



11º Encontro Internacional de Política Social 18º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Entre o capital e a vida: questão social,
crise ambiental e resistências

Vitória, ES, Brasil, 18 a 20 de agosto de 2026

Eixo: Política Social: fundamentos histórico-teóricos, análise, avaliação e financiamento

Intersetorialidade sob restrição: o desfinanciamento das políticas sociais

Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni¹

Janise Braga Barros Ferreira²

Resumo: O presente artigo tem como objetivo refletir sobre a intersectorialidade entre as políticas de saúde e assistência social em uma região administrativa do interior do estado de São Paulo, composta por 22 municípios. Adotou abordagem de natureza qualitativa fundamentada no materialismo histórico-dialético, configurando-se como um estudo bibliográfico e documental, utilizando como fontes legislações, portarias e as informações registradas pelos municípios no sistema PMASWEB da Diretoria Regional de Assistência e Desenvolvimento Social (DRADS) da região pesquisada. Evidencia-se que, embora a legislação brasileira fundamente essa integração, desafios como o avanço do neoliberalismo e o subfinanciamento das políticas sociais dificultam a execução prática dessas diretrizes.

Palavras-chave: intersectorialidade; políticas sociais; SUS; SUAS; neoliberalismo; financiamento público.

Intersectorality under restriction: the defunding of social

Abstract: This article aims to reflect on the intersectorality between health and social assistance policies in an administrative region in the interior of the state of São Paulo, composed of 22 municipalities. It adopted a qualitative approach grounded in historical-dialectical materialism, configuring itself as a bibliographic and documentary study, using as sources legislation, ordinances, and information registered by the municipalities in the PMASWEB system of the Regional Directorate of Social Assistance and Development (DRADS) of the researched region. It is evident that, although Brazilian legislation supports this integration, challenges such as the advance of neoliberalism and the underfunding of social policies hinder the practical implementation of these guidelines.

Keywords: intersectorality; social policies; SUS (Unified Health System); SUAS (Unified Social Assistance System); neoliberalism; public funding.

Introdução

A intersectorialidade é compreendida como uma estratégia de gestão importante para trabalhar nas políticas sociais nas diversas manifestações da questão social que, por sua complexidade, não podem ser resolvidas por uma única área isolada do governo. Ela visa a "construção de interfaces entre setores e instituições governamentais e não governamentais, visando o enfrentamento de problemas sociais

¹ Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Unesp Franca. Email: andeia.liporoni@unesp.br.

² Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) USP. Email: janise@fmrp.usp.br.

complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública” (Monnerat; Souza, 2014, p. 42).

Conforme Veiga e Bronzo (2014), a intersectorialidade vai além da simples articulação pontual; ela requer uma integração contínua com a construção coletiva do planejamento de ações e o compartilhamento de saberes e poderes entre os setores.

Atualmente, as políticas sociais no Brasil — especificamente a Saúde (PS) e a Assistência Social (PAS) — vivenciam um cenário de profundas contradições e tensões, marcado por um distanciamento entre os direitos garantidos na legislação e a realidade de sua implementação prática. A relação entre as contradições das políticas sociais brasileiras e a intersectorialidade reside no fato de que, embora a legislação a preveja como a estratégia ideal para garantir a proteção integral, os mecanismos de austeridade fiscal e a orientação neoliberal impõem limites que a reduzem, na prática, a ações fragmentadas e burocráticas.

O neoliberalismo afeta o financiamento das políticas sociais ao introduzir uma lógica de redução do papel do Estado e austeridade fiscal, o que resulta em uma constante insuficiência de recursos para as políticas sociais, e em especial, a saúde e a assistência social, foco desta discussão.

Albino (2023) sustenta que o neoliberalismo, baseado em pilares como a privatização de serviços, a abertura comercial, a estabilidade econômica e a redução do papel do Estado — possui uma lógica antagônica ao modelo de política social aprovado pela Constituição Federal de 1988. Esse cenário, iniciado na década de 1990, trouxe contradições significativas para a implementação da Seguridade Social, resultando em políticas sociais mais focalizadas na pobreza e extrema pobreza (Boschetti, 2016).

É possível identificar alguns mecanismos utilizados como estratégia de desfinanciamento das políticas sociais, dentre os quais se destacam: a Desvinculação das Receitas da União (DRU), que permite a realocação de até 30% das receitas da Seguridade Social para outros fins, desviando recursos que deveriam ser destinados exclusivamente às políticas sociais; a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que estabelece limites aos gastos com pessoal, resultando na contratação insuficiente de profissionais para as áreas sociais; a Emenda Constitucional nº 95/2016 (Teto dos Gastos), que congelou por 20 anos os investimentos em saúde, assistência social e educação, posteriormente substituída pelo Regime Fiscal Sustentável (Lei

Complementar nº 200/2023), o qual mantém a lógica de restrição ao vincular o crescimento dos investimentos sociais à arrecadação; e, por fim, os processos de privatização e refilantropização, nos quais a insuficiência de recursos públicos favoreceu a expansão das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e a transferência de serviços da assistência social para organizações da sociedade civil (OSCIPs).

Como consequência direta dessas restrições orçamentárias, observa-se uma infraestrutura limitada, equipes multidisciplinares reduzidas e uma restrição na abrangência das ações intersetoriais, dificultando o atendimento integral das necessidades básicas dos cidadãos.

1. A intersetorialidade conforme a legislação brasileira

A legislação brasileira e as normativas das políticas sociais preveem a intersetorialidade como uma estratégia de gestão fundamental para garantir a proteção social integral e a efetivação dos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988. O arcabouço legal estabelece diretrizes que exigem a integração entre diferentes áreas para o enfrentamento de problemas complexos.

A Constituição Federal de 1988 define a saúde como direito universal e a assistência social como direito de quem dela necessitar, estabelecendo as bases para a integração da Seguridade Social. A Lei Orgânica da Saúde (LOS n. 8.080/1990), no artigo 12, prevê a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde para articular políticas e programas entre diferentes setores. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS n. 8.742/1993), nos artigos 2 e 6, determina que a assistência social deve ser integrada às políticas setoriais (saúde, educação, habitação) para assegurar o atendimento integral às necessidades da população vulnerável.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determina no artigo 13 (§ 2) que os serviços de saúde e assistência social deem prioridade máxima a crianças com suspeita de violência, formulando intervenção em rede. A Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006) no artigo 9 estabelece que a assistência à mulher em situação de violência doméstica deve ser prestada de forma articulada entre o SUS, o Sistema de Segurança Pública e a Assistência Social. O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n. 10.741/2003) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015) também reforçam a necessidade de atuação coordenada entre saúde, assistência, educação e segurança pública.

Além das leis mencionadas é possível citar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB - Portaria n. 2.436/2017) que determina os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) como promotor de ações intersetoriais no território, incluindo discussões de casos e parcerias para uma visão ampliada da saúde. A Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC - Portaria n. 1.130/2015) traz a intersetorialidade como diretriz (Art. 5) e reforça a prioridade em ações conjuntas para a prevenção de acidentes e violências. A Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria n. 1.526/2023) destaca as redes de cuidado integrando saúde, educação e assistência social para promover acessibilidade e inclusão.

O Programa de Transferência de Renda Programa Bolsa Família (PBF) determina a articulação intersetorial obrigatória entre saúde, assistência e educação para o acompanhamento das condicionalidades, como vacinação e frequência escolar. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) na Escola exige ações intersetoriais para garantir o acesso e a permanência de crianças e adolescentes com deficiência beneficiários do BPC no sistema educacional.

Diante deste arcabouço legal robusto, observa-se que a intersetorialidade não se configura como uma opção mas como um princípio estruturante das políticas sociais para a proteção integral, ao determinar a necessidade de articulação entre saúde, assistência social, educação e demais políticas públicas,

No entanto, a pesquisa revela que há um distanciamento entre o reconhecimento legal e o que se materializa no cotidiano dos serviços, causado por fatores como a fragmentação dos serviços, equipes reduzidas e a insuficiência de financiamento público, revelando limites operacionais, institucionais e estruturais.

A efetivação da intersetorialidade depende não apenas de marcos legais, mas de condições concretas para sua implementação, como financiamento adequado, equipes multiprofissionais suficientes e processos de trabalho integrados. Sem esses elementos, a intersetorialidade tende a se reduzir a práticas pontuais e fragmentadas, comprometendo a integralidade do atendimento e a garantia de direitos. Assim, reafirma-se que a consolidação desse modelo exige o fortalecimento do papel do Estado e o investimento contínuo nas políticas públicas, de modo a superar a distância entre a norma e a prática e assegurar respostas mais efetivas às demandas da população.

2. Os mecanismos de desfinanciamento, impulsionados pela orientação neoliberal e o impacto na Política Social e nas ações intersetoriais

Entre os mecanismos de desfinanciamento analisados, a DRU, a Lei de Responsabilidade Fiscal, a EC 95 substituída pelo novo Arcabouço fiscal, compartilham um fundamento comum: a orientação neoliberal, que busca a redução do papel do Estado e a imposição da austeridade fiscal. Em conjunto, elas criam um cenário de insuficiência estrutural de recursos que afeta a política social ao transformar direitos universais em serviços focalizados e precários, impactando diretamente a viabilidade da intersetorialidade. Apontamos 03 (três) questões de destaque: a afronta à integralidade e aos direitos conquistados, a insuficiência de recursos humanos e a privatização e refilantropização.

Todos eles colocam em xeque o orçamento da Seguridade Social, o que, afronta o direito à saúde pública, universal e de qualidade (Albino, 2023) e o atendimento às necessidades básicas. A intersetorialidade, que deveria ser uma ferramenta para garantir a proteção integral, acaba limitada pela falta de verba para ações que não sejam emergenciais.

A Desvinculação das Receitas da União (DRU) é um mecanismo fiscal que impacta diretamente o financiamento das políticas sociais ao permitir que o Governo Federal utilize parte dos recursos da Seguridade Social para outras finalidades. Atualmente, autoriza a realocação de 30% dessas receitas, destinadas à saúde, à assistência social e à previdência, para outros fins definidos pelo governo. Em vigor desde o período do governo Fernando Henrique Cardoso, esse instrumento tem sido apontado como um fator que fragiliza o orçamento necessário à manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Como consequência, observa-se o desvio de recursos que deveriam ser aplicados exclusivamente nas políticas sociais, contribuindo para um cenário persistente de insuficiência financeira. Esse contexto repercute diretamente na capacidade de implementação das ações intersetoriais, uma vez que a redução de verbas limita a abrangência e a qualidade dos serviços ofertados. Assim, a DRU amplia a distância entre o que é garantido legalmente, a proteção social integral, e o que efetivamente se concretiza nos territórios, sendo caracterizada como uma estratégia que prioriza a austeridade fiscal em detrimento da plena garantia dos direitos sociais previstos na Constituição de 1988.

Em relação à insuficiência de Recursos Humanos, a LRF, ao limitar gastos com pessoal, impede que os municípios mantenham equipes multidisciplinares bem dimensionadas. Como a intersectorialidade exige reuniões de rede e planejamento conjunto, a falta de profissionais faz com que o trabalho se torne meramente burocrático.

A LRF é apresentada como um dos principais mecanismos de controle fiscal, ao impor limites rígidos aos gastos governamentais com pessoal. No contexto das políticas sociais, essa medida tem impacto direto na capacidade de atendimento do Estado. Ao estabelecer um teto para despesas com salários e encargos, a LRF restringe a contratação de profissionais, resultando em equipes reduzidas nas áreas da saúde e da assistência social. Como consequência, observa-se a formação de equipes multidisciplinares insuficientes para responder de forma adequada às demandas da população.

Além disso, essa limitação compromete diretamente a intersectorialidade, uma vez que o trabalho integrado entre políticas públicas exige equipes bem dimensionadas e tempo para planejamento coletivo. Com profissionais sobrecarregados por demandas básicas e burocráticas, a articulação entre setores torna-se fragilizada e o atendimento fragmentado.

Soma-se a isso o processo de precarização, em que a restrição de gastos com pessoal favorece a transferência de serviços para o setor privado ou filantrópico, por meio de OSs (Organizações Sociais) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Isso pulveriza a gestão, dificultando a construção de uma agenda coletiva e compartilhada entre os setores e impulsiona uma gestão fragmentada e a refilantropização.

Na prática, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) afeta a intersectorialidade ao criar um "teto" para gastos com a folha de pagamento. Quando um município atinge esse limite, ele fica impedido de contratar novos profissionais, mesmo que a demanda da população cresça ou que os serviços estejam sobrecarregados. Isso resulta em equipes reduzidas que não conseguem realizar a "construção coletiva" necessária para o trabalho intersectorial. Para entender melhor, podemos observar o exemplo do acompanhamento de crianças e adolescentes vítimas de violência em um dos municípios pesquisados. Na proteção de uma criança vítima de violência, a legislação prevê que a Saúde e a Assistência Social (via CREAS) formulem uma intervenção em rede e, se necessário,

acompanhamento domiciliar conjunto. Isso requer tempo para reuniões de discussão de casos e visitas domiciliares integradas. Equipes insuficientes significam profissionais sobrecarregados com demandas emergenciais e burocráticas. Ou seja, trazem fragmentação aos serviços visto que, ao invés de uma visita conjunta e um planejamento entre o assistente social e equipe de saúde, o profissional faz apenas um encaminhamento formal (um "papel" enviado para o outro setor).

A fragmentação dos serviços ocorre quando o "trabalho em rede" previsto na lei se transforma em ações isoladas, onde cada setor (saúde ou assistência social) opera como um compartimento fechado, sem diálogo ou planejamento comum. A falta de financiamento adequado aprofunda esse problema ao impedir que os municípios estruturem canais de comunicação e fluxos formais de atendimento. Por exemplo: a pesquisa trouxe assuntos como "Encaminhamento sem Acompanhamento" (Falha nos Protocolos) ou seja, a legislação prevê que a intersetorialidade seja uma construção coletiva do planejamento de ações. No entanto, devido à escassez de recursos para estruturar gestões integradas, a realidade de muitos municípios se limita ao envio de documentos formais. Um dos municípios analisados trouxe um exemplo de um assistente social que identifica que uma família em situação de insegurança alimentar precisa de suporte nutricional e envia uma guia de encaminhamento para a unidade de saúde. Devido à falta de fluxos e protocolos formais (apenas 36% dos municípios os possuem), não há uma reunião para discutir o caso ou um sistema compartilhado para saber se a família foi atendida. O serviço é fragmentado porque o "papel" circula, mas o cuidado integral não acontece.

Outra questão apontada é o desconhecimento das regras entre setores (exemplo do BPC). A fragmentação é alimentada pela dificuldade de comunicação e falta de formação continuada, muitas vezes causada pela falta de verba para educação permanente. Por exemplo: um dos municípios analisados traz que para acessar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o cidadão precisa de laudos médicos que comprovem a deficiência. As equipes de saúde, muitas vezes, desconhecem as regras do BPC, emitindo laudos que não atendem aos critérios do INSS ou deixando de orientar o usuário corretamente. Isso cria uma lacuna intersetorial onde a saúde não "conversa" com a lógica da assistência, dificultando o acesso ao direito.

A Emenda Constitucional nº 95/2016 e o Regime Fiscal Sustentável (Lei Complementar nº 200/2023), outra questão importante a ser debatida, são apresentados como marcos recentes de uma política de austeridade que impacta diretamente a sustentabilidade das políticas sociais. A EC nº 95/2016 instituiu o chamado “Teto dos Gastos”, congelando por 20 anos os investimentos federais em áreas essenciais como saúde, assistência social e educação, o que, segundo as fontes analisadas, contribuiu para aprofundar a insuficiência de recursos e tensionar o financiamento da Seguridade Social. Esse cenário compromete a efetivação de direitos previstos na Constituição, ao limitar a capacidade do Estado de responder às demandas sociais de forma universal e integral. Já o novo arcabouço fiscal, embora apresentado como mais flexível, mantém a lógica de restrição ao vincular o crescimento dos gastos sociais à arrecadação, perpetuando um contexto de incerteza e limitação orçamentária.

No plano da intersetorialidade, essas medidas produzem efeitos concretos que dificultam a integração entre as políticas públicas. A restrição financeira resulta em infraestrutura precária e equipes reduzidas, inviabilizando o planejamento conjunto e contínuo entre saúde e assistência social. Na prática, isso leva à redução das ações intersetoriais a atividades pontuais e burocráticas, como o monitoramento de condicionalidades em programas como o Bolsa Família, em detrimento de ações educativas e emancipadoras. Além disso, consolida-se uma lógica em que o acesso às políticas sociais passa a depender da disponibilidade orçamentária, fragilizando seu caráter de direito. Nesse sentido, o fortalecimento da intersetorialidade exige a superação dessa racionalidade fiscal restritiva, com garantia de financiamento adequado, estrutura institucional e condições de trabalho que possibilitem a construção efetiva de respostas integradas às demandas sociais.

3. Considerações finais

A intersetorialidade é amplamente prevista na legislação brasileira, porém sua efetivação esbarra em limites estruturais diretamente relacionados ao desfinanciamento das políticas sociais. Os mecanismos analisados ao longo do estudo demonstram que a fragmentação dos serviços não pode ser compreendida apenas como uma falha de gestão ou de articulação entre equipes, mas como expressão de um determinado projeto de Estado, orientado por restrições fiscais e pela redução do investimento público nas áreas sociais. Nesse contexto, a distância entre o que está

previsto nas normativas e o que se concretiza nos territórios tende a se ampliar, comprometendo a integralidade da proteção social.

Como apontam Elaine Rossetti Behring e Ivanete Boschetti (2009), a efetivação dos direitos sociais está diretamente vinculada à disputa pelo fundo público. Dessa forma, a intersetorialidade não se sustenta apenas no plano normativo ou discursivo, exigindo condições materiais concretas para sua realização, como financiamento adequado, equipes estruturadas e capacidade institucional. Sem esses elementos, corre-se o risco de que a intersetorialidade permaneça como um princípio formal, esvaziado em sua dimensão prática e incapaz de garantir a proteção social integral prevista na Constituição de 1988.

Referências

ALBINO, N. M. **A saúde como mercadoria: o projeto das Organizações Sociais de Saúde em Minas Gerais**. 2023. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2023. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/7830703b-a811-49cb-bd07-d8bf74942ffa/content>. Acesso em: 20 dez. 2025.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Institui o Novo Regime Fiscal**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto da Pessoa Idosa.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. **Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. Institui o Regime Fiscal Sustentável.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 out. 2023.

MONNERAT, Giselle Lavinas; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. **Intersetorialidade e políticas sociais: desafios contemporâneos.** Revista Katálisis, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 39–48, 2014.

VEIGA, Laura; BRONZO, Carla. **Intersetorialidade e políticas públicas: desafios para a gestão.** Cadernos de Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v. 19, n. 64, p. 95–113, 2014.