

Quadro 2 – Apresentação dos princípios e diretrizes do SUS e SUAS.

	Princípios	Diretrizes
SUS	Universalização Eqüidade Integralidade	Descentralização; Regionalização e hierarquização; Participação da comunidade.
SUAS	universalidade, gratuidade, integralidade, intersetorialidade equidade.	Aprimorar e qualificar o SUAS , visando adequar às realidades locais e regionais. Fortalecer e incrementar a intersetorialidade, como estratégia de gestão, visando garantir a proteção integral à família e indivíduos. Consolidar e fortalecer a gestão democrática e participativa na Assistência Social.

Fonte: Organizado pelas autoras (2022).

O desafio da Intersetorialidade: relação entre SUS e SUAS

Como sinalizado inicialmente, a proteção social é constituída pelo tripé da seguridade no Brasil, contudo, este estudo está focado nas políticas de saúde e assistência pelos seus modelos de sistema único. Observamos no contexto da política de assistência um princípio que destacamos dos demais pela sua intencionalidade de fortalecimento da proteção social.

Para materialização da proteção social é preciso um conjunto de direitos que sejam legalmente instituídas, nesse sentido, as políticas de saúde e de assistência não dão conta sozinha por tal garantia, já que proteger uma sociedade requer fortes políticas de habitação, geração de trabalho e renda, política econômica fortalecidas. Mas chamamos a atenção para a intersetorialidade e sua capacidade de articular a partir da atuação da assistência social um conjunto de políticas e ações no campo da proteção.

O enfoque do debate acerca dos dois sistemas se dá pela intencionalidade das autoras de demonstrar a importância deste princípio como elo articulador entre saúde e assistência para fins de fortalecimento da atenção em saúde e de acesso à assistência social. É mister que efetivar tal princípio é um grande desafio, considerando que a intersetorialidade é um tema bastante presente no campo das políticas sociais.

Conforme Rodrigues (2011 *apud* RAICHELIS, 2000) a intersetorialidade configura uma abordagem ampla para a problemática social no seu caráter complexo e multidimensional. Com isso, pode ser vista como uma articulação de saberes e experiências para o planejamento, implementação e avaliação das políticas públicas. Pode ainda, segundo a autora, significar uma ação que está para além do “ato de articular-se ou comunicar-se entre os diversos setores sociais, constituindo-se, também, ação integradora”, considerando que a problemática da exclusão social exige que diversos conjuntos atuem entre si e consigo para o enfrentamento das multifaces da questão social.

Apesar das dificuldades em tornar a intersetorialidade como prática cotidiana, a articulação intersetorial tem sido uma das estratégias mais utilizadas no processo de viabilização de direitos dos usuários das políticas públicas. Nessa perspectiva, a opção pelo processo de intersetorialidade remete à noção de que as políticas públicas não podem desenvolver-se de forma desarticulada, sobretudo, quando se trata de políticas voltadas para o combate à pobreza e à exclusão social (RODRIGUES, 2011, p. 3).

Faria (2011) observa que a articulação por meio de ações intersetoriais, configura uma forma de promover benefícios e serviços de saúde e assistência social em resposta às necessidades identificadas pelo Estado. Entretanto, vem ao encontro, também, de um mecanismo de regulação que demarca o padrão de cidadania existente no Brasil.

Ressalta-se que a implantação de ambos os sistemas, SUS e SUAS, possibilitou a articulação de responsabilidades, hierarquias e vínculos que trouxeram grandes mudanças no atendimento às demandas da população. A intersetorialidade entre as políticas públicas de assistência social e saúde evidenciou as dificuldades inerentes à produção da cooperação desejada no momento de elaborar tais políticas (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

As dificuldades podem se traduzir em barreiras organizacionais, técnicas ou legais, além de ordem política. São diversos os campos observados que trazem algum tipo de empecilho para a política fluir como foi planejada. São números, diversidade, interesses, expertise, visão específica dos problemas, falta de recursos e capacitação, dentre outros. É preciso promover a articulação de cada serviço como uma rede complexa que é composta pela totalidade de outros serviços de políticas diversas (RODRIGUES, 2011).

Os autores concordam que as políticas de saúde e assistência social conquistaram inúmeros avanços desde a promulgação da CF de 1988, entretanto, observa-se que ainda estão permeadas em ações fragmentadas e políticas específicas frágeis que acabam por prejudicar a consolidação da intersetorialidade. Dessa forma, se faz necessário ainda um caminho longo para que isso realmente ocorra de forma adequada e efetiva, que garanta ganhos a todos os atores envolvidos.

CONCLUSÃO

O presente artigo apresentou uma reflexão acerca da interação entre os sistemas de saúde e assistência social com vistas a garantia da proteção social através do princípio da intersetorialidade. O que se constatou é que a intersetorialidade pode ser vista como o mais amplo dos mecanismos de ação das políticas públicas de saúde e de assistência social, sendo também o mais racional e completo (FARIA, 2011).

Observa-se que a intersetorialidade é concebida como uma articulação de saberes e experiências que tem o intuito de alcançar um melhor nível de desenvolvimento social, tanto quando se refere à escassez de recursos, quanto ao contexto da natureza ético-cultural, que compreende o sentido da democratização do Estado.

Foi possível observar que a intersetorialidade tem sua atuação na perspectiva de compartilhamento de responsabilidades e na organização de atribuições necessárias à gestão, enquanto importante ferramenta no processo de materialização dos direitos fundamentais inscritos na Constituição Federal de 1988.

Por se tratar de um conceito ainda sem consenso teórico, que está em desenvolvimento, estimula, por meio de sua característica de estado em construção, mais estudos acerca dos limites, desafios e potencialidades para a efetivação das políticas de saúde e assistência social.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, N. MATTEUCCI, N, PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília. Editora UNB, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde † demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Constituição Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS, Cepesc, Abrasco, 2005.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**. E-Pub. V. 27 nº 78. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002> > Acesso em: 12 jan. 2022.

CAVALCANTE, P. RIBEIRO, B. B. O Sistema Único de Assistência Social: resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro. V46, nº 6. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122012000600003&lng=pt&tlng=pt.> Acesso em: 22 out. 2022.

COUTO, B. R. RAICHELIS, R. YASBEK, M. C. A Política Nacional de Assistência Social e o SUAS: aprenhando e problematizando fudamentos e conceitos. In: COUTO, B. R. et. Al (Orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. 4ª edição São Paulo: Cortez, 2014.

FARIA, C.A.P. Os desafios da intersetorialidade na produção de políticas. In: Mourão MA, Passos ADB, Faria CAP, organizadores. **O Programa BH Cidadania: teoria e prática da intersetorialidade**. Belo Horizonte: Únika; 2011.

JACCOUD, L. LICIO, E. C. LEANDRO, J. G. Implementação e coordenação de políticas públicas em âmbito federativo: o caso da Política Nacional de Assistência Social. In: XIMENES, D. de A. (Org.) **Implementação de políticas públicas: questão sistêmicas federativas e intersetoriais**. Brasília: Enap, 218.

PEREIRA, P.A.P. A Assistência Social prevista na constituição de 1988 e a operacionalização pela PNAS e pelo SUAS. *Revista: Ser Social*, 20. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/6982> Acesso em 22. out. 2022.

QUINONERO, C. G. ISHIKAWA, C. T. NASCIMENTO, R. C. J. MANTOVAN, R. A. Princípios e diretrizes da Assistência Social: da LOAS à NOB SUAS. O social em questão. Ano XVII, nº 30. Disponível em: <
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjgsuurxK71AhXDFbkGHf-wB3QQFnoECAIQAQ&url=http%3A%2F%2Fosocialemquestao.ser.puc-rio.br%2Fmedia%2FOSQ_30_Quinonero_3.pdf&usg=AOvVaw0AAcm2O7Bqe79SOHrbqyv7> Acesso em 10 jan. 2022.

RODRIGUES, J. M. S. A intersetorialidade entre as políticas pública de saúde e assistência social pós Constituição Federal de 1988. **Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital.** Universidade Federal do Maranhão, Disponível em: <
http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_INTE_RSETORIALIDADE_ENTRE_AS_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE.pdf> Acesso em 24 jan. 2022.

VASCONCELOS, C.M. ASCHE, D.F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (org.) **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo, Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

Renice Madelaine de Andrades

Cirurgiã Dentista, mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Pampa – PPGPP Unipampa. Campus São Borja. Pós-graduada pela UNISINOS (2012). Membro do Grupo de pesquisa – Trabalho, Formação Profissional em Serviço Social e Política Social na América Latina – GTFOPPS.

Solange Emilene Berwig

Graduada em Serviço Social pela Universidade Luterana do Brasil - ULBRA (2010), Especialista em Políticas e Intervenção em Violência Intrafamiliar pela Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA (2013), Mestre e Doutora em Serviço Social e Política Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul PUC/RS. Doutorado Sanduíche pela Universidad de Ciencias Sociales Y Artes (UARCYS) Chile. Professora adjunta do curso de Serviço Social na Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA (desde 2014), Coordenadora do Curso de Serviço Social (2023 - 2025). Professora colaboradora do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas na Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA (desde 2020). Vice-líder do grupo de pesquisa Trabalho, Formação Profissional em Serviço Social e Política Social na América Latina. Membro do GT Seguridad Social y Sistema de Pensiones CLACSO.