



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

ELIANE CRISTINA LOPES BREVILHERI

**A INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DAS POLÍTICAS DE
SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM MUNICÍPIOS DA
REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ**

Londrina
2016

ELIANE CRISTINA LOPES BREVILHERI

**A INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DAS POLÍTICAS DE
SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM MUNICÍPIOS DA
REGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, em nível de doutorado, da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Serviço Social e Política Social.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Pastor

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Brevilheri, Eliane Cristina Lopes .

A intersectorialidade na gestão das políticas de saúde e assistência social em municípios da região norte do estado do Paraná / Eliane Cristina Lopes Brevilheri. - Londrina, 2016. 232 f. : il.

Orientador: Márcia Pastor .

dissertação) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Política da saúde - . 2. Assistência social - . 3. Gestão de políticas sociais - . 4. Política social - . I. Pastor , Márcia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

ELIANE CRISTINA LOPES BREVILHERI

**A INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE
E ASSISTÊNCIA SOCIAL EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO NORTE DO
ESTADO DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, em nível de doutorado, da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção de título de Doutora em Serviço Social e Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Pastor
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Maria Luiza do Amaral Rizzotti
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira
Universidade Católica de Pelotas –
UCPel/UFSC

Profa. Dra. Denise Ratmann Arruda Colin
Ministério Público do Estado do Paraná - MPE

Profa. Dra. Sonia Cristina Stefano Nicoletto
Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
SESA

Londrina, 13 de junho de 2016.

Aos trabalhadores nas políticas sociais comprometidos com a construção da universalidade e integralidade da proteção social.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela promessa, que se cumpre a cada dia: “Não tenha medo porque eu estou com você” (Isaías 41.13).

Aos meus pais, João e Lázara (*in memorian*), pelo amor e pelos exemplos de luta e fé, que me fizeram ser o que sou. Sou grata a Deus por conservar meu pai com saúde (92 anos) para compartilhar comigo deste momento.

Ao Amauri, meu amor, companheiro e amigo, pelo carinho, apoio, colaboração e estímulo. Não sei o que faria sem você.

Ao meu filho Arthur - a melhor parte de mim. Como é bom vê-lo compartilhando dos meus ideais de uma sociedade mais justa e solidária. Amo você!!!

Aos meus irmãos: Maria de Lourdes (*in memorian*), Therezinha, Irene, Marlene, Esther, João Carlos, Paulo Sérgio e Ariane, pela união. Formamos um “grande time”.

De forma especial, quero agradecer à Therezinha, responsável por eu ter me tornado uma Assistente Social, e a Esther, pelo incentivo e colaboração neste trabalho.

À “Grande Família Lopes”, pelo carinho e demonstração de orgulho a cada conquista em minha trajetória profissional e acadêmica.

À minha queridíssima orientadora e amiga, professora Márcia Pastor, por compartilhar seu conhecimento e me apoiar nos momentos difíceis da minha vida acadêmica e pessoal. Muito obrigada!!!

Às professoras Maria Luiza do Amaral Rizzotti, Jolinda de Moraes Alves, Vera Maria Ribeiro Nogueira e Esther Luíza de Souza Lemos pela grande contribuição oferecida na Banca de Qualificação, com recomendações no sentido de melhorar esta tese.

Às doutoras Denise Ratmann Arruda Colin e Sonia Cristina Stefano Nicoletto que, prontamente, atenderam ao convite para participar da Banca de Defesa da Tese, o que recebi com grande satisfação.

Às amigas e companheiras de doutorado Andreia e Argéria, com as quais compartilhei momentos extremamente agradáveis nesse tempo.

Aos demais colegas de turma das disciplinas cursadas no programa de pós-

graduação.

Aos sujeitos dessa pesquisa, pela disponibilidade, gentileza e incentivo à realização deste estudo.

A todos aqueles que, de diversas maneiras, participaram da minha vida durante o processo de elaboração desta tese.

MUITO OBRIGADA!

Nossas vidas começam a terminar no dia em que permanecermos em silêncio sobre coisas que importam.

(Martin Luther King)

BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes. **A intersectorialidade na gestão das políticas de saúde e assistência social em municípios da região norte do estado do Paraná**. 2016. 232f. Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

Este estudo dedica-se a analisar a intersectorialidade como estratégia de gestão das políticas de assistência social e saúde, em municípios de diferentes portes, da região norte do Estado do Paraná. Tem como objetivo analisar como as atuais políticas brasileiras de assistência social e saúde incorporam a intersectorialidade no processo de gestão. O processo investigativo, de natureza qualitativa, incluiu pesquisa documental e pesquisa de campo, cuja análise foi mediada pelas categorias: setorialidade, integralidade, complexidade e território, construídas mediante levantamento bibliográfico em que se prestigiou produções intelectuais de autores do Serviço Social, Saúde Coletiva e Administração Pública. A pesquisa documental voltou-se à apreensão da intersectorialidade em seu marco regulatório, com a análise dos principais documentos normativos destas políticas. Na pesquisa de campo, buscou-se apreender como a intersectorialidade está delineada na planificação; como diferentes atores envolvidos na gestão municipal das políticas, a interpretam; e, as dificuldades e desafios para sua efetivação. Os dados foram coletados mediante análise dos Planos das respectivas políticas (2014-2017); de entrevistas com profissionais envolvidos em sua construção; e da realização de grupos focais com conselheiros municipais: gestores, trabalhadores, prestadores de serviços e usuários. Os resultados permitem evidenciar a existência de inúmeras referências no marco regulatório, que apontam a intersectorialidade como orientação para a gestão destas políticas, porém foram poucas as indicações de articulações intersectoriais na planificação que, sobretudo, não se expressam no cotidiano da implementação das políticas. Revelam que os atores envolvidos no processo de gestão apreendem, conceitualmente, a intersectorialidade como estratégia com potencial de ampliar a capacidade de desempenho das políticas. Porém, são poucas as articulações intersectoriais nos municípios e, sobretudo, se relacionam a programas de outras esferas de governo, que apresentam desenho intersectorial. Esta incompatibilidade decorre das dificuldades enfrentadas no processo de gestão, que passam por questões de ordem conjuntural, históricas e políticas, dentre as quais se destacam: o modelo contemporâneo de Estado no Brasil, em que coexistem, traços patrimonialistas, burocráticos, com predominância do modelo gerencial que, mediante direção privatizadora e redução de gastos sociais, impõem sérias consequências na construção de política sociais pautadas pelos princípios universalistas, consagrados na CF/1988. No âmbito da implementação isso se materializa na sobrecarga de trabalho e do predomínio do atendimento de demandas imediatistas, impedindo que seus operadores “tenham tempo” para a articulação intersectorial. Os traços patrimonialistas são identificados por meio das “ingerências político-partidárias”. Há consenso entre os sujeitos que os desafios da intersectorialidade, no âmbito dos municípios, passam por decisões políticas, sobretudo, dos gestores municipais e das políticas. Há também a compreensão de que, a articulação intersectorial pode trazer mais qualidade aos serviços prestados à população. Conclui-se que, apesar dos desafios, a intersectorialidade, constitui importante estratégia que pode contribuir, significativamente, no enfrentamento da fragmentação das políticas sociais, que impedem a visão de totalidade da realidade social e a garantia da integralidade da proteção social, embora não mude a forma como o Estado, no modo de produção capitalista, enfrenta as expressões das desigualdades sociais.

Palavras-chave: Intersectorialidade. Política social. Política de assistência de social. Política de saúde. Gestão de políticas sociais.

BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes. **The intersectionality approach in the management of health and social assistance policies in municipalities in the northern region of the state of Paraná.** 2016. 232p. Thesis (Doctorate in Social Work and Social Policy). State University of Londrina. Londrina, 2016.

ABSTRACT

This study is dedicated to analyzing the intersectionality as a management strategy of social assistance and health policies in municipalities of different sizes, in the northern region of Paraná. It aims to examine how the current Brazilian social welfare and health policies incorporate intersectionality in the management process. The research process, of qualitative nature, included desk research and field research, the analysis of which was mediated by categories: sectoriality, comprehensiveness, complexity and territory, built by literature in which honored intellectual productions of Social Services, Public Health and Public administration authors. The desk research turned to the apprehension of intersectionality in its regulatory framework, with the analysis of the main normative documents of these policies. In the field research, it was sought to learn how the intersectoral approach is outlined in the planning; how different actors involved in municipal management policies, interpret; and the difficulties and challenges to their realization. The data were collected by analyzing the plans of their policies (2014-2017); interviews with professionals involved in their construction; and conducting focus groups with municipal counselors, managers, workers, service providers and users. The results evidenced the existence of numerous references in the regulatory framework, pointing to intersectionality as a guideline for the management of these policies, but there were few indications of intersectoral articulation in planning, above all, they are not expressed in the daily implementation of policies. They reveal that the actors involved in the management process grasp conceptually the intersectionality as a strategy with potential to increase the performance of policies capability. Although, meager are the intersectoral articulations in the municipalities and they mainly relate to programs from other levels of government that have intersectoral design. This incompatibility stems from the difficulties in the management process, which go through conjunctural, historical and political issues, among which are: the contemporary model of the State in Brazil, where coexist, patrimonial and bureaucratic traits with predominance of management model that, through privatizing direction and reducing social spending, impose serious consequences on the construction of social policy guided by the universal principles consecrated by the Constitution of 1988. In the scope of the implementation this is materialized in work overload and the predominance of care of immediacy demands, preventing their operators from "having the time" for intersectoral articulation. The patrimonialist traits are identified through "political party interference." There is consensus among the subjects that the challenges of intersectionality within the municipalities go through political decisions, especially the municipal managers and the politicians. There is also an understanding that inter-sector collaboration can bring more quality to the services rendered to the population. In conclusion, despite the challenges, the intersectoral approach, constitutes an important strategy that can contribute significantly in addressing the fragmentation of social policies that prevent having a general overview of social reality and the guarantee of comprehensive social protection, although it cannot change the way the State in the capitalist mode of production, faces the expressions of social inequality.

Keywords: Intersectoral. Social policy. Social assistance policy. Health policy. Social policy management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AFAI	Serviço de Atenção as Famílias dos Adolescentes Internados por Medida Socioeducativa
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BNH	Banco Nacional da Habitação
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CADÚNICO	Cadastro Único
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CBIAS	Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência
CDSS	Comissão Sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CFSPC	Conselho Federal de Serviço Público Civil
CGS	Coordenação de Gestão do SUAS
CGU	Controladoria Geral da União
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSS	Conselho Nacional de Serviço Social
CONANDA	Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social

CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
EBRSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNDEB	Fundo de Manutenção da Educação Básica e Valorização do Magistério
FUNRURAL	Fundo de Apoio ao Trabalhador Rural
GTI	Grupos de Trabalhos Intersectoriais
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto Nacional de Administração da Previdência Social
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
JG	João Goulart
JK	Juscelino Kubitschek
JQ	Jânio Quadros
LA	Liberdade Assistida
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
M 1,2,3 e 4	Município 1, 2, 3 e 4
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MCMV	Minha Casa Minha Vida

MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MOBRAL	Movimento Brasileiro de Alfabetização
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações Sociais
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAEFI	Programa de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Programa de Atenção Integral às Famílias
PASM	Plano de Assistência Social do Município
PBF	Programa Bolsa Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAGE	Programa Nacional de Apoio à Modernização da Gestão e Planejamento dos Estados e do Distrito Federal
PNAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNEP/SUAS	Política Nacional de Educação Permanente do SUAS
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPS	Política de Promoção à Saúde
PROMOEX	Programa de Modernização do Controle Externo dos Estados e Municípios Brasileiros
PRONAF	Programa Nacional de Agricultura Familiar
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSC	Prestação de Serviços à Comunidade

PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PSM	Plano de Saúde do Município
PSPN	Piso Salarial Profissional Nacional
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SDP	Sistema Descentralizado e Participativo
SEDS	Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAR	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SENAT	Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SINDSAÚDE/PR	Sindicato dos Servidores da Saúde do Estado do Paraná
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISAN	Sistema Único de Segurança Alimentar e Nutricional
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSM	Trabalhador da Política de Saúde do Município
TASM	Trabalhador da Política de Assistência Social do Município
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 - ESTADO E POLÍTICA SOCIAL	27
1.1 ESTADO E POLÍTICA SOCIAL NA PERSPETIVA HISTÓRICA	27
1.2 AS PARTICULARIDADES DA POLÍTICA SOCIAL DO ESTADO BRASILEIRO	35
1.2.1 Do Brasil Colônia à Nova República	35
1.2.2 O Período Pós 1988.....	55
CAPÍTULO 2 - A INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS	73
CAPÍTULO 3 - A INTERSETORIALIDADE NA NORMATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	95
3.1 POLÍTICA DE SAÚDE.....	96
3.2 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	110
CAPÍTULO 4 - A INTERSETORIALIDADE NA PLANIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	122
4.1 PLANIFICAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE	126
4.2 PLANIFICAÇÃO NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	146
CAPÍTULO 5 - A INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	167
5.1 O SIGNIFICADO DA INTERSETORIALIDADE E SUA RELEVÂNCIA	172
5.2 A INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS.....	179
5.3 DIFICULDADES NA EFETIVAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE	185
5.4 REQUISITOS E DESAFIOS PARA A INTERSETORIALIDADE	198
CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	205
REFERÊNCIAS	211

APÊNDICES	.....	226
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	.....	227
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA MODERADOR/FACILITADOR DOS GRUPOS FOCAIS	.....	228
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	.....	229
ANEXO	.....	231
ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	.....	232

INTRODUÇÃO

Desde as origens do capitalismo, o Estado vem assumindo responsabilidades sociais com a finalidade manter a ordem e garantir a sustentação deste modo de produção, o que, muitas vezes, ocorreu por meio de medidas repressivas. Contudo, é em seu estágio monopolista, com o acirramento das expressões das desigualdades sociais decorrentes do próprio modo de produção que o Estado assume, de forma sistemática e contínua, a intervenção na produção e na reprodução da força de trabalho¹.

A política social surge, portanto, como resposta ou forma de enfrentamento das sequelas da questão social, constituindo processo e resultado da relação contraditória e antagônica entre capital e trabalho uma vez que representa os interesses do capital, porém, também dá respostas às necessidades de reprodução da força de trabalho.

De forma compatível com a lógica do capitalismo monopolista, a organização da política social tem se dado de maneira pontual e fragmentada mediante políticas setoriais: saúde, educação, habitação, entre outras. Isso significa que a questão social é recortada em uma diversidade de ações do Estado, impedindo que seja apreendida em sua natureza totalizante, ao mesmo tempo em que promove “a atomização das demandas e a competição entre as categorias demandantes.” (NETTO, 2005, p. 32).

Consideradas as particularidades de um capitalismo tardio, a política social no Brasil teve sua origem no final da Primeira República quando a questão social ganhou evidência no processo de industrialização. Seu desenvolvimento deu-se de forma lenta e gradativa, mantendo sempre um caráter seletivo, especialmente considerando que as medidas implantadas foram impulsionadas pelas mobilizações e reivindicações de trabalhadores e, portanto, estiveram vinculadas a questões trabalhistas e previdenciárias.

Ainda que os diferentes governos tenham adotado distintas estratégias, pode-se constatar que, até os anos 1980, a política social brasileira é caracterizada pela

¹ Conforme analisado por Netto (2005, p. 29-30), “No capitalismo dos monopólios, tanto pelas características do novo ordenamento econômico quanto pela consolidação política do movimento operário e pela legitimação política do Estado burguês, a ‘questão social’ como que se internaliza na ordem econômico-política [...], com a efetivação dessas funções se realizando *ao mesmo tempo* (destaque do autor) em que o Estado continua ocultando a sua essência de classe.”

centralização na esfera federal; pela fragmentação das demandas; pela superposição de ações; e, pelo clientelismo. A estrutura burocrática e tecnocrática, também são traços da política social nesse período.

No contexto do final dos anos 1970 e início dos anos 1980 o país apresentava grandes dificuldades decorrentes da alta concentração de renda com o conseqüente agravamento da questão social, resultante das opções dos governos, especialmente durante a ditadura militar. Apesar do contexto de perdas de liberdades, este foi também um tempo fecundo em movimentos sociais e em participação da sociedade, na luta por democracia e direitos de cidadania.

Sob forte influência dessas lutas democráticas e populares, o processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988 representaram inovações, no plano jurídico, especialmente afirmando e ampliando direitos sociais. O texto constitucional inovou em questões como a ampliação da responsabilidade do Estado em dar respostas às manifestações das desigualdades sociais.

No campo da proteção social, a Constituição Federal inaugurou um novo conceito - a Seguridade Social definida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.² (BRASIL, 1988).

Considerando os objetivos deste estudo, importa destacar que, ao estabelecer a necessária integração de ações, como forma de garantir os direitos a serem afiançados por essas políticas, a Constituição Federal, traz a noção de intersectorialidade, aqui entendida como uma estratégia de gestão no campo das políticas sociais, e uma possibilidade de construção de respostas articuladas para as variadas dimensões que determinam os problemas sociais, e que ultrapassam a capacidade de respostas de cada uma das políticas.

Das políticas integrantes desse tripé da Seguridade Social, a previdência social se manteve regida pela lógica do seguro social como um regime contributivo e de filiação obrigatória. As políticas de assistência social e saúde foram garantidas como direito de todos e dever do Estado, independentemente de contribuição à

² Embora na concepção da Seguridade Social tenham sido incluídas apenas as políticas de saúde, previdência e assistência social, conforme ressaltam Rezende, Baptista e Amâncio Filho (2015, p. 303), “pode-se considerar que a configuração do sistema de proteção social brasileiro não se resume apenas aos três setores [...] dada a abrangência dos direitos sociais estabelecidos na carta constitucional”. Dentre estes direitos estão: a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, a moradia e a alimentação. (BRASIL, 1988, 2000, 2010a).

seguridade social, cujas gestões passaram a ser descentralizadas, conforme disposto nos Artigos 198 e 204 da Constituição Federal, com maiores atribuições e responsabilidades dos municípios em sua condução.

Todavia, nos anos 1990, as teses neoliberais, já em aplicação desde os anos 1970 nos países do capitalismo central e em alguns países da América Latina, são incorporadas aos projetos de governo no Brasil. Em consonância com o ideário neoliberal, o Estado brasileiro colocou em prática um conjunto de medidas que visavam beneficiar ainda mais o capital. Entre elas se destacaram: a privatização de instituições públicas e sua transferência para a iniciativa privada com todas as concessões possíveis; a defesa da redução do tamanho do Estado que passa a assumir apenas o papel de regulamentador, fiscalizador e fomentador das políticas públicas e não o responsável por sua execução.

Dessa forma, a conjuntura dos anos de 1990 no Brasil é permeada por duas perspectivas: uma de caráter neoliberal, trazida pelos organismos internacionais de financiamento que, com vistas a reduzir o gasto público, busca restringir a atuação do Estado com as políticas sociais, transferindo responsabilidades para a sociedade civil. A outra perspectiva, dada pela Constituição Federal de 1988, é a de um Estado social, com suas funções ampliadas, responsável pela proteção social, com a expansão de políticas sociais. Esta perspectiva busca a reconfiguração do Estado, no sentido de torná-lo mais democrático, mais ágil no atendimento às demandas sociais, além de ser mais permeável à participação e controle social.

Há, portanto, nessas duas perspectivas, diferenças fundamentais em relação ao papel a ser exercido pelo Estado, na orientação da política social e na interpretação das diretrizes para sua gestão. Portanto, a intersetorialidade, que aqui se pretende discutir, também é permeada pelas concepções de Estado.

É importante destacar que, no processo de regulamentação dos dispositivos constitucionais que tratavam das diferentes políticas sociais, em que pese a tendência da definição das especificidades de cada área, a legislação infraconstitucional trouxe em seus conteúdos, sob diferentes termos, referências à necessária articulação, integração, ou interface entre as políticas.

Disso decorre a seguinte indagação: considerando o contexto de tensão entre as duas perspectivas de Estado e que a intersetorialidade está posta no marco regulatório das políticas de assistência social e de saúde, como ela se efetiva na gestão destas políticas, no âmbito dos municípios?

A fim de buscar resposta a essa questão foi proposto o presente estudo cujo objeto é a intersetorialidade como estratégia de gestão nas políticas de saúde e assistência, que será abordado estabelecendo-se um diálogo entre produção intelectual contemporânea sobre o tema e os atores envolvidos cotidianamente na gestão dessas políticas.

Para tanto, definiu-se como objetivo geral analisar como as atuais políticas brasileiras de assistência social e saúde incorporam a intersetorialidade no processo de gestão.

Como objetivos específicos, foram definidos:

- Apreender como a intersetorialidade está disposta no marco regulatório das políticas de saúde e assistência social;
- Analisar como a intersetorialidade está delineada na planificação³ das políticas no âmbito dos municípios;
- Compreender as interpretações que os diferentes atores envolvidos na gestão políticas municipais de saúde e assistência social fazem da intersetorialidade;
- Identificar dificuldades e desafios para a efetivação da intersetorialidade como estratégia de gestão.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, uma vez que foi trabalhado um nível de realidade que não pode ser quantificado, por envolver o universo dos significados (MINAYO, 2007), e realizado sob o enfoque dialético. O processo investigativo foi constituído por pesquisa documental e de campo.

A pesquisa documental foi realizada a partir da análise dos principais documentos normativos das políticas de saúde e assistência social, cuja seleção e demais procedimentos metodológicos estão dispostos no início do capítulo que traz os resultados de seu exame.

A pesquisa de campo desenvolveu-se de forma a atingir os três últimos objetivos específicos desta investigação, tendo como *lócus* municípios da Macrorregião Norte do Estado do Paraná. Essa denominação é utilizada na

³ Neste trabalho o termo Planificação é utilizado para designar o conjunto dos dados coletados e de sua análise tanto no que diz respeito aos Planos de Assistência Social e Saúde como entrevistas realizadas profissionais envolvidos em sua elaboração que trazem informações a respeito do processo de construção destes Planos.

organização administrativa da Secretaria de Saúde desse estado⁴.

A escolha dessa macrorregião para a realização da pesquisa de campo deu-se considerando três fatores. O primeiro, porque constitui a área de vivência da pesquisadora (moradia, atividade profissional e acadêmica), o que favoreceu a realização dos contatos e coleta dos dados. O segundo, por congregar municípios de diferentes portes, à exceção de metrópoles, considerando a classificação utilizada na Política Nacional de Assistência Social/2004⁵. É importante destacar que se pretendeu contemplar, nesta investigação, municípios com portes diferentes a fim de identificar possíveis dissimilaridades relacionadas a esse aspecto.

O terceiro, dado o papel significativo que cidade de Londrina (polo e referência da Macrorregião Norte do Paraná), teve e tem no processo de construção das atuais políticas de saúde e assistência social brasileiras, sobretudo, por meio da atuação de atores vinculados à Universidade Estadual de Londrina.

Em se tratando da política saúde, nos anos 1970, o município de Londrina, ao lado de outros como Campinas/SP e Niterói/RJ, ofereceu consideráveis contribuições para a implementação das políticas de municipalização dos serviços de saúde, a partir de experiências de reorganização desses serviços, de forma articulada com a Universidade Estadual de Londrina. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001; GIL, MARTÍN; GUTIERREZ, 2001). Essas experiências, ocorridas especialmente nos anos 1976 e 1977, se sintonizavam com as propostas do movimento sanitário que se articulava no país, cujas objetivos voltavam-se para a defesa da atenção primária em saúde e a medicina comunitária, o que contou com a militância de inúmeros sanitaristas de Londrina e região.

Contribuições semelhantes ocorreram na política de Assistência Social, pela efetiva participação de docentes vinculados ao Departamento de Serviço Social da

⁴ A opção por utilizar a organização da Secretaria de Estado de Saúde, deve-se ao fato de a estruturação do órgão gestor estadual, nessa área, não ter passado por alterações significativas nas últimas gestões estaduais. O mesmo não ocorreu na Política de Assistência Social, cuja estruturação do órgão gestor vem passando por frequentes mudanças em sua forma de organização, especialmente, em relação às áreas de abrangência das unidades descentralizadas – Escritórios Regionais. Na organização da Secretaria Estadual de Saúde os 399 municípios do Estado do Paraná estão distribuídos no âmbito de vinte e duas (22) microrregiões e que conformam quatro (4) Macrorregiões: Norte, Noroeste, Oeste e Leste. (PARANÁ, 2012).

⁵ De acordo com a classificação adotada, considera-se: Pequeno Porte I os municípios com até 20 mil habitantes; Pequeno Porte II os municípios com população entre 20.001 e 50 mil habitantes; Médios – população entre 50.001 e 100 mil habitantes; e Grandes – com população entre 100.001 e 900 mil habitantes. Nesta região não há metrópoles, ou seja, municípios com população superior a 900 mil habitantes.

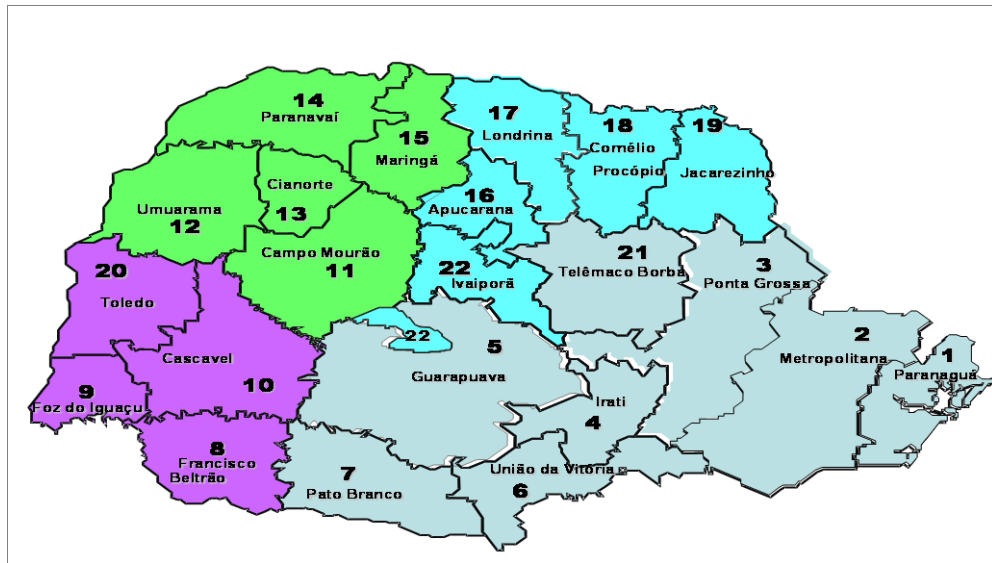
UEL, tanto no processo de regulamentação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) como na construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A aprovação da Política Nacional de 2004, com a perspectiva de implantação de um sistema único nesta área e sua implementação, a partir de 2005, contaram com a participação de assistentes sociais de Londrina e região (docentes da UEL e outros profissionais) que ocuparam funções estratégicas no Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Sobre a delimitação geográfica da Macrorregião Norte, é importante esclarecer que a totalidade do que se considera o Norte do Paraná tem sido dividida em três áreas: o Norte Velho, que se estende da divisa nordeste com São Paulo até o rio Tibagi; o Norte Novo, delimitado pelos rios Tibagi, Ivaí e Paranapanema; e o Norte Novíssimo, que se estende do rio Ivaí ao Paraná e ao Piquiri. A Macrorregião Norte (lócus do estudo) diz respeito à região que compreende o Norte Velho e o Norte Novo.⁶

Essa macrorregião tem como polo a cidade de Londrina e é constituída por cinco microrregiões, que têm como municípios sede: Apucarana, Londrina, Cornélio Procopio, Jacarezinho e Ivaiporã, como se pode observar na área destacada em azul no mapa a seguir.

⁶ Para registrar alguns aspectos da formação econômica e social dessa região, destaca-se que, os primeiros agrupamentos que habitaram essa região foram: os índios, responsáveis pela formação das primeiras populações humanas na região; os bandeirantes e grupos de aventureiros que aqui vieram em busca de riquezas naturais e mão-de-obra escrava a partir do século XVI; religiosos jesuítas que fundaram várias Reduções com o intuito de catequizar os nativos; e caboclos. Apesar desses grupos, a ocupação territorial mais intensa do norte paranaense se deu a partir do início do século XX, notadamente entre os anos 1920 e 1950. Esse processo se deu pela ação de companhias colonizadoras, com destaque para a Companhia de Terras Norte do Paraná (CTNP), que mais tarde passou a ser denominada Companhia de Melhoramentos Norte do Paraná (CMNP), em função do interesse de expansão da cafeicultura. Essa empresa realizou um processo de povoamento de proporções nunca antes visto no estado. O plano colonizador foi projetado visando à produção de café no norte paranaense e, por meio de intensa propaganda, que oferecia facilidades nas formas de pagamento das terras, a promessa de planejamento de uma rede de cidades, sob a jurisdição da empresa, que atendessem a necessidade da população rural, atraiu paulistas, mineiros (esses com vasta experiência na cafeicultura), além de nordestinos e migrantes europeus. Portanto, essa região possui marcas de diferentes culturas. (CHIES; YOKOO, 2012; FOGARI, 2016).

Figura 1 – Mapa do estado do Paraná por Macrorregiões



Fonte: Paraná (2012).

Em sua totalidade, a Macrorregião Norte é composta por 97 municípios. Entretanto, como se pretendeu contemplar municípios de diferentes portes e considerando que as microrregiões identificadas como 18, 19 e 22 são constituídas somente por municípios de pequeno porte (I e II), optou-se pelos municípios da área de abrangência das Microrregiões 16, 17, 18. Justifica-se a escolha da microrregião 18 por ser a área de atuação profissional da pesquisadora.

O universo foi, assim, constituído por 59 municípios, sendo: 49 pequeno porte I, 5 pequeno porte II, 2 médios e 3 grandes.

Da decisão de realizar a investigação em: 01 município pequeno porte I, 01 município pequeno porte II, 01 município médio porte e 01 município grande porte, a amostra ficou constituída por 4 municípios. Definiu-se, assim, como critério de escolha que o município seria da microrregião onde houvesse a maior concentração de cada porte.

Considerando, ainda, a existência de mais de um município nas referidas condições, adotou-se como critério de seleção:

- Microrregião 18 (maior concentração de municípios de pequeno porte) - o município de pequeno porte I com menor população e o município de pequeno porte II com maior população, codificados como M1 e M2, respectivamente;

- Microrregião 17 (maior concentração de municípios de médio porte) -, codificado como M3
- Microrregião 16 (maior concentração de município de grande porte) – codificado como M4.

Para analisar como a intersectorialidade está posta na planificação dessas políticas, foram apreciados os Planos de Assistência Social e Saúde, do período 2014-2017, dos respectivos municípios, e realizadas entrevistas com trabalhadores da categoria técnica, diretamente envolvidos no processo de sua construção. As informações relativas aos procedimentos adotados encontram-se detalhados no início do capítulo em que os resultados são apresentados.

Para a apreensão da intersectorialidade na implementação no âmbito dos municípios, foram realizados grupos focais com conselheiros municipais de ambas as políticas.

A decisão de entrevistar conselheiros se fundamenta na consideração de que, além de atuar na formulação e de deliberar sobre as prioridades da política, a qual estão vinculados, compete aos conselhos acompanhar, avaliar, controlar, fiscalizar sua execução, a fim de propor diretrizes, estratégias e medidas tendo em vista garantir as proteções que devem ser asseguradas por essas políticas.

Acrescente-se a isso o fato de contemplarem em sua composição representantes dos diferentes segmentos envolvidos nas políticas: gestores, trabalhadores, prestadores de serviços/entidades e usuários e que essa diversidade permite captar as diferentes perspectivas, a partir do lugar de onde falam. O detalhamento dos procedimentos empregados nessa etapa da pesquisa encontra-se disposto no capítulo no qual são apresentados os resultados.

Importa informar que a coleta dos dados da pesquisa empírica foi realizada no período de outubro de 2014 a outubro de 2015.

Para a sistematização dos dados, foram construídos eixos de análise:

Eixo 1 – A intersectorialidade na normatização

Eixo 2 – A intersectorialidade na planificação

Eixo 3 – A intersectorialidade na implementação

Na análise dos dados empregou-se a técnica de análise de conteúdo, preconizado por Bardin (1979), definido pela autora como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a

inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens.

O material proveniente das entrevistas e grupos focais foi trabalhado de acordo com a modalidade análise temática que, segundo Bardin (1979, p. 105), “é uma unidade de registro de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”, que “[...] consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação”.

O estudo respeitou os princípios éticos de pesquisa envolvendo direta ou indiretamente seres humanos, de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mediante a inserção na Plataforma Brasil, sendo aprovado conforme Parecer 150/2014, emitido em 12/08/2014 pelo CEP da Universidade Estadual de Londrina. (Anexo 1).

Este trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: o primeiro capítulo, intitulado Estado e Política Social traz inicialmente reflexões a respeito das configurações assumidas pela política social no contexto do capitalismo. Essas ofereceram fundamentos para as discussões que se seguiram, que tratam das particularidades da Política Social no Estado brasileiro.

O segundo capítulo trata da intersectorialidade na gestão das políticas sociais, a partir das contribuições de autores contemporâneos, especialmente do Serviço Social, Administração Pública e Saúde Coletiva, onde são identificadas as principais categorias que permeiam a discussões a respeito do tema, quais sejam: Setorialidade, Integralidade, Complexidade e Território.

O terceiro capítulo traz os resultados da pesquisa documental nos principais documentos normativos das Políticas de Saúde e Assistência Social, nos quais se buscou identificar e analisar as referências à intersectorialidade.

No quarto e no quinto capítulos são apresentados os resultados da pesquisa de campo realizada em municípios da região norte do estado do Paraná, em que se buscou analisar, respectivamente, a intersectorialidade no processo de planificação e de implementação das Políticas de Saúde e Assistência Social nesses municípios.

Por fim, são apresentadas as principais conclusões a que se chegou com a realização do estudo.

Com este estudo, espera-se contribuir para adensar as produções acadêmicas a respeito da intersectorialidade que, sendo um tema ainda recente, se

apresenta como um vasto campo para novas análises.

Espera-se, também, oferecer subsídios para que os atores envolvidos no processo de gestão das políticas sociais, especialmente de assistência social e saúde, reflitam sobre a intersetorialidade como uma estratégia que pode contribuir para ampliar a capacidade de respostas às demandas apresentadas pelos cidadãos usuários das políticas, na perspectiva da integralidade da proteção social.

CAPÍTULO 1

ESTADO E POLÍTICA SOCIAL

Compreender as particularidades da Política Social no contexto do Estado brasileiro requer, ainda que de forma breve, reflexões a respeito das configurações por ela assumidas no próprio processo de desenvolvimento do capitalismo.

1.1 ESTADO E POLÍTICA SOCIAL NA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Partindo do pressuposto de que a compreensão de Política Social corresponde a determinada concepção de Estado, seguem algumas reflexões sobre este tema. Isso se faz, partindo do reconhecimento de que o avanço do capitalismo traz consigo um processo acentuado de precarização das condições de vida da classe trabalhadora, de forma particular nos países periféricos⁷ que, inconformada com a situação, empreende formas de oposição à exploração capitalista. Esses são, portanto, os fenômenos constitutivos da “questão social”⁸, que, conforme revelado nas formulações de Marx (1984), é determinada pela exploração – traço peculiar da contraditória e antagônica relação capital/trabalho⁹.

Nessa perspectiva, a política social pode ser apreendida como o processo e o resultado dessa relação. Constitui estratégia associada ao modo capitalista de produzir e reproduzir-se, especialmente a partir do reconhecimento da questão social própria desse modo de produção (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Isso significa dizer que o Estado capitalista, diante das crescentes demandas apresentadas pelos setores populares e movimentos sociais, se vê compelido a

⁷ Em seu processo de expansão, o capitalismo exportou tensões e contradições sociais dos países centrais para os países periféricos, em uma busca “de novos mercados e de novas fontes de criação de valor; os braços baratos dos trabalhadores da periferia e os seus produtos primários, com valor de troca muito desigual no mercado mundial e as diferentes barreiras para a entrada de sua produção nos mercados europeus e norte-americano”. (COSTA, 2006, p. 44).

⁸ De acordo com Yamamoto e Carvalho (2000, p. 77), “A *questão social* (destaque dos autores) não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”.

⁹ Na afirmação de Netto (2004, p. 45), “O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a ‘questão social’ – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da ‘questão social’ [...]”

assegurar as condições materiais de sobrevivência da classe trabalhadora, principalmente, quando essas questões colocam em risco a própria sobrevivência do sistema. Essas respostas se traduzem concretamente por meio da política social, definida por Faleiros (2007, p. 46) como “um resultado da relação e do complexo desenvolvimento das forças produtivas e das forças sociais. [...] resultado da luta de classes e ao mesmo tempo contribuem para a reprodução das classes sociais.”

Para Vieira (1992), ao desempenhar um papel orgânico na reprodução social, a política social se vincula diretamente à política econômica, da qual não diverge. Assim,

[...] consiste em estratégia governamental e normalmente se exhibe em forma de relações jurídicas e políticas, não podendo ser compreendida por si mesma. Não se definindo a si, nem resultando apenas do desabrochar do espírito humano, a política social é uma maneira de expressar as relações sociais, cujas raízes se encontram no mundo da produção. (VIEIRA, 1992, p. 21-22).

Dito de outra forma, as transformações no processo produtivo e o estabelecimento de relações de exploração do trabalho pelo capital promoveram a precarização das condições de vida dos trabalhadores que assumiram a qualidade de empregados e operários dos meios de produção industrial. Esses trabalhadores, por sua vez, aos poucos começaram a se organizar e a reivindicar a intervenção dos poderes políticos na regulação das condições de trabalho e de vida. São, assim, instituídos no âmbito do Estado mecanismos complementares àqueles, até então desenvolvidos pelo aparato familiar, por meio da caridade privada e de ações filantrópicas. (YAZBEK, 2014).

Na segunda metade do século XVIII, como forma de dar respostas aos impasses trazidos pelo novo modo de produção, promovido pela Revolução Industrial e, especialmente, na busca de romper com as amarras da aristocracia e do clero, características do Estado Absoluto, surge o Estado Liberal. O predomínio do pensamento liberal foi alimentado pelas teses de Adam Smith¹⁰ e David

¹⁰ Economista escocês (1723-1790), um dos mais eminentes teóricos da economia clássica, autor de “A Riqueza das Nações”. Defendeu a liberdade do livre comércio e a existência de uma “mão invisível” assegurando o equilíbrio entre a oferta e a procura.

Ricardo¹¹ que defendiam o princípio do trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado, cujo funcionamento deveria ocorrer sem a interferência do Estado. Para esses pensadores, dessa forma se produziria o bem comum.

Nessa sua forma liberal, o Estado tem uma reduzida intervenção no que diz respeito à garantia das condições de sobrevivência da classe trabalhadora, justificado pela ideia de que contribuiriam para desestimular o interesse pelo trabalho, gerariam acomodação e, portanto, colocaria em risco a sociedade de mercado. De acordo com Couto (2008, p. 63), a lógica dos defensores do liberalismo para o desenvolvimento de políticas sociais residuais é a de que, “como é preciso conservar a disposição para a competição na sociedade, toda tutela gerada pelo Estado é desmanteladora do espírito empreendedor tão necessário ao desenvolvimento do capitalismo”.

Apesar do predomínio desse pensamento, no final do século XIX, em resposta à crescente mobilização e organização dos trabalhadores europeus¹², além das ações de caráter repressivo, foram incorporadas algumas demandas dos movimentos operários. Tais reivindicações, transformadas em leis, proporcionaram melhorias nas condições de vida da classe trabalhadora. Concordando com Behring e Boschetti (2007, p. 55), é nesse momento que “começa a ocorrer o deslocamento do problema da desigualdade e da exploração como questão social, a ser tratada no âmbito estatal e pelo direito formal, que discute a igualdade de oportunidades, em detrimento da igualdade de condições”.

É no contexto dessas mobilizações da classe trabalhadora houve a introdução de políticas sociais orientadas pela lógica do seguro social. Em 1883, na Alemanha, no governo do chanceler Otto Von Bismark, foi instituído o seguro de saúde nacional obrigatório, com características semelhantes aos seguros privados. Esse seguro cobria, principalmente, os trabalhadores e suas famílias nos momentos de perda da capacidade laborativa decorrentes da idade, doença e desemprego. O acesso a esses direitos dependia de contribuição direta e prévia. Conforme apontam Behring e Boschetti (2007), a adoção dessas medidas, que inicialmente foram destinadas a

¹¹Economista e político britânico (1772-1823), sob a influência do pensamento de Adam Smith, também defendeu a liberdade do livre comércio.

¹² Como reação à intensa exploração da força de trabalho, incluindo a ampliação da jornada de trabalho, a exploração do trabalho de crianças, mulheres e idosos, dentre outras, ocorrem inúmeras mobilizações operárias, mediante a realização de manifestações e greves. (VIEIRA, 1992, 2007; BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

algumas categorias profissionais, teve, sobretudo, o objetivo de desmobilizar a luta dos trabalhadores.

É importante destacar que, até o final do século XIX e início do século XX, o que se teve foi um capitalismo denominado concorrencial, ou seja, regido pela livre concorrência. A partir de então, a fim de viabilizar um dos objetivos primários do capitalismo, que é o acréscimo dos lucros capitalistas pelo controle dos mercados (NETTO, 2005), ocorre um processo de concentração de produção e de capital nas mãos de grandes corporações e a livre concorrência é substituída pelos monopólios capitalistas. Ainda segundo esse autor,

A idade do monopólio altera significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa: ao mesmo tempo em que potencializa as contradições fundamentais do capitalismo já explicitadas no estágio concorrencial [...] as combina com novas contradições e antagonismos. (NETTO, 2005, p. 19-20).

Portanto, se no capitalismo concorrencial o Estado intervinha pontualmente nas manifestações da questão social, em sua fase monopolista, assume outras funções, com uma intervenção permanente na reprodução da força de trabalho.

Embora já no final do século XIX as ideias fundamentadas no liberalismo começassem a perder força, é especialmente com a crise de 1929-1932¹³, período também conhecido como a Grande Depressão, que os argumentos liberais da capacidade do mercado de sustentar o crescimento econômico, na confiança dos automatismos do mercado, perderam suas bases de sustentação. Na afirmação de Bento (2003, p. 4), essa crise “[...] pôs a nu as mazelas de um mercado deixado à própria sorte. [...] o sistema econômico regulado exclusivamente pelo mercado ‘livre’ revelou-se mais autofágico, suicida e irracional do que jamais foi”.

A partir desse momento foram iniciadas as mudanças em direção a um novo modelo estatal de intervenção na economia de mercado, baseado nas proposições de John Keynes¹⁴. Contrapondo-se à postura liberal, Keynes defendeu a presença

¹³ Trata-se de uma grande recessão iniciada em 1929 com a drástica queda dos valores das ações das bolsas de valores norte-americanas, persistindo ao longo dos anos 1930, tendo sido considerado o maior período recessivo do século XX. Segundo Niveau (1969), era uma crise essencialmente norte-americana, mas seus efeitos se estenderam para todo o mundo mediante o comércio internacional, em razão do peso dessa economia no mundo.

¹⁴ John Mainardes Keynes, economista inglês (1883-1946), autor de uma das mais influentes obras em teoria econômica do Século XX, com destaque para a “Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda” em que propõe um conjunto de medidas a serem desenvolvidas pelo Estado destinadas a promover crescimento econômico, incrementar o consumo e os investimentos (LAURELL, 2002).

do Estado no interior da economia capitalista, cuja intervenção deveria se dar por meio de investimentos no setor produtivo a fim de ativar a economia e, com isso, recompor a equação demanda-emprego-aumento de renda. A economia capitalista se reergueria por meio do Estado. A doutrina keynesiana

[...] estimulou a criação de medidas macroeconômicas, que incluíam: a regulação do mercado; a formação e controle dos preços; a emissão de moedas; a imposição de condições contratuais; a distribuição de renda; o investimento público; o combate à pobreza. E tudo isso visava não exatamente à socialização da produção, rumo à instituição de uma sociedade socialmente igualitária, mas à socialização do consumo, a qual foi concebida como um contraponto à socialização da produção. (PEREIRA, 2002, p. 32-33).

Ainda para essa autora, o Estado nessa sua forma tomou como parâmetro um modelo de intervenção na economia de mercado, que “expandiu e fortaleceu o setor público e geriu sistemas de proteção social”. (PEREIRA, 2008, p. 23).

No período Pós Segunda Guerra Mundial, o chamado Estado de Bem-Estar Social (*WelfareState*) se consolidou no continente europeu e assumiu, mais amplamente, por meio de políticas sociais, a função de produzir e reproduzir a força de trabalho.

Em 1942, a Inglaterra adotou um sistema, ancorado no receituário keynesiano, que propunha uma nova lógica de organização das políticas sociais. O Plano Beveridge¹⁵ tinha como pressuposto a responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos e a superação da lógica securitária. Esse sistema serviu de base para os sistemas de proteção social em diversos países do continente europeu naquele momento e em outros momentos posteriores. (PEREIRA, 2008).

É importante reconhecer que, no período Pós-Segunda Guerra, houve expressiva ampliação das políticas sociais, mediante a atuação do Estado como regulador das relações sociais e econômicas. Conforme aponta Bento (2003, p.29), o Estado, na sua forma de Bem-Estar Social, expandiu-se e se manteve como estratégia de conciliar “a necessidade de integração permanente de mão-de-obra no mercado de trabalho, imprescindível à continuidade do processo de acumulação, e os direitos sociais reivindicados pela classe trabalhadora”. Ou seja, foram também

¹⁵ Elaborado por um Comitê coordenado por William Beveridge e implementado pelo governo trabalhista de Clement Attlee. (PEREIRA, 2008).

resultado das lutas empreendidas pela classe trabalhadora, que pressionaram o Estado para a implantação de políticas sociais.

Porém, no início dos anos 1970, outra grande crise atingiu o mundo capitalista, indicando sinais de esgotamento da fase de expansão das décadas anteriores. Prolongando-se pela década de 1980, suas manifestações mais importantes foram a crise financeira e do comércio internacional e a inflação crônica associada ao baixo crescimento econômico, ao que se chamou de “estagflação”¹⁶. (SOARES, 2001). Isso criou um cenário propício para a retomada das discussões sobre as potencialidades do livre mercado.

O Estado de Bem-Estar Social - eleito como um dos principais responsáveis pela crise - passou a ser bombardeado pelos economistas denominados neoliberais, em um movimento chamado de “retorno à ortodoxia”, em uma referência à retomada do ideário do liberalismo econômico que, a partir dos anos 1970, passou a orientar as políticas econômicas de grande parte do mundo capitalista. (SOARES, 2001).

As medidas neoliberais trouxeram consigo a ideia da neutralidade do Estado, partindo do pressuposto de que o livre jogo do mercado permitiria uma melhor utilização dos fatores produtivos em benefício de toda a coletividade. (SOARES, 2002).

Contudo, apesar dessa suposta neutralidade, sob a liderança dos Estados Unidos da América e da Inglaterra, respectivamente nos governos Reagan e Thatcher, a ofensiva neoliberal aponta como alternativa a redução do Estado nos setores sociais para concentrar-se no apoio direto ao capital.

Os argumentos nos quais se apoia o pensamento neoliberal são, segundo Pereira (2002, p. 36),

[...] que o excessivo gasto governamental com políticas sociais públicas é nefasto para a economia, porque gera déficit orçamentário que, por sua vez, consome a poupança interna, aumenta as taxas de juros e diminui a taxa de inversão produtiva; [...] que a regulação do mercado pelo Estado é negativa porque, ao cercear o livre jogo mercantil, tal regulação desestimula o capitalista de investir; [...] que a proteção social pública garantida, sob a forma de política redistributiva, é pernicioso para o desenvolvimento econômico porque onera as classes possuidoras, além de aumentar o consumo das classes populares em detrimento da poupança interna.

¹⁶ Para Bento (2003, p 70), “[...] o conceito de estagflação, surgido à época corresponde precisamente ao fenômeno no qual as taxas de inflação superam os índices significativamente baixos de crescimento, corroendo a base da economia, produção e salários”.

Essas foram algumas das críticas ao Estado de Bem-Estar Social por parte dos segmentos mais conservadores. Tais teses, já colocadas desde 1945, não haviam ganhado força no interior da sociedade, já que o capitalismo vivia os seus “Anos de Ouro”. Porém, no momento da crise financeira, a solução consistiu em reconstituir o mercado, a competição e o individualismo.

Houve, pelos neoliberais, a defesa da necessidade de redução do próprio Estado e de suas responsabilidades sociais. As funções relacionadas ao bem-estar social, entendidas como pertencentes ao âmbito privado (família, comunidade e serviços privados), deveriam ser reduzidas. A intervenção do Estado deveria ocorrer somente para aliviar a pobreza e para suprir as lacunas dos serviços privados e para aqueles de apropriação coletiva. (LAURELL, 2002).

Segundo Navarro (2002), ante a força do movimento operário, as respostas do capital foram: a internacionalização da produção, a terceirização ou subcontratação de pequenas empresas, a flexibilização dos contratos de trabalho e dos direitos sociais e de outras formas de precarização do trabalho.

Fazendo a análise desse período, Soares (2002, p. 13) afirma que esse novo modelo de acumulação trouxe implicações, dentre as quais, destacam-se:

[...] os direitos sociais perdem identidade e a concessão de cidadania se restringe; aprofunda-se a separação entre o público-privado e a reprodução é inteiramente devolvida para este último âmbito; a legislação trabalhista evolui para uma maior mercantilização (e, portanto, desproteção) da força de trabalho; a legitimação (do Estado) se reduz à ampliação do assistencialismo. (SOARES, 2002, p. 13).

A dinâmica do sistema capitalista, desde as duas últimas décadas do século XX, sob o comando do capital financeiro, desencadeou, de forma mais intensa, a luta pelo aumento da produtividade no trabalho e o aumento da concorrência nos diferentes setores produtivos. A competitividade tornou-se a palavra de ordem do capitalismo.

As transformações decorrentes da mundialização e da financeirização da economia, que constituem uma reconfiguração do capitalismo contemporâneo, vêm promovendo mudanças em relação às formas de organização do Estado e da política social.

Entre os principais impactos dessas mudanças nas políticas sociais, podem ser destacados: a perda do protagonismo do Estado na produção, distribuição e

provisão da política social, levando à redução da intensidade protetora do Estado e à abolição de seu papel de fiador de direitos sociais; a supremacia do princípio da focalização e da subsidiariedade sobre o princípio da universalidade e do compromisso do Estado com a efetivação da política social; e os cortes nos gastos públicos e ênfase na assistência sob a égide da filantropia privada. (RAICHELIS, 2013). Conforme apontado por Netto (2005, p. 11), nesse período houve um adensamento das “tendências mais capitulacionistas e funcionais à ofensiva política e ideológica do grande capital, dirigida contra as conquistas democráticas e sociais alcançadas anteriormente e, obviamente, contra as ideias que sustentaram tais conquistas”.

Contudo, apesar da defesa da capacidade de autorregulação do mercado, já no início do terceiro milênio, o Estado capitalista protagonizou a solução dos problemas gerados durante a maior crise financeira do pós-guerra, que teve início no ano de 2006. A partir desse evento foram realizadas inúmeras intervenções, especialmente por meio de pacotes econômicos, a fim de resgatar instituições privadas atingidas pela crise.

Isto posto, constata-se que, em cada momento histórico, as determinações econômicas dão uma configuração específica ao capitalismo e ao Estado. Portanto, em cada uma das fases de seu desenvolvimento, há também diferentes formas de política social, resultado da correlação de forças que se estabeleceu entre as classes sociais naquele momento.

É importante destacar, considerando os objetivos deste trabalho, que, especialmente no estágio do capitalismo dos monopólios, as intervenções estatais se dão de forma fragmentada, parcializada. A política social constitui “políticas sociais”, uma vez que “as sequelas da ‘questão social’ são recortadas como problemáticas particulares (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física, etc.) e assim enfrentadas” (NETTO, 2005, p. 32)¹⁷. O autor ainda aponta que isso resulta da própria lógica do modo de produção capitalista nessa sua etapa de desenvolvimento uma vez que “tomar a ‘questão social’ como problemática configuradora de uma

¹⁷ Nessa mesma direção, Vieira (1992) aponta que, dentro do que se convencionou chamar de políticas sociais encontram-se: a saúde, a habitação, a Previdência Social, a Assistência social, a educação, as condições de trabalho, o lazer, entre outras. Esses itens que compõem a chamada “cesta social” se constituem em serviços necessários à reprodução da vida das classes populares, que não conseguem adquiri-los no mercado, onde a competição é sempre desigual.

totalidade é remetê-la concretamente à relação capital/trabalho – o que significa, liminarmente, colocar em cheque a ordem burguesa”.

1.2 AS PARTICULARIDADES DA POLÍTICA SOCIAL DO ESTADO BRASILEIRO

Tratar da Política Social no contexto brasileiro remete, necessariamente, à trajetória histórica do país no sentido de desvendar as particularidades e fundamentos que alicerçaram o Estado nacional e suas formas de conduzir a ação pública, em especial no campo social.

Tais particularidades e fundamentos estão diretamente relacionados à concepção de Estado e, por conseguinte, de política social, conferindo formas também características de gestão pública que podem ser identificadas nas análises que vêm a seguir.

1.2.1 Do Brasil Colônia à Nova República

Inicia-se por resgatar que houve no país um projeto colonial, sob o domínio social, econômico e cultural de Portugal (1500-1822). Caracterizada como uma colonização de exploração, a estrutura administrativa do governo da Colônia, por meio das capitanias, tinha como objetivo central a manutenção da expropriação das riquezas aqui existentes. Foram, portanto, mais de três séculos de dependência de um império que desejava tão somente expandir-se e que, para tanto, dispensava uma estrutura racional-formal.

O processo político de dominação e dependência da colônia brasileira a Portugal, que se deu pela transferência da ordem administrativa portuguesa para o Brasil, fez com que o país incorporasse características marcantes da Coroa em sua organização político-administrativa. Para Souza Filho (2011), isso constitui um dos vetores para a constituição do patrimonialismo na administração pública brasileira que se caracteriza, fundamentalmente, pela ausência de distinção entre a esfera pública e a privada por parte dos governantes, dos administradores e funcionários públicos ou detentores do poder.

Essa estrutura patrimonialista, partindo do poder central, propagou-se como

referência administrativa no exercício do poder patriarcal dos proprietários rurais e foi fundamental para modelar o desenvolvimento da estrutura econômica, social e política da ordem colonial brasileira. De acordo com Souza Filho (2011), a ordem político-administrativa do Brasil Colônia resulta da combinação entre estas duas dimensões: o patrimonialista advindo do Estado português e o poder local patriarcal dos proprietários rurais.

Assim, o setor público, instrumentalizado por essas duas dimensões, acabou se estruturando de forma a atender os interesses do mundo privado, formatando o espaço público “como fonte de privilégios pessoais ou grupais e de distribuição de cargos, benesses e prebendas”. (NOGUEIRA, 1997a, p. 8).

Em uma referência ao Estado e à administração pública como prolongamento do ambiente familiar, Holanda (1995) fala da dificuldade dos detentores de posições públicas em fazer distinções entre o público e o privado, uma vez que tinham como referência a família do tipo patriarcal.

Para o funcionário "patrimonial", a própria gestão política apresenta-se como assunto de seu interesse particular; as funções, os empregos e os benefícios que deles auferem relacionam-se a direitos pessoais do funcionário e não a interesses objetivos. [...] A escolha dos homens que irão exercer funções públicas faz-se de acordo com a confiança pessoal que mereçam os candidatos, e muito menos de acordo com suas capacidades próprias. (HOLANDA, 1995, p. 145-146).

É importante destacar que, a partir do século XVI, o país passou a utilizar mão-de-obra escrava, principalmente na produção de cana-de-açúcar. Essa economia tinha sua estrutura baseada nas grandes propriedades, nas quais as condições de vida dos trabalhadores, em sua maioria escravos negros, eram precárias. Havia também uma população que era legalmente livre. Porém, “a lei que vigorava era a dos coronéis, que se portavam como donos, não só dos escravos, mas também dos trabalhadores que dependiam deles para viver”. (COUTO, 2008, p. 78).

Como aponta Carvalho (2002, p. 15),

Em três séculos de colonização [...] os portugueses tinham construído um enorme país dotado de unidade territorial, linguística, cultural e religiosa. Mas tinham também deixado uma população analfabeta, uma sociedade escravocrata, uma economia monocultora e latifundiária, um Estado absolutista. À época da independência, não havia cidadãos brasileiros, nem pátria brasileira.

Com a proclamação da Independência do Brasil, em 1822, tem início no país o período Imperial, que se estende até 1889, no qual são mantidas características fortemente patrimonialistas, com grandes privilégios para as elites da época. Esses traços de administração patrimonialista foram, conforme analisa Holanda (1995), determinantes para o desencadeamento da concentração de renda, da desigualdade e miséria social e da subserviência dos cidadãos.

Nesse período foi também preservada a ordem econômica e mantida a escravidão. Na análise de Carvalho (2002), a escravidão, a grande propriedade rural e um Estado comprometido com o poder privado são heranças do período colonial.

Para Costa (2006, p. 113),

O Estado brasileiro, criado a partir do processo de libertação nacional, foi ocupado pelas elites rurais, sem romper com seu caráter subalterno à ordem mundial [...]. A construção do Estado nacional não alterou as condições de vida da população trabalhadora. A permanência do regime escravocrata e a concentração de renda e riquezas na elite rural inibiram o potencial de transformações sociais.

Houve, entretanto, alteração na estrutura estatal. Na Constituição Brasileira promulgada em 1824 foram instituídos os quatro poderes políticos: Executivo, Legislativo, Judiciário e Moderador. Este último sobrepunha-se aos demais uma vez que era exercido pessoal e privativamente pelo imperador, de forma arbitrária. Apropriado pelo imperador, chefe do poder executivo, o poder Moderador comandava a administração e a política. (FAORO, 2001; COUTO, 2008).

Contudo, de acordo com Souza Filho (2011), nesse mesmo período, instaurou-se uma crise na economia colonial uma vez que, no contexto do desenvolvimento do capitalismo industrial dos países centrais, houve novas exigências de produção - produtos alimentares e matérias primas produzidas em massa - como forma de rebaixar os custos de reprodução da força de trabalho e de outros elementos que compunham o capital constante. Isso demandou uma articulação entre os proprietários rurais e os setores da burguesia comercial que passam a expressar a composição da classe dominante da economia mercantil escravista nacional.

Para consolidar essa modalidade de economia exportadora capitalista, eram necessários instrumentos de caráter administrativo, a fim de criar as condições para o exercício de uma dominação que extrapolasse o âmbito local e que se

expressasse nacionalmente. Isso somente foi possível por meio de uma ordem formal-legal – a burocrática¹⁸. (SOUZA FILHO, 2011).

A partir desse momento passa a existir na administração pública brasileira uma combinação entre patrimonialismo e burocracia, que irá constituir-se em um traço marcante da gestão pública do país. A primeira, conduzida pelos proprietários rurais que buscavam manter uma estrutura vinculada à tradição como forma de conter as fortes manifestações de racionalidade burocrática, que pudessem colocar em risco sua capacidade de dominação. A segunda, como forma de garantir o desenvolvimento do capitalismo, que no país se dava por meio da economia exportadora, que pressupunha o fortalecimento de um corpo burocrático do Estado. Contudo, dada essa combinação, a burocracia brasileira acabou por assumir um caráter conservador. (SOUZA FILHO, 2011).

Portanto, apesar da formação de um Estado Nacional, das tentativas de intensificação do desenvolvimento com a expansão de novas formas de atividades econômicas, da inspiração nos componentes do liberalismo, as influências históricas e sociais impediram a ruptura com elementos da ordem colonial.

Na análise de Behring e Boschetti (2007), nas condições brasileiras, o liberalismo, permeado pelo favor, pelo clientelismo e a escravidão, o Estado é visto como instrumento de incorporação e institucionalização do predomínio das elites dominantes, em uma completa indistinção entre o público e o privado.

No que diz respeito às necessidades sociais da população, no âmbito das grandes propriedades, seu atendimento era responsabilidade dos proprietários. Para os que se encontravam fora dessa realidade, o atendimento aos pobres era realizado por instituições religiosas, sem a interferência do Estado.

Também analisando esse contexto e as formas de acesso dos trabalhadores a bens e serviços sociais, Yazbek (2012, p. 295) aponta que,

No caso brasileiro, experiência colonial e a escravidão prolongada colocaram historicamente, para os trabalhadores, a responsabilidade por sua própria sobrevivência. Desse modo, até fins do século XIX, ganharam corpo obras sociais e filantrópicas, ações de ordens religiosas e redes de solidariedade e familiares [...].

É importante destacar que, nesse período, instalaram-se no Brasil imigrantes

¹⁸ Tomando como referência a sociologia weberiana, Souza Filho (2011, p. 60) afirma que “A burocracia é a expressão da administração capitalista, na medida em que define racionalmente o

europeus que, aos poucos, substituíam a mão de obra escrava. Deles surgiram demandas no campo social, cujas respostas dadas pelas elites eram na perspectiva do favor e da concessão. (COUTO, 2008).

Além dos aspectos já apontados, no período colonial e imperial, o Brasil teve uma administração pública altamente concentrada no nível central.

Em 1889 foi proclamada a República Federativa do Brasil. A chamada Primeira República (ou República Velha), que perdurou de 1889 a 1930, caracterizada como a transição entre a monarquia e a república, foi também marcada pela hegemonia da oligarquia rural, em uma economia agroexportadora e com uma efervescência político-social. Embora trouxesse consigo compromissos que se relacionavam à democratização e à moralização da vida pública, a criação de um sistema jurídico e político com base no federalismo e a modernização da economia mediante o estímulo à industrialização, houve obstáculos decorrentes do legado dos períodos colonial e imperial. (NOGUEIRA, 1998). Ainda conforme o autor,

A supremacia da burguesia agrária (em especial de São Paulo) manterá o país voltado para a produção de matérias-primas e alimentos destinados ao mercado externo, fazendo com que o café conheça sua glória e deixe sua posição subordinada aos demais ramos da economia. (NOGUEIRA, 1998, p. 24).

Após a Proclamação da República, houve mudanças no que diz respeito à organização administrativa, com a extinção das antigas províncias que se transformaram em estados, para os quais foram nomeados governadores. Além disso, no processo de discussões para a elaboração da nova Constituição brasileira, ganharam relevância alguns temas relacionados à forma de governo, aos poderes discricionários do Executivo, ao poder do governo central e dos governos regionais. (COSTA, 2006).

Com a promulgação da Constituição de 1891, houve a extinção de mecanismos de centralização do poder, a exemplo do poder Moderador, mediante a separação entre os três poderes, com limitações ao poder executivo. Entretanto, houve, já no primeiro governo da República, resistências em respeitar o Poder

Legislativo. Apesar disso, esse é um período caracterizado pela descentralização do poder. (COSTA, 2006).

Como analisa Souza Filho (2011), embora a República tenha promovido uma perda de prestígio para a aristocracia e que alguns proprietários rurais tenham passado por um declínio econômico, o poder local se manteve por meio de uma prática coronelista. Os coronéis atuavam como mediadores entre o poder estadual e nacional e a população local, através da proteção que lhe ofereciam, na perspectiva do favor, especialmente à população eleitora. Para o autor, “essa forma de delegar poder público para o campo privado, expresso pelo compromisso coronelista, fortalece a dimensão patrimonialista em sua vertente local”. (SOUZA FILHO, 2011, p 94-95).

No que tange às necessidades sociais, nos primeiros anos da República, houve a indicação de algumas poucas iniciativas de legislação social, como: a conquista do direito à pensão e os 15 dias de férias pelos funcionários da Imprensa Nacional e pelos ferroviários em 1889, que foram estendidos aos funcionários do Ministério da Fazenda em 1890; a primeira legislação para a assistência infantil no Brasil, que regulamentava o trabalho infantil, que determinava a idade mínima de 12 anos para o trabalho; e o direito de pensão aos funcionários da Marinha em 1892. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Conforme analisam essas autoras, a instituição de direitos sociais¹⁹ no país se deu por meio dessa dinâmica categorial, e vai consistir na tônica da proteção social até os anos de 1960.

Outras ações, em especial no campo da assistência social, eram realizadas pela Igreja Católica. Sob ao domínio da agenda liberal, o Estado não intervinha por considerar que o social não era função pública e a proteção, responsabilidade dos próprios indivíduos. Ou seja, realizada sem a participação das camadas populares e sem o objetivo de dar respostas às suas reivindicações, as mudanças políticas realizadas no período não promoveram alterações em suas precárias condições de vida.

¹⁹Tratando do longo caminho da cidadania no Brasil, Carvalho (2002) analisa que houve uma inversão da sequência cronológica, e também lógica, estabelecida por T. A. Marshall em relação à constituição dos direitos de cidadania (civis, políticos e sociais), como ocorreu na Inglaterra – aqui, os direitos sociais precederam os demais. Fazendo referência especialmente ao período do governo Getúlio Vargas, afirma que primeiro vieram os direitos sociais, implantados em período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis por um ditador que se tornou popular. Ou seja, a ausência de liberdade política foi compensada pelo autoritarismo com o paternalismo social.

É importante destacar que, a partir do início do século XX, a população operária, constituída majoritariamente por imigrantes, que trazia experiências dos movimentos anarquistas e socialistas europeus, começou a organizar os primeiros sindicatos, na agricultura e nas indústrias rurais. Em 1907, foi reconhecido o direito à organização sindical. Entre as mobilizações populares das duas primeiras décadas, destacam-se as greves de 1905, 1917 e 1919. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Decorrentes dessas mobilizações, nesse período surgiram as primeiras iniciativas de legislação voltadas para o mundo do trabalho. A Lei do Acidente do Trabalho, em 1919, responsabilizava as empresas industriais pelos acidentes envolvendo os operários. Em 1923, a Lei Eloy Chaves instituiu a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). A primeira delas reconheceu a categoria profissional dos ferroviários, que tinha um bom nível de organização e que, portanto, representou, naquele momento, uma tentativa de cooptação do movimento dos trabalhadores. (SPOSATI et al., 2007).

Outras categorias de trabalhadores estratégicos no processo de produção e circulação de mercadorias e, portanto, detentores de poder de pressão obtiveram prioridade na implantação de suas CAPs. Lembramos que as poucas legislações anteriores também privilegiavam essas categorias, exatamente pelo fato de serem imprescindíveis para garantir as condições da economia, então voltadas para a exportação do café - principal produto.

As CAPs se disseminaram rapidamente e, mais tarde, na década de 1940, transformaram-se nos Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAPs, para cobrir riscos ligados à perda da capacidade laborativa, voltados para as categorias de trabalhadores estratégicos, cujos planos eram pouco uniformizados. Essas ações, orientadas pela lógica contributiva do seguro, identificam-se com o modelo bismarkiano implantado na Alemanha.

A política social brasileira teve, assim, sua origem no final da Primeira República, quando a questão social ganhou evidência²⁰ no processo de industrialização, que substituiu o modelo de acumulação agroexportadora, então em

²⁰Coloca-se “ganhou evidência” considerando que, de acordo com Ianni (2004), desde a vigência do regime de trabalho escravo, a questão social já estava posta. Contudo, com a abolição da escravatura, a exigência do trabalho livre e as lutas por melhores condições de vida e trabalho, os setores dominantes e os governos foram levados a reconhecê-la. Nos termos colocados pelo autor (IANNI, 2004, p. 104), “Ainda que utilizem outras denominações e preconizem a violência contra as reivindicações e os protestos, [há o reconhecimento de] que algo pode mudar, sem que o *status quo* seja abalado. Tanto assim que ao longo das décadas de 1920 e 1930, os governantes e os setores dominantes começaram a admitir que a questão social poderia deixar de ser considerada um problema de polícia, e começar a ser tratada como um problema político”.

crise. Portanto, segundo Yamamoto e Carvalho (2000, p. 77) emerge como expressão “do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e do seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado”.

Em relação à ordem administrativa, embora a Primeira República tenha trazido avanços em termos legislativos e, apesar das exigências de uma ordem racional-burocrática para o desenvolvimento capitalista no país, o patrimonialismo, neste período da política dos governadores, articulado ao sistema do coronelismo, fez com que houvesse o predomínio na administração pública brasileira, de uma burocracia restrita a serviço das oligarquias. (SOUZA FILHO, 2011).

No final dos anos 1920, a economia brasileira com seu sistema oligárquico exportador vinha mostrando sinais de esgotamento e havia a necessidade de viabilizar um novo sistema de poder, fundado no compromisso interelites de industrializar o país. Dessa forma, o início da industrialização deu-se com os produtos agrícolas – beneficiamento do café, ensacamento e transporte para os portos, pelas ferrovias, já que a produção estava interiorizada. Assim, começou a surgir uma burguesia industrial, porém vinculada à própria burguesia agrária, ou seja, o processo de industrialização no país surge de forma integrada aos interesses agrários, especialmente dos setores ligados ao café. (NOGUEIRA, 1998).

A crise internacional de 1929, porém, teve importantes repercussões no Brasil, uma vez que sua economia estava fundada na monocultura do café para exportação e garantia às oligarquias cafeeiras do poder assegurar seus interesses econômicos e políticos. Conforme analisam Behring e Boschetti (2007), com a crise, essas oligarquias ficam vulneráveis e os setores empresariais não ligados ao café, insatisfeitos por não integrarem o “núcleo duro do poder”, aproveitaram-se do cenário para promover alterações na correlação de forças e diversificar a economia do país. Essa situação, aliada ao quadro de efervescência social e política, proporcionou as circunstâncias adequadas para a Revolução de 1930, que levou ao poder Getúlio Vargas.

Aproveitando-se da conjuntura que se abriu com a crise de 1929, o Estado brasileiro, em sintonia com as tendências mundiais, guardadas as particularidades do país, passou a intervir de forma mais direta na economia. Assume, assim, a função não apenas de garantidor da ordem capitalista, como também de empreendedor, participando ativamente e diretamente do próprio sistema de produção e

acumulação, criando empresas estatais, inicialmente de ferro e aço e posteriormente do petróleo. (NOGUEIRA, 1998).

De acordo com Yamamoto e Carvalho (2000, p. 151),

O Estado assume paulatinamente uma organização corporativa, canalizando para sua órbita os interesses divergentes que emergem das contradições entre as diferentes frações dominantes e as reivindicações populares, para, em nome da harmonia social e desenvolvimento, da colaboração entre as classes, repolitizá-las e discipliná-las, no sentido de se transformar num poderoso instrumento de expansão e acumulação capitalista.

Nos primeiros anos, a tônica do Governo Vargas esteve voltada, basicamente, para a manutenção da ordem interna, a criação de novas bases fiscais para o Estado e para solucionar questões políticas internas. (COSTA, 2006).

Neste momento estava em discussão, no mundo capitalista, a teoria de Keynes, fortalecendo a ideia de Estado interventor em contraposição aos ideais liberais

A modernização da máquina administrativa passou a ser uma preocupação, levando à institucionalização de um modelo de administração pública voltado para o rompimento com as características do modelo patrimonialista que, então, contrariava os interesses da burguesia brasileira que ganhava corpo naquele momento de industrialização do país.

Para Cohn (2003), na ordem administrativa do Estado brasileiro, amplia-se, desenvolve e fortalece a estrutura burocrática, tendo como referência os postulados de Max Weber para quem o raciocínio burocrático reside na ideia de ordenamento e dominação legitimada pela existência de normas.

Tendo em vista, contudo, a expansão capitalista de base industrial, o governo precisava também do apoio das oligarquias agrárias, como forma de manter a dominação de classe. Essa preocupação advinha do fato de que havia certo nível de mobilização da classe trabalhadora e, portanto, era preciso evitar o risco de ampliação dos direitos dos trabalhadores em detrimento dos privilégios da classe dominante. Houve, assim, a busca de uma coalisão entre a oligarquia agrária e a burguesia industrial, mediante a manutenção do elemento patrimonialista como componente para a dominação de classe. (SOUZA FILHO, 2011).

Não obstante tal estratégia, era indispensável fortalecer a estrutura burocrática brasileira, especialmente a partir de 1937, quando, por meio de um

golpe, instalou-se a ditadura varguista – o chamado Estado Novo, que, para ser realizado, Vargas decretou uma nova Constituição. Inspirada na constituição autoritária da Polônia, a nova Carta Magna brasileira trouxe em seu conteúdo disposições altamente centralizadoras, com poderes concentrados nas mãos do chefe do Executivo

Com o objetivo de modernizar a administração pública, e, sobretudo, de mantê-la sob seu controle, em 1938 o governo Vargas criou o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), que se tornou símbolo desse período. Esse Departamento substituiu o Conselho Federal do Serviço Público Civil (CFSPC), criado em 1936. (NOGUEIRA, 1997a).

Ao DASP, conforme descrito no texto do Decreto-Lei nº 579, de 30 de julho de 1938, que o instituiu, competia: analisar, avaliar e determinar modificações na organização dos serviços públicos; classificar cargos do funcionalismo e selecionar os candidatos por meio de testes seletivos; promover readaptações e aperfeiçoamento de quadro de pessoal; organizar orçamentos, fiscalizar os serviços públicos, entre outras ações. (BRASIL, 1938).

Apesar desse impulso reformador, o próprio texto legal demonstra que o órgão era dependente das ordens diretas do Presidente. Isso permitia apadrinhamentos nos cargos públicos e a convivência com outros “desmandos” de natureza política, como a dualidade entre funcionários concursados e indicados. A associação do DASP e seus braços (os chamados “Daspinhos”) com as nomeações de interventores dos estados apenas contribuiu para fortalecer o comando centralizado e ditatorial do governo. (SOUZA FILHO, 2011; COSTA, 2006; NOGUEIRA, 1997a).

Da mesma forma que no campo econômico, houve também uma expansão do papel do Estado no plano social. Essa atuação deu-se tendo em vista os objetivos de expansão capitalista e em razão da emergência da classe operária e de suas reivindicações e mobilizações. Isso fez com que fossem impulsionadas medidas de proteção aos trabalhadores e suas famílias, realizadas por meio da legislação trabalhista. Destaca-se que o primeiro ato do governo Vargas, em 1930, foi a criação do Ministério do Trabalho.

Adotando um discurso nacionalista, de desenvolvimento de empresas nacionais, foi implantado, no Brasil, um Estado - conhecido como Estado Nacional/populista – que possuía um papel fundamental não só na intervenção

capitalista como no controle da sociedade. A fim de organizar o processo de industrialização, pela organização e cooptação dos trabalhadores das cidades²¹, foi incorporando benefícios, com um caráter de “concessão”.

Referindo-se a este contexto, Nogueira (1998, p. 37) afirma que

[...] a legislação trabalhista e social será implantada, mas trará consigo dispositivos legais cerceadores da ação sindical e o paternalismo desmobilizador do Estado; o velho sistema oligárquico de dominação acabará derrotado, mas não será substituído por um regime democrático, e sim por uma articulação elitista administrada por um Estado que submeterá a sociedade a si e assumirá feições bonapartistas, dedicando-se a montagem de um complexo mecanismo de controle social e político das massas emergentes.

Houve, também, já nos primeiros anos desse governo, um estímulo à expansão das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e, posteriormente, sua substituição pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que constituíam autarquias de nível nacional, centralizadas no governo federal. Diferentemente das CAPs, que se organizavam por empresas, os IAPs eram organizados por categorias profissionais. Esses institutos forneceram a base para organização do sistema de previdência social no Brasil.

Outras áreas no campo social também tiveram a atuação do Estado brasileiro nesse período. Em 1931, pelo Decreto Lei 20.351, foi criada a Caixa de Subvenções, voltada à distribuição de auxílios às organizações privadas nas áreas de saúde, educação, assistência social. Dado o caráter centralizador do Estado, as concessões eram realizadas por uma Comissão ligada diretamente ao Presidente da República. (MESTRINER, 2008).

A Constituição Federal de 1934 dispôs também que o Estado se tornou o responsável por assegurar o amparo aos desvalidos. Em 1938 foi instituído o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), como órgão de cooperação do Ministério da Educação e Saúde, caracterizando-se o período por uma política de incentivo ao amparo social privado e filantrópico, por meio de subvenções. (MESTRINER, 2008).

Em 1942, foi criada a primeira grande instituição nacional de assistência social, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), sob o comando da esposa do

²¹ Os trabalhadores do campo, que representavam a grande maioria dos trabalhadores, estavam excluídos desses benefícios.

Presidente da República, Sra. Darcy Vargas. Inicialmente financiada por recursos dos Fundos e Caixas de Pensões e Aposentadorias e, posteriormente, por verbas votadas no Congresso Nacional, a LBA passou a atuar na assistência à maternidade e infância, à velhice, aos necessitados, aos desvalidos e outros grupos considerados menos favorecidos. Sua organização foi feita a partir de uma estrutura nacional, constituída de órgãos centrais, estaduais e municipais, estes últimos reproduzindo a ação federal, com a finalidade de coordenar tanto as obras privadas como as instituições públicas, repassando verbas para ampliação e reequipamentos. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2000; MESTRINER, 2008; YAZBEK, 2012).

Durante todo o governo Vargas, houve, portanto, centralização do controle da assistência social na instância federal pela atuação da LBA e do CNSS, apenas com desconcentração de programas e serviços, o que se manteve nos governos posteriores. A criação do Serviço Social da Indústria (SESI), do Serviço Social do Comércio (SESC) e do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) também foi articulada nesse período, como estratégia de formação e capacitação de trabalhadores para atender a necessidade de modernização do país. Foi ainda criada, em 1943, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), na qual foi instituído um rol de direitos relativos ao trabalho. (COSTA, 2006).

O primeiro governo Vargas (1930 e 1945)²² foi, portanto, caracterizado pelo desenvolvimento da dimensão burocrática na administração do país, exatamente por ser indispensável à expansão capitalista, porém combinada com elementos patrimonialistas. Houve também intervenções no campo social, com foco nos aspectos indispensáveis na regulação entre capital e trabalho, portanto, uma política social de natureza trabalhista. Todas essas intervenções foram marcadas por forte centralização na esfera federal e no próprio Presidente da República.

Esse período foi resumido por Vieira (1995) como um tempo marcado pela mobilização controlada, por uma política econômica de caráter nacionalista e por uma política social de natureza trabalhista. Não houve, nesse período, qualquer preocupação que alcançasse a essência da política social, uma vez que as decisões eram tomadas de forma particular para atender questões importantes e urgentes.

²²Em 1951, Getúlio Vargas volta à Presidência da República, por meio de voto direto, governando o país até 1954, período que, segundo Mestriner (2008), se intensifica seu caráter “populista” de governar, tendo em vista garantir a legitimidade e aprovação popular. Conforme aponta a autora, mediante a concessão de benefícios, o Estado brasileiro “assume o papel de grande ativador social, fortalecendo pelo discurso ainda mais a imagem de Estado-protetor” (MESTRINER, 2008, p. 122).

Em 1945 Vargas foi deposto. Os principais motivos dessa deposição envolveram questões internas e externas ao país que merecem ser apontadas, ainda que de forma bastante sintetizada. Em relação às internas, destacam-se o esgotamento do próprio regime, as manifestações públicas que exigiam democracia e o retorno do governo constitucional, não obstante a existência de movimentos articulados por partidos políticos aliados do governo que pediam sua permanência; o fato de que, com o processo de modernização, as frações burguesas acabaram por se tornar mais diferenciadas e heterogêneas e o governo era incapaz de coordená-las. Por outro lado, o regime ditatorial e o nacionalismo, especialmente este último, eram considerados prejudiciais aos interesses comerciais norte-americanos na América Latina. Acrescente-se a isso as posições de alinhamento oscilantes de Vargas durante a II Guerra Mundial. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

A partir deste evento, são processadas inúmeras mudanças no país. Sob princípios liberais, foi elaborada a Constituição Federal de 1946, na qual foram restabelecidas liberdades da Constituição de 1934, como: eleições diretas para os cargos de presidente e vereadores; igualdade de todos os cidadãos perante a lei; liberdades de associação e de pensamento (com algumas restrições); liberdade de religião e culto; garantia de ampla defesa jurídica de pessoa acusada, entre outras.

Com o processo de abertura política, os estados subnacionais recuperam poder, o que permitiu o desenvolvimento de relações federativas mais equilibradas.

Dado o seu caráter liberal, a Carta Constitucional também enfatizou que o desenvolvimento econômico deveria ser fundamentado na iniciativa privada e que o Estado deveria ter apenas um papel suplementar.

Especialmente a partir dos anos 1950, consolida-se no Brasil um projeto de desenvolvimento focado na estratégia de substituição de importações. De forma especial, no governo de Juscelino Kubitschek (JK), acelerou-se o processo de industrialização – a chamada industrialização pesada. Este governo abriu as portas para o capital internacional, notadamente a indústria automobilística. Para atingir seu Plano de Metas (50 anos em 5), o governo JK utilizou como artifício uma administração paralela, por meio da criação de estruturas alheias à administração direta, como forma de escapar das amarras burocráticas. (RABELLO, 2014; COSTA, 2006).

Conforme aponta Nogueira (1998), tendo em vista o processo de industrialização, houve uma generalização da ideia de que o sistema administrativo

vigente havia se tornado ultrapassado, sem que, contudo, fossem propostas reformas nesse sistema. Assim, para qualificar o Estado para as ações de desenvolvimento e sob a alegação de que a reforma administrativa geraria custos elevados, além de atrasar o processo de industrialização, foram criadas as estruturas paralelas, a exemplo de empresas estatais, fundações e autarquias. (NOGUEIRA, 1997a).

Nesse período, que é considerado o início da entrada brusca do capitalismo monopolista no Brasil, a burguesia industrial, que então conduzia esse processo, realizou uma dupla articulação: com o capital estrangeiro e com os setores tradicionais. Com esses últimos porque, apesar do projeto de industrialização, a vocação agrário-exportadora permanecia ainda muito forte.

Para adequar-se a esse contexto de aceleração do desenvolvimento industrial, a estratégia do ponto de vista administrativo foi o chamado “insulamento burocrático”²³, que também havia sido adotado para a sustentação da ditadura Vargas. (SOUZA FILHO, 2011). Para o autor, distante de ter caráter eminentemente técnico e apolítico, o insulamento burocrático constitui uma estratégia para propiciar às classes dominantes a realização da apropriação do público pelo privado, dentro de uma racionalidade instrumental que não se confunde com o patrimonialismo. Isso se deu, por exemplo, mediante a constituição de agências responsáveis pelo planejamento, cujos quadros administrativos, detentores de grande competência, eram recrutados por escolha e não por processo de seleção pública ou mérito. Esses quadros administrativos, que estavam associados aos setores dominantes, permitiam a privatização do público por quem tivesse acesso a esses canais. (SOUZA FILHO, 2011; NOGUEIRA, 1998).

No governo JK, entre os objetivos de seu Plano de Metas, além dos relacionados à industrialização, a setores de energia e a construção de Brasília, houve a difusão da ideologia dominante de que a pobreza poderia ser erradicada por meio do capitalismo e que a industrialização seria a forma de se chegar ao desenvolvimento. (COSTA, 2006).

Neste período ocorrem as grandes discussões sobre a saúde pública no

²³ “[...] é o processo de proteção do núcleo técnico do Estado contra a interferência oriunda do público ou de outras organizações intermediárias. [...] O insulamento burocrático significa a redução do escopo da arena em que interesses e demandas populares podem desempenhar um papel [...]”. (NUNES, 1997, p. 34 apud SOUZA FILHO, 2011, p. 109).

âmbito nacional, uma vez que havia no governo a compreensão de que a saúde pública consistia em uma questão de ordem econômica. Para o próprio Presidente, o subdesenvolvimento, em alguns momentos, era resultado das principais endemias que atingiam a população brasileira. Assim, em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), órgão do Ministério da Saúde constituído, especificamente, para combater as doenças de massa. Foram ainda instituídos diversos Grupos de Trabalho para atuar sobre doenças específicas, como a malária, leishmaniose, entre outras. (SILVA, 2008).

Na Previdência houve a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (BRASIL, 1960), além de avanços em termos de educação profissionalizante (VIEIRA, 1995). Contudo, de acordo com o autor (VIEIRA, 1995, p. 127), “as metas econômicas do governo federal não só conviveram com precárias condições da maioria da população brasileira, como ainda permitiram ocultá-las, através da febre desenvolvimentista”.

É ainda importante ressaltar que, neste contexto, houve sérios problemas relacionados ao financiamento das metas do governo, em cujos orçamentos havia previsão de participação da iniciativa privada. No entanto, essa participação foi incipiente, fazendo com que o Estado assumisse a responsabilidade pelos recursos despendidos, o que gerou um descontrole econômico no setor público. Isso promoveu uma crise econômica que foi herdada pelos governos de Jânio Quadros e João Goulart (1961–1964). (COSTA, 2006).

Nesses governos (JQ e JG do início da década de 1960) também não houve alterações na essência da política social, apesar do apoio popular oferecido ao último, que tinha origem trabalhista e representava a ala mais à esquerda do getulismo, cujo discurso incentivava a realização de reformas de base nas áreas educacional, agrária, tributária, eleitoral e urbana. Assim, dados os riscos que os movimentos populares poderiam representar ao capital internacional, considerando que já haviam acontecido as revoluções de Cuba e da China, ocorreu o Golpe de 1964, como forma de conter tais movimentos.

O período 1946-1963, portanto, apresenta características liberal-democráticas com prioridade para a expansão industrial, com a manutenção de uma política social de natureza trabalhista, porém sem criar espaços e permitir que as classes trabalhadoras pudessem participar das decisões sobre os destinos das políticas públicas. As políticas sociais também mantêm o padrão criado no governo Vargas,

focadas na previdência e assistência médica, com incorporação seletiva da classe trabalhadora. Houve alguns aperfeiçoamentos institucionais como a criação de novos IAPs e a separação entre os Ministérios da Saúde e da Educação. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

No plano administrativo, como já apontado, por meio do “insulamento burocrático”, a administração pública direta foi relegada a posição secundária.

O governo autoritário que assumiu o país pelo Golpe Militar de 1964, sob o argumento da defesa e da ordem contra o perigo comunista e de transformar o país em uma grande potência, tinha um projeto de expansão econômica e de internacionalização da economia brasileira.

Para conter as manifestações populares que se intensificavam no país e pôr fim aos movimentos de esquerda e aos partidos nacionalistas, usaram atos institucionais de caráter autoritário e contrários à Constituição Federal de 1946. O Ato Institucional 1, decretado pelo então Presidente Castelo Branco em abril de 1964, cassou partidos e mandatos, suspendeu direitos e proibiu quaisquer mobilizações por parte da sociedade. Outros Atos Institucionais foram decretados no período, sendo o Ato Institucional 5 o mais nefasto deles, consagrando o regime ditatorial, pois centralizou ainda mais poderes no Estado autoritário. (COUTO, 2008).

Por meio de articulações com grupos dominantes, o governo militar promoveu rápida modernização econômica. Na análise de Nogueira (1998),

Para realizar uma rápida acumulação, o regime pôs em prática uma política econômica voltada para a produção de bens de consumo duráveis, favoreceu as grandes empresas nacionais e estrangeiras, capitalizou e privatizou a economia, reduziu salários e estimulou o inchaço do sistema financeiro. (NOGUEIRA, 1998, p. 103).

No que se refere à ordem administrativa, em 1967 foi editado o Decreto-Lei nº 200/67, que dispôs sobre a Reforma Administrativa Federal. Conforme aponta Souza Filho (2011), esse decreto não apresentou grandes inovações em relação ao que já vinha sendo realizado nesta área nas décadas de 1940 e 1950, porém aprofunda e institucionaliza a tendência de consolidação do desenvolvimento do capitalismo monopolista e dependente do país.

Para tanto, promoveu expansão da estrutura administrativa mediante uma proposta de descentralização, naquele momento entendida como a separação entre o planejamento e a execução das ações e programas de governo, operada por meio

da ampliação da administração indireta, mediante a expansão de empresas estatais, sociedades de economia mista, fundações e autarquias. O controle dessas ações era realizado pela própria burocracia do Estado, o que protegia a administração de qualquer interferência dos setores populares e democráticos da sociedade, então considerados “ilegítimos”. (COSTA, 2006; SOUZA FILHO, 2011).

Para Abrúcio (2007), o regime autoritário somente potencializou problemas históricos da administração pública brasileira, a exemplo do descontrole financeiro, fragmentação excessiva das empresas públicas, o que fez com que perdesse o foco da atuação governamental.

Em termos econômicos, na década de 1970, o Brasil viveu o período que ficou conhecido como o do “milagre econômico”, no qual foram registrados altos índices de crescimento. O consumo de bens duráveis alcançou patamares nunca antes vistos, além da construção de estradas, hidrelétricas e a consolidação de um grande parque industrial no país. (COUTO, 2008).

Apesar de ter promovido a modernização, essas ações também levaram o país a uma crise inflacionária e recessiva e trouxe importantes consequências para a política social brasileira que, conduzida de forma tecnocrática e conservadora, fez com que fossem acirradas as contradições sociais no país. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Na tentativa de obter adesão e legitimidade, o governo militar promoveu incremento das políticas sociais, que podem ser constatadas a partir das iniciativas a seguir elencadas.

Em novembro de 1966, todos os institutos que atendiam aos trabalhadores do setor privado foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nos anos posteriores, outras inovações ocorrem nessa área, como: os acidentes de trabalho passaram a ser geridos pelo INPS; a previdência foi ampliada para os trabalhadores rurais, por meio do FUNRURAL; houve a ampliação da cobertura da previdência para empregados domésticos e autônomos, a criação da Renda Mensal Vitalícia para idosos pobres e, posteriormente (1977), a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), integrado pelo INPS, do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) e do Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (IAPAS). Contudo, apesar de ter expandido a cobertura da previdência, os representantes dos trabalhadores foram excluídos das decisões. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007; COUTO, 2008; DRAIBE, 1993; MESTRINER, 2008).

No campo educacional, embora tenham ocorrido reformas que estenderam a escolaridade básica obrigatória de 4 para 8 anos, manteve-se a ênfase na política de formação direcionada ao trabalho urbano-industrial. Considerando as altas taxas de analfabetismo, o que criava obstáculos à formação específica para a atuação no mercado de trabalho, foi criado o Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL) (COUTO, 2008).

Foram, ainda, criadas outras instituições, como: o Banco Nacional da Habitação (BNH), que era uma das grandes reivindicações da classe trabalhadora; a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), com o propósito de retirar crianças e adolescentes das ruas e cujas ações eram de caráter repressivo e de recolhimento institucional. A Legião Brasileira de Assistência (LBA) foi transformada em fundação. (MESTRINER, 2008).

Apesar do incremento das políticas sociais, a restrição ao acesso e a baixa qualidade dos serviços, dada a ausência de alterações das bases de financiamento, marcaram as ações governamentais neste período. Além disso, durante o governo militar, foram reforçados espaços para a acumulação do capital nas áreas de saúde, previdência e educação privadas. (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Segundo Mestriner (2008), houve a ênfase ao “equipamentismo” em todas as áreas, a exemplo do campo da saúde onde o Estado financiou, mediante empréstimos a fundo perdido, empreendimentos privados, ampliando a rede hospitalar privada em áreas determinadas por interesses econômicos em detrimento das necessidades da população.

A centralização, a fragmentação, o paternalismo e a estrutura burocrática e sucateada dos órgãos responsáveis por sua implementação também caracterizam as políticas sociais nesse período.

Como forma de compensação ao achatamento salarial e à miséria que se disseminava no país, consolidam-se práticas assistenciais a partir de uma lógica de segmentação de necessidades, problemas e faixas etárias. Essas práticas se expandem nas diferentes instâncias governamentais, dando início a um processo de descentralização das políticas sociais. Em 1966, a Prefeitura de São Paulo cria a Secretaria do Bem-Estar Social, o que também ocorre em outros estados e municípios, o que acaba por promover superposição de ações e pulverização de recursos entre as três esferas de governo. (MESTRINER, 2008).

Fazendo a análise da política social durante o governo militar, Vieira (1995, p.

232) afirma que, “desde 1964, reduziu-se a uma série de decisões setoriais. [...] ofereceu serviços, sem antes perguntar quais eram as necessidades reais”. Consistiu, sobretudo, em uma política de controle e desmobilização da população mais pobre, mantida sob a guarda dos instrumentos técnicos e burocráticos do governo. (VIEIRA, 1995).

Nesta mesma direção, Couto (2008) conclui que o período da ditadura militar foi perverso no que diz respeito à constituição de uma cultura baseada nos direitos, no qual foram reforçados os critérios do mérito, com uma política centralizadora e autoritária e com cerceamento da participação popular.

A partir de meados dos anos 1970, começam a aparecer as evidências de esgotamento do regime adotado desde 1964, tanto em função de fatores externos de ordem estrutural e conjuntural no âmbito das economias mundiais, entre eles a crise do petróleo, como de limites internos, especialmente pelo acirramento da precariedade das condições de vida da população.

É também neste contexto que ressurgem e se intensificam os movimentos sociais no país empenhados na luta pela redemocratização e pela retomada do Estado Democrático de Direito. Ainda sob fortes medidas repressivas por parte do governo central, essas lutas se estenderam durante os anos de 1980. Esses movimentos de mobilização deram origem à chamada vertente societal de reforma e gestão do Estado. O cerne dessas mobilizações era a inserção da participação da sociedade na gestão pública, questionando a centralidade do papel do Estado. (PAULA, 2005).

Para Couto (2008), o cenário brasileiro dos anos 1980 apresentava um país com grandes dificuldades decorrentes da alta concentração de renda e a consequente precarização das condições de vida da população e, ao mesmo tempo, um tempo pródigo em movimentos sociais.

Um diagnóstico sucinto da política social brasileira até os anos 1980 foi elaborado por Draibe (1992), que aponta algumas características do arcabouço burocrático que deu sustentação a essas políticas, marcado por excessiva centralização, fragmentação institucional, burocratismo e tecnocratismo, ausência de controle dos organismos públicos e alto custo da máquina administrativa. Para a autora, essas características produziram efeitos danosos nas políticas sociais, entre os quais destacam-se: superposição de competências das agências, da população-alvo, dos objetivos e mecanismos operadores, produzindo alto grau de ineficiência e

ineficácia dos programas sociais implantados; ênfase nas ações voltadas aos segmentos mais empobrecidos da população; fragmentação das demandas e dos recursos financeiros, humanos e institucionais; distanciamento entre os formuladores e os executores das políticas/programas; ausência de controle social; instabilidade e descontinuidade dos programas sociais; e, peso desproporcional dos interesses burocráticos, corporativos e privados na dinâmica de funcionamento da máquina administrativa do Estado. (DRAIBE, 1992).

De 1980-1985, sob o governo de João Baptista Figueiredo (o último do regime militar), houve um agravamento dos resultados trazidos do período anterior, o que gerou descontrole da inflação, queda dos índices de arrecadação da receita fiscal, além do aumento da concentração de riquezas e, portanto, das desigualdades sociais, levando ao acirramento da questão social. Nesse mesmo tempo, o país viveu um forte movimento da população que lutava também pelas eleições diretas para a Presidência da República, mas que resultou em uma eleição indireta, dada a forma como foi conduzida pelo regime militar, dando início à chamada fase da Nova República no Brasil.

De acordo com Nogueira (1997), o governo da Nova República, concentrado no processo de “reconstitucionalização” do país e no combate à inflação, não promoveu mudanças significativas em termos da administração pública.

No que tange às políticas sociais, tendo em vista o enfrentamento da situação apontada por Draibe (1992), o governo criou Programas de Prioridades especialmente voltados para o combate à miséria e, ainda, instituiu comissões setoriais com o objetivo de propor reformulações gerais na área social. Contudo, essas propostas ficaram limitadas ao discurso, reforçando o padrão clientelista e assistencialista das políticas sociais. (SOUZA FILHO, 2011).

Tem destaque nesse período o protagonismo dos movimentos sociais, e sua participação no processo Constituinte, especialmente por meio de emendas populares, na perspectiva de construção de uma Constituição que contemplasse a ampliação dos direitos sociais e a cidadania.

Como resultante da atuação dos movimentos sociais, parte dos princípios, que posteriormente foram enunciados na Constituição, já começaram a ser implementados em diversos setores de políticas sociais. Entre eles podem ser citados: a descentralização administrativo-financeira e a unificação da gestão da saúde com a criação, em 1987, dos Sistemas Unificados e Descentralizados de

Saúde (SUDS); a isonomização dos benefícios urbanos e rurais na Previdência Social. (SCOREL, 2008; SOARES, 2001).

Portanto, de acordo com Souza Filho (2011), embora o governo da Nova República não tenha obtido êxito na superação da crise econômica nem na promoção de avanços em relação às políticas sociais, produziu um excelente diagnóstico no que diz respeito à perspectiva democrática.

1.2.2 O Período Pós 1988

A construção da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) foi marcada por disputas de projetos e interesses específicos. De um lado, as expectativas de mudanças dos movimentos sociais e dos trabalhadores e, de outro, as propostas de caráter neoliberais, que já estavam presentes nesse momento.

O conteúdo defendido pelos movimentos sociais²⁴ foi assimilado especialmente no que diz respeito ao Título da Ordem Social. Esse texto trouxe inúmeras inovações, tornando a CF/1988 o marco legal das mudanças na política social brasileira, com a ampliação das responsabilidades do Estado em dar respostas às formas de expressão das desigualdades sociais

O Artigo 6º estabeleceu como direitos: “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]”. (BRASIL, 1988).

No campo específico da proteção social, a CF/1988 inaugurou um novo conceito - a Seguridade Social, definida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (BRASIL, 1988). A saúde e a assistência social foram garantidas independentemente de contribuição prévia e a previdência e manteve restrita aos trabalhadores contribuintes. Portanto, a Seguridade Social, instituída pela CF/1988, incorporou princípios do modelo alemão bismarkiano e do modelo beveridgiano inglês.

²⁴Para Souza Filho (2011, p 158), “Esses movimentos lutavam tanto pela democracia social quanto pela ampliação da democracia política. Procuravam garantir, por um lado, as bases de um sistema social institucional-universalista e, por outro, a criação de mecanismo de participação, complementares à tradicional base representativa parlamentar, com o objetivo de garantir, institucionalmente, influência e o controle público das políticas sociais”.

Concordando com Boschetti (2009), a incorporação desses dois modelos na Seguridade Social brasileira poderia ter constituído uma importante perspectiva na direção de um sistema de proteção de caráter universal, redistributivo, público e que garantisse os direitos de cidadania. Contudo, pode-se constatar que houve uma tendência de separação entre essas duas lógicas, com reforço às especificidades de cada uma das políticas. Assim, ao invés da complementaridade, promoveu exclusão entre elas, colocando o conceito de seguridade entre estes dois caminhos – do seguro e da proteção social.

A CF/1988 introduziu princípios relacionados à gestão das políticas sociais, quais sejam: a descentralização político-administrativa e a participação da sociedade na formulação e no controle das diversas políticas setoriais. Tais princípios refletiram a contestação ao modelo autoritário e centralizador vigente no período do governo militar e a indispensável retomada do processo de democratização do país.

No tocante à descentralização político-administrativa, que já vinha se configurando desde os anos 1980²⁵, definindo um novo tipo de arranjo federativo (NOGUEIRA, 1997a), sua introdução no texto constitucional apontou a necessidade de que fosse promovida maior distribuição de competências e funções entre união, estados e municípios, em substituição ao centralismo de poder na esfera federal. O município foi reconhecido como ente federado, o que supõe ser dotado de autonomia, de poder de decisão.

A descentralização envolveu a transferência de recursos da União para os demais entes federados e distribuiu competências tributárias entre as esferas governamentais. (CASTRO, 2009).

A perspectiva política da descentralização, presente no texto constitucional, trouxe a ideia de democratização, de transparência das decisões, de aproximação ao cotidiano da população, de possibilidades de controle sobre as ações do Estado e de serviços públicos mais eficientes.²⁶

Vista nesta perspectiva, a CF/1988 é considerada por Paula (2005) o ápice da vertente societal de reforma e gestão do Estado, quando foram estabelecidas novas

²⁵Conforme já apontado, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados da Saúde (SUDS), implantados no campo da saúde.

²⁶Para Nogueira (1997a), esse processo, que já vinha ocupando lugar relevante na agenda de reformas do setor público desde o final dos anos 1970, adquire características particulares: supera o caráter meramente técnico, fiscal e administrativo, e assume uma natureza política ao incorporar a participação da sociedade.

bases da relação entre o Estado e a sociedade.

Em relação à gestão pública, foram inseridas propostas que buscaram, por meio de sua dimensão democrática, garantir a impessoalidade, no mérito e na proteção do cargo, além da instituição de instrumentos de participação e controle da sociedade sobre a ordem administrativa. Isso significa que é garantida a “espinha dorsal” burocrática, mas também expande instrumentos de controle democrático. (SOUZA FILHO, 2011).

Todavia, esses avanços ocorreram em um contexto marcado por importantes alterações no quadro geopolítico mundial. Como resultado da crise do capitalismo contemporâneo, somado à queda do Leste Europeu, houve nos anos 1980 um declínio, em todo o mundo, das concepções socialistas. Nesse contexto, as teses neoliberais ganharam força no mundo capitalista.

De acordo com Soares (2002), o processo de ajuste e das reformas neoliberais nos países da América Latina ocorreu em momentos diferenciados. No Chile, esse processo se iniciou nos anos 1970, mas é a partir dos anos 1980 que a maioria dos países latino-americanos desencadeou esses ajustes. No Brasil, em razão do seu estágio de desenvolvimento, as repercussões dessa crise operaram fortemente nos anos 1990.

Dessa forma, os avanços alcançados na CF/1988 ocorreram no momento em que no mundo se implementavam as reformas neoliberais. Fazendo referência à CF/1988, Costa (2006, p. 148) conclui que “nasceu marcada pela contradição histórica, fruto da mobilização popular, da democratização da sociedade, num contexto em que a ofensiva neoliberal cobrava a redução do Estado na regulação econômica e social”.

O governo Collor (1990-1992) assumiu o ideário neoliberal e adotou medidas de liberalização comercial e financeira e de redução da máquina pública, sem que conseguisse produzir efeitos no combate da inflação, considerado o grande desafio naquele período. Ao contrário, levou o país a uma recessão econômica, com aumento do desemprego e sucateamento dos serviços públicos, em especial os de natureza social. (SOUZA FILHO, 2011).

Em relação aos direitos consagrados na Constituição de 1988, o governo Collor promoveu retrocessos ao dar impulso à agenda do Estado Mínimo. Conforme aponta Soares (2001), em relação ao conceito de Seguridade Social preconizado na carta constitucional, houve ampliação da fragmentação, da descoordenação

institucional e burocrática ao dividir a Previdência Social, Saúde e Assistência Social em três diferentes ministérios, embora os recursos dessas áreas tivessem sido alocados em um caixa único do Tesouro Nacional, transformando o Orçamento da Seguridade uma peça de ficção.

Além disso, esse governo deixou de cumprir prazos definidos para o encaminhamento de projetos de legislação complementar de responsabilidade do executivo, além de ter vetado dispositivos essenciais constantes em projetos já submetidos ao Legislativo. Um dos exemplos se refere à Lei 8080/90 - Lei Orgânica da Saúde, em que foram vetados os artigos que tratavam da participação da sociedade no Sistema Único de Saúde (SUS). Vale ainda registrar que o Projeto de Lei de regulamentação da Assistência Social foi vetado integralmente, assim como o Plano de Benefícios e a Lei Orgânica da Seguridade foram aprovados somente em segunda propositura. (MESTRINER, 2008).²⁷

Fatos envolvendo assistencialismo eleitoral utilizando recursos do Ministério de Ação social (notadamente da LBA) e outros esquemas de corrupção no aparelho do Estado, que se tornaram públicos, foram determinantes no processo de *impeachment* do então Presidente Collor. Assumiu o vice-presidente Itamar Franco, tendo como Ministro da Fazenda o sociólogo Fernando Henrique Cardoso (FHC) que formulou e implementou um plano de estabilização econômica fundado nos preceitos neoliberais. No ano de 1994 esse ministro foi eleito o presidente do Brasil.

A partir de 1995, no governo FHC, sob a orientação e estímulo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, nos termos propostos pelo Consenso de Washington²⁸, as propostas de reforma do Estado foram implementadas como condição para garantir a estabilidade econômica e controle do processo inflacionário, mediante abertura comercial e financeira, privatizações, reformas pró-

²⁷ Quanto à Lei Orgânica de Saúde, imediatamente após os vetos, houve ampla mobilização do movimento sanitário e, em setembro do mesmo ano, foi sancionada a Lei 8142/90 tratando da questão da participação da sociedade na gestão do SUS. O Plano de Benefícios e a Lei Orgânica da Seguridade foram aprovados em 1991 e a Lei Orgânica da Assistência Social, em 1993.

²⁸ Trata-se de um conjunto de medidas formuladas em 1989, em reunião realizada em novembro de 1989, na capital política do mundo capitalista – Washington - entre os presidentes eleitos da América Latina (dentre estes o Brasil) e os representantes do Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) que, conforme Tavares e Fiori (1993, p. 18), caracteriza-se por “um conjunto, abrangente, de regras de condicionalidades aplicadas de forma cada vez mais padronizada aos diversos países e regiões do mundo, para obter apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais. Trata-se também de políticas macroeconômicas de estabilização acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes”.

mercado, juros elevados e contenção dos gastos e investimentos públicos. (TEIXEIRA; PINTO, 2012). Tais reformas foram consolidadas no Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), sob a coordenação do então Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira.

Ao apresentá-lo, o próprio Presidente da República argumenta que o Plano teve como finalidade a criação de condições para a reconstrução da administração pública brasileira em bases modernas e racionais, considerando que, não obstante avanços ocorridos em períodos anteriores com a implementação de uma administração baseada em princípios racionais e burocráticos, ainda persistiam na administração pública brasileira vícios que precisavam ser exterminados, como o patrimonialismo, o clientelismo e o nepotismo. (BRASIL, 1995) Nos termos colocados pelo então Presidente, o “salto adiante” seria

[...] uma administração pública que chamaria de ‘gerencial’, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle de resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão, que, numa sociedade democrática, [...] se torna “cliente privilegiado” dos serviços prestados pelo Estado. (BRASIL, 1995, p. 7).

Portanto, o modelo de gestão pública preconizado foi a administração pública gerencial ou nova administração pública, cuja direção demonstrava uma identificação com a administração privada. Conforme aponta Costa (2000, p. 68), “as linhas gerais da Reforma do Estado evidenciam que o Governo FHC alinhou-se ao figurino liberal da conjuntura dos anos 1990, assumindo a crise do Estado como um excesso de Estado”.

O ajuste fiscal, as reformas orientadas para o mercado, a reforma da previdência social, a inovação dos instrumentos de política social e a reforma do aparelho do Estado foram prioridades apontadas no Plano, com a distinção três áreas de atuação: as atividades exclusivas do Estado; os serviços sociais e científicos do Estado e a produção de bens e serviços para o mercado. No segundo grupo foram incluídas as escolas, as universidades, os centros de pesquisa científica e tecnológica, as creches, os ambulatorios, os hospitais, entidades de assistência aos carentes, entre outros, ou seja, serviços sociais próprios das áreas de saúde, educação, assistência social. Conforme expresso no Plano, esses serviços poderiam ser prestados pela iniciativa privada e/ou pelas organizações não governamentais que integrariam o chamado setor público não estatal. (BRASIL, 1995).

Na análise de Batista (1999), esse projeto de reforma do Estado colocou em prática a lógica do capital ao privatizar bens públicos e transferi-los para a iniciativa privada com todas as concessões possíveis; ao defender a redução do tamanho do Estado, atingindo diretamente o funcionalismo público; ao assumir apenas o papel de regulamentador, fiscalizador e fomentador das políticas públicas e não o responsável por sua execução, entre outros.

Além disso, deu ênfase à descentralização, nesse momento, entendida como a transferência de responsabilidades para os demais entes federados e, sobretudo, para a sociedade, por meio das organizações sociais²⁹ a quem se apelou para o desenvolvimento de ações de caráter assistencialista, voluntário e filantrópico.

Em especial no que diz respeito às políticas integrantes da Seguridade Social, a reforma da Previdência, a redução de investimentos na saúde, a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) - de natureza emergencial e focalizado -, a dissolução de forma truculenta da LBA e a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar, ao mesmo tempo que implantou o Programa Comunidade Solidária, são algumas características da atuação no campo social.

Vale destacar que o Programa Comunidade Solidária foi lançado no primeiro dia do novo governo (FHC). Desconsiderando as conquistas alcançadas pela Assistência Social, como seu reconhecimento como política pública integrante da Seguridade Social, da aprovação de sua Lei Orgânica (LOAS), da criação de um Sistema Descentralizado e Participativo na área, entre tantos outros, o Comunidade Solidária constituiu um programa paralelo, de caráter assistencialista e seletivo de combate à pobreza e que obteve prioridade nesse governo. Sob a coordenação da primeira-dama Ruth Cardoso, reforçava a ideia da assistência social como benevolência, caridade e voluntarismo. (PEREIRA, 2004; SPOSATI, 2007a; YAZBEK, 1998).

Conforme aponta Raichelis (2000, p. 109),

A criação do Programa Comunidade Solidária entra em rota de colisão com o que determina a Constituição, quando trata da Seguridade Social como

²⁹ A Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, dispôs sobre a criação das entidades com personalidade jurídica de direito privado como Organizações Sociais (OS). Mediante Contratos de Gestão, as OS estavam qualificadas a prestar serviços nas áreas de serviços de educação, saúde, meio ambiente, pesquisa e desenvolvimento tecnológico. (BRASIL, 1998b).

área que articula a Saúde, a Previdência e a Assistência Social por meio de ações universais, integradas e continuadas de proteção social e garantia de direito.

Mediante articulações entre órgãos estatais e organizações da sociedade civil, o Programa Comunidade Solidária se caracterizou por transferir responsabilidades da esfera pública para além do âmbito estatal.

A partir destas constatações, pode-se afirmar que, a despeito dos marcos constitucionais que indicavam a adoção de uma política social de padrão democrático, no que diz respeito tanto ao acesso quanto à participação da sociedade, as repercussões da ofensiva neoliberal tiveram como desdobramentos o afastamento do Estado da área social. Esse afastamento se deu mediante a construção de “um discurso em favor do individualismo pragmático, deixando pessoas e grupos entregues à própria sorte ou, na melhor das hipóteses, a uma rede comunitária de solidariedade”. (SOARES, 2002, p. 75).

Nas eleições de 2002 chegou à presidência do país um líder operário e sindical, Luis Inácio Lula da Silva, representante do Partido dos Trabalhadores (PT). Isso gerou expectativas, especialmente em relação à consolidação de mecanismos institucionais de participação junto ao Estado, à democratização das estruturas políticas e à orientação econômica e social.

Todavia, o início de seu mandato foi marcado por ambiguidades decorrentes da convivência, no interior do próprio governo, de forças que defendiam a manutenção da ortodoxia econômica, especialmente na área econômica, que defendiam claramente a direção de um Estado Mínimo, e de setores que defendiam um Estado cujas prioridades estivessem voltadas para a construção de uma agenda social, nos moldes estabelecidos pela CF/1988, fundada nos princípios de universalidade, de proteção social e de garantia de direitos sociais (FAGNANI, 2011).

Sob forte influência da ortodoxia econômica e de seus argumentos de que a economia enfrentava um momento crítico relacionado a riscos cambiais e volta da inflação e da necessidade de tranquilizar o mercado, o governo Lula não promoveu alterações no que diz respeito às políticas macroeconômicas.

De acordo com Druck e Filgueiras (2007), esse governo manteve as linhas mestras da política econômica do governo que o antecedeu (FHC), identificando uma tendência de continuidade no modelo de desenvolvimento, com políticas que se

caracterizaram pela dominação da lógica financeira, com a manutenção dos juros atrelados às metas da inflação e com o esforço para a geração de superávit primário para pagamento da dívida e, portanto, de restrição dos gastos públicos.

Não obstante tais orientações, houve ampliação dos recursos para as políticas sociais, notadamente na Política de Assistência Social, como se poderá observar ao tratarmos das iniciativas no campo social.

No tocante à administração pública, segundo Abrúcio (2007), houve continuidade de diversas iniciativas anteriores de modernização do Estado brasileiro, com destaque para o aperfeiçoamento de importantes mecanismos de controle da corrupção, a exemplo da reestruturação na Controladoria Geral da União e das ações da Polícia Federal. Ainda nesse campo da modernização da administração pública, a implantação do Programa Nacional de Apoio à Modernização da Gestão e Planejamento dos Estados e do Distrito Federal (PNAGE) e o Programa de Modernização do Controle Externo dos Estados e Municípios Brasileiros (PROMOEX), foram consideradas experiências bem-sucedidas. Tais programas tiveram como prioridade reconstruir a administração pública em relação ao planejamento, recursos humanos, interconexão com as políticas públicas e atendimento ao cidadão, tendo em vista recompô-la, dados os efeitos das reformas na direção da redução do Estado realizadas no governo que o antecedeu.

No campo social, o governo Lula foi marcado por inúmeras iniciativas e programas, especialmente direcionados aos segmentos mais empobrecidos da população brasileira³⁰. O combate à fome e à miséria recebeu atenção prioritária, com a implantação do Programa Fome Zero que, em razão da diversidade de ações necessárias ao alcance de seus objetivos, buscou catalisar ações desenvolvidas por diferentes ministérios.

A fim de coordenar as ações deste Programa foi criado o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome, vinculado diretamente à Presidência da República. Conforme expresso no texto da proposta elaborada pelo Instituto Cidadania, o Programa tinha como objetivo romper com o ciclo de pobreza e fome existente no país. Seu eixo central estaria na conjugação entre as intervenções de ordem emergencial com as chamadas políticas estruturais voltadas

³⁰ É importante destacar que, desde a disputa eleitoral, a redução da pobreza e das desigualdades e a inclusão social dos brasileiros constituiu o ponto forte das propostas anunciadas pelo governo Lula.

para distribuição de renda, crescimento da produção, geração de empregos, reforma agrária, entre outras. (INSTITUTO CIDADANIA, 2002; FAGNANI, 2011).

No ano de 2004, o Programa passou a integrar as ações do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que incorporou também as ações do Ministério de Assistência Social.

Às ações do MDS foi também integrada a Secretaria do Bolsa Família – Programa criado em 2003, que ganhou destaque e se tornou a principal estratégia social do governo federal, com unificação dos programas de transferência de renda, destinado às famílias situadas abaixo da linha da pobreza. De acordo com Marques e Mendes (2007), além da unificação de diversos programas sob a coordenação do MDS, houve uma ampliação de sua cobertura sendo já em 2006, raros os casos de municípios brasileiros que não o tivessem implantado. De acordo com os autores, a essa época, o Bolsa Família atendia mais de onze milhões de famílias.

Não obstante o reconhecimento de sua importância para as famílias beneficiadas, desde a sua origem o Programa recebeu críticas e questionamentos a respeito de seu significado uma vez que, sendo um programa de governo e não uma política de Estado, não derivaria dele um direito às famílias beneficiadas. Além disso, argumentava-se que era um programa de caráter emergencial e focalizado e, portanto, reforçava políticas de caráter não universais em detrimento de interesses coletivos. Fazendo a análise desse contexto, Silva, Yazbek e Di Giovanni (2004), embora identificassem a possibilidade de os programas de transferência de renda contribuírem no fortalecimento do sistema de proteção social brasileiro, apontaram para sua necessária articulação a uma política econômica superadora do modelo de concentração de renda que desse lugar a uma perspectiva distributivista.

No âmbito da Política de Assistência têm destaque a aprovação da Política Nacional de Assistência Social e a instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que definiu um novo modelo de gestão dessa política em todo o território brasileiro. Foi, ainda, criado o Sistema Único de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), tendo em vista assegurar o direito à alimentação adequada, integrado por órgãos e entidades das três esferas de governo e organizações privadas, sem fins lucrativos afetas à segurança alimentar e nutricional.³¹

³¹ Importa ressaltar que a instituição de sistemas em diferentes áreas, como forma de uniformização das ações das políticas em todo território nacional com a definição de competências entre as esferas de governo, pode ser apontada como um dos avanços do governo Lula. Além dos já mencionados,

No que diz respeito à Política de Saúde, atendendo às deliberações da Conferência Nacional realizada em 2003, o governo Lula deu ênfase no aprofundamento da Estratégia Saúde da Família, criou o Programa Farmácia Popular, promoveu reestruturações nos Serviços de Urgências e Emergências (SAMU), expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a instituição de uma política de saúde bucal. (FAGNANI, 2001; MENICUCCI, 2011). Todavia, entre as ações nesse setor, tem destaque a formulação do Pacto pela Saúde, que consistiu e um conjunto de compromissos pactuados entre as três esferas de governo a respeito de questões fundamentais no processo de gestão do SUS. (BRASIL, 2006b).³²

Além das insatisfações relacionadas ao peso dado aos programas focados na pobreza e extrema pobreza, outras opções do governo Lula foram questionadas e criticadas pelos segmentos que alimentaram expectativas de alterações na política social brasileira. Entre as medidas adotadas e que foram compreendidas como conservadoras, colocando em risco os direitos sociais, se destacaram: a reforma na previdência social, cujos principais pontos já haviam sido apresentados ao Congresso no governo FHC, e derrotadas àquela época; a proposta de Ementa Constitucional que tratava da reforma tributária que, tendo como objetivo simplificar a estrutura fiscal mediante a extinção de tributos e cobranças cumulativas, previa, também, a extinção de fontes de financiamento das políticas sociais previstas no Artigo 195 da CF/1988; o abandono de seu projeto inicial de reforma agrária, que foi substituído pelo modelo do agronegócio e pelo Programa Nacional de Agricultura Familiar (PRONAF), considerado um programa de caráter compensatório; as ações incipientes na direção da Reforma Trabalhista e Sindical; a disputa entre setores do próprio governo de dois projetos no campo da saúde: reforma sanitária e o privatista; entre outras. (BRAVO; MENEZES, 2011; FAGNANI, 2011; MARQUES; MENDES, 2007).

Analisando especialmente o primeiro mandato do governo Lula, Marques e Mendes (2007) afirmam que as políticas sociais foram excessivamente focadas nos

pode ainda ser ressaltada a criação do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social, em 2005.

³² Destaca-se que, ainda no primeiro governo, no campo da educação superior foi criado o Programa Universidade para Todos (PROUNI), destinado a oferecer bolsas de estudos em instituições públicas e privadas para estudantes de baixa renda.

programas de transferência de renda, direcionados à população mais pobre e que estes não foram associados a mudanças estruturais que alterassem os fatores determinantes da pobreza e, assim, não se confrontavam com o desenvolvimento da política econômica, segundo as autoras, voltada para o grande capital.

Críticas semelhantes surgiram entre os movimentos sociais, sindicais e de outros setores da sociedade, relacionadas às reformas da previdência, sindical e tributária, além da opção do governo Lula por uma política econômica conservadora. Contudo, apesar disso, Lula foi reeleito para um segundo mandato, iniciado em 2006.

Conforme aponta Fagnani (2011), já no início de seu segundo mandato, com a mudança da cúpula econômica, puderam ser identificadas maiores convergências entre os objetivos macroeconômicos e sociais.

Ainda de acordo com o autor, a crise financeira internacional, ocorrida durante o segundo mandato do presidente Lula, colocou em xeque as políticas inspiradas no Consenso de Washington, abrindo espaços para a ampliação do papel do Estado, inclusive em relação ao gasto social. Em janeiro de 2007, foi lançado o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), englobando um conjunto de políticas econômicas, com o objetivo de acelerar o crescimento econômico do Brasil. Uma de suas prioridades foi o investimento em infraestrutura, em áreas como saneamento, habitação, transporte, energia e recursos hídricos, entre outros. (BRASIL, 2007b). Isso promoveu impactos positivos no mercado de trabalho, revigorou o mercado interno e propiciou aumento na formalização no mercado de trabalho.

Na análise de Teixeira e Pinto (2012), no segundo mandato do Presidente Lula houve uma certa flexibilização na gestão da política econômica, com a adoção de medidas voltadas para a ampliação de crédito ao consumidor, implantação de políticas de distribuição de renda, aumento real do salário mínimo, criação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e ampliação da atuação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) a fim de estimular investimentos públicos e privados.

Destacam-se, ainda, nesse período: a expansão do Programa Bolsa Família; a implantação, no campo da habitação, do Programa “Minha Casa, Minha Vida”, destinado ao enfrentamento do déficit habitacional no país, mediante o acesso das famílias de baixa renda à moradia; a democratização do crédito aos segmentos até então excluídos do sistema bancário.

Em relação à Política de Assistência Social, houve a implementação do Sistema Único de Assistência Social, com a implantação dos Centros de Referência e Centros Especializados de Assistência Social, respectivamente CRAS e CREAS, como unidades públicas estatais de referência dessa política nos municípios.

No campo da saúde, o Programa Mais Saúde (PAC da Saúde), lançado em 2008, previa investimentos no fortalecimento da produção e inovação tecnológica do setor. Porém, essas ações do Programa não obtiveram grandes impactos, uma vez que, dada a precariedade da qualidade dos serviços no âmbito do SUS, houve crescimento da demanda da população por planos de saúde privados.

Outra importante questão reivindicada pelo setor da saúde, que acabou por não ser equacionada neste governo, diz respeito à regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 destinada a assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, gerando insatisfação especialmente nos gestores, trabalhadores e demais militantes dos movimentos em defesa do SUS.

Vale ainda destacar a apresentação de projeto de lei complementar (PLC) 92/07, que propunha a criação de Fundações Estatais de Direito Privado para gerenciar áreas do serviço público, entre elas a saúde, indicando uma atualização das Organizações Sociais (OS) criadas no Governo FHC. A criação dessas fundações reforçava a introdução da lógica privada na área da saúde, ao mesmo tempo que os principais documentos do Ministério da Saúde apontavam para a retomada da discussão da reforma sanitária. (SOARES, 2014).

Contudo, vale destacar um importante avanço ocorrido nesse governo, a significativa ampliação dos espaços de participação e interlocução da sociedade na gestão das políticas sociais. De acordo Moroni (2006), durante o primeiro mandato foram criados treze novos conselhos nacionais e reformulados outros nove, tendo em vista adaptá-los às novas exigências legais e/ou políticas. Foram também realizadas 40 conferências nacionais (dessas, quinze ocorreram pela primeira vez) e três conferências internacionais.

Assim, mesmo com o reconhecimento de que o conjunto dessas ações se diferenciava do neoliberalismo do governo FHC, a política social do governo Lula foi criticada, especialmente nos meios acadêmicos, por ter um caráter compensatório e focalizado, que conciliou questões contraditórias, como as diretrizes do receituário neoliberal e a pauta desenvolvimentista. Nos termos colocados por Druck e Filgueiras (2007, p. 32),

[...] a política social do governo Lula, tal como a sua política econômica, é também de natureza liberal, coerente com o modelo econômico vigente e serve de instrumento poderoso de manipulação política de uma parcela significativa da sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que permite um discurso 'politicamente correto'.

Em que pesassem essas críticas, o Presidente Lula conclui seu governo com alto nível de popularidade e aprovação, cujos resultados, para muitos, foram atribuídos especialmente aos programas de transferência de renda

Em 2010, foi eleita à Presidência da República a então Chefe da Casa Civil do governo Lula, Dilma Rousseff, também integrante do PT- a primeira mulher presidente do país que, em seu discurso de posse, comprometeu-se a melhorar os serviços públicos e realizar um trabalho permanente no sentido de elevar a qualidade do gasto público.

De acordo com Ribeiro, Pereira e Benedicto (2013), o grande desafio do governo Dilma na direção de uma gestão eficiente do ponto de vista administrativo exigia a ampliação da participação social e a realização de reformas no desenho institucional. Essas reformas deveriam, especialmente, ter o potencial de produzir mudanças na cultura existente na administração pública e que crivam condições favoráveis à corrupção: excesso de postos políticos, ministérios utilizados como feudos partidários e outros. Conforme afirmam os autores, "A presidente Dilma ainda fez muito pouco para cumprir a sua promessa pronunciada no primeiro discurso" (RIBEIRO; PEREIRA; BENEDICTO, 2013, p. 10).

No que tange à política macroeconômica, houve continuidade da direção adotada pelo governo Lula, especialmente no que se refere ao seu segundo mandato, orientada pela busca do crescimento econômico, ancorado nas metas de inflação e de superávit fiscal e primário. Contudo, dado o cenário de instabilidade econômica mundial, ainda decorrente da crise mundial iniciada em 2008, em meados do primeiro ano do governo Dilma houve uma mudança nessa orientação. Foi, assim, adotada uma política econômica menos expansionista, mediante uma série de medidas macroprudenciais a fim de desacelerar o crescimento e conter a inflação. (BARBOSA, 2013; CAGNIN et al., 2013).

Entretanto, a partir de 2012, foram retomadas as ações de fomento à economia por meio do aumento do investimento público em infraestrutura, do resgate do Plano Brasil Maior, que havia sido lançado em 2011, e que estabeleceu a política industrial, tecnológica, de serviços e de comércio exterior do governo federal

para o período 2011-2014. O Plano tinha como foco alavancar a indústria nacional de transformação, que, nas últimas décadas, havia passado por um encolhimento e, portanto, perdido competitividade no mercado internacional. (BRASIL, 2011f).

Houve, ainda, estímulo à competitividade da indústria mediante a ampliação de investimentos públicos, especialmente através do subsídio à construção habitacional por meio do Programa Minha Casa, Minha Vida (MCMV). (BARBOSA, 2013).

Ainda em 2011, foi lançado outro importante programa: o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC), tendo como objetivo ampliar, interiorizar e democratizar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica no país, mediante a atuação da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, das redes estaduais e de instituições do Sistema S: SENAI, SENAC, SENAR E SENAT. (BRASIL, 2011c).

Manteve-se também a direção proposta pelo governo Lula em relação aos programas de transferência de renda, com a intensificação das ações de combate à pobreza mediante a ampliação do Programa Bolsa Família e criação de outros programas sociais, a exemplo do Programa Brasil Sem Miséria. Lançado no primeiro semestre do primeiro ano de seu mandato, esse Programa teve como finalidade superar a situação de extrema pobreza da população brasileira, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações. (BRASIL, 2011a).

Na saúde, a estratégia que ganhou evidência foi a criação, em 2013, do Programa Mais Médicos que previa, entre outras ações, a realização de investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde e, especialmente, viabilizar a atuação de médicos onde fosse identificada escassez ou ausência de profissionais. Além de envolver médicos brasileiros, para quem houve prioridade na oferta de vagas, o programa também abriu espaço para a atuação de médicos estrangeiros, sob a coordenação dos Ministérios da Saúde e da Educação. (BRASIL, 2013a).

Outra medida que ganhou repercussão negativa, especialmente junto aos trabalhadores do setor e movimentos sociais ligados à saúde, foi a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBRSERH), para gerir os hospitais universitários que representam o grande filão para os investimentos privados de saúde. (SOARES, 2014).

Da mesma forma que as Organizações Sociais e as Fundações de direito

Privado, respectivamente nos governos FHC e Lula, a EBRSERH é apresentada como solução pelos problemas existentes na gestão pública e como alternativa para garantir eficiência e eficácia da administração pública.

Importa ressaltar que a modalidade de contratação de profissionais de saúde previstas pela EBRSERH se dá por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), eliminando as contratações mediante o Regime Jurídico Único (RJU), na qual o ingresso no serviço público se dá mediante a aprovação em concursos públicos. Dessa forma, contribui para a precarização das relações de trabalho, com a perda de direitos, aumento das jornadas de trabalho, o que traz implicações diretas na qualidade dos serviços prestados à população.

É ainda importante destacar que, em 2012, houve também um aumento substancial do salário mínimo, cujo índice foi de 14,13% - o maior dos seis anos anteriores. (MATTOSO, 2013).

Porém, nos anos 2012 e 2013, o país enfrentou problemas relacionados às condições econômicas, que foram reflexo da crise internacional dos anos anteriores. Tais dificuldades diziam respeito, especialmente, à redução da taxa de crescimento, aumento da inflação e das contas públicas. Além disso, em junho de 2013, ocorreu uma onda de protestos em todo o país, iniciada em São Paulo, com um grupo protestando contra tarifas de transporte público e que, em pouco tempo, tomou conta do país, com reivindicações voltadas para ampliação e garantia de qualidade nas políticas públicas, especialmente nas áreas de educação e saúde. (BIANCARELLI, 2014). Parte desses movimentos exigia o cancelamento da Copa do Mundo programada e realizada no Brasil em 2014, uma vez que consideravam demasiados os gastos com as obras.

Considera-se importante apontar que os mencionados protestos também levaram para as ruas pessoas e grupos que expressavam somente descontentamento e divergências políticas e ideológicas em relação ao grupo ocupante do poder. Isso deu início a manifestações contrárias ao governo.

O que se pode observar é que as estratégias de desenvolvimento socioeconômico implementadas nos governos Lula e Dilma (PT) permitiram que estes governos fossem caracterizados como o que tem sido denominado de neodesenvolvimentismo, ou novo desenvolvimentismo. Conforme aponta Pereira (2012, p. 734), esse é um “termo utilizado, não sem polêmica, para designar os governos brasileiros dos últimos anos, [...] que visaram a integração da esfera

nacional com a internacional, com o objetivo de promover o crescimento econômico com inclusão social”.

A polêmica resulta da perspectiva político-ideológica a partir da qual esta expressão do pensamento é interpretada. Para aqueles, considerados por Sampaio Junior (2012, p. 672) como “heterodoxos simpáticos ao bloco do poder que governa o Brasil desde 2002”, o novo desenvolvimentismo seria a fase posterior, a superação do neoliberalismo, na medida em que adota políticas inovadoras capazes de articular o econômico e o social e de potencializar o crescimento e a produtividade, gerando, assim, o desenvolvimento. Contrapondo-se a essa concepção, estão aqueles que argumentam que o neodesenvolvimentismo consiste mais numa “versão brasileira de formulações conhecidas como Pós-Consenso de Washington, [...] uma versão do liberalismo enraizado”. (GONÇALVES, 2012, p. 664-665).

Em que pesem essas discussões, no segundo semestre de 2014, ocorreram as eleições presidenciais no Brasil, na qual a presidente Dilma Roussef foi reeleita, no segundo turno, em votação das mais disputadas desde a redemocratização do país, obtendo 51,58% dos votos, contra 48,42% do candidato do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Essas são, portanto, as reflexões que se trazem no sentido de dar visibilidade para às particularidades e aos fundamentos que alicerçaram e conformaram o Estado brasileiro. Essas características peculiares do capitalismo, de desenvolvimento tardio e periférico, tornam também particulares a organização do Estado que se mantém estruturalmente capitalista, assim como da política social.

A origem da Política Social brasileira se dá no processo de industrialização do país, quando as refrações das desigualdades sociais, geradas por essa etapa do desenvolvimento do capitalismo, exigiram respostas por parte do Estado.

A análise de sua trajetória permite evidenciar o caráter assistencialista e emergencial motivado pela preocupação em manter a ordem, o que, por vezes, exigiu a incorporação de reivindicações da classe trabalhadora como forma de conter suas mobilizações.

De maneira geral, as preocupações dos governos se limitaram a atender as questões mais importantes e urgentes, mediante ações fragmentadas, com fortes marcas corporativistas e clientelistas.

Para implementá-las, em cada período da história do país, os governos adotaram diferentes estruturas administrativas, levando em conta suas

características e ênfases, com predominância de distintos modelos de gestão pública: patrimonialista, burocrático, gerencial e societal. Entretanto, pode-se evidenciar também a coexistência de diferentes modelos nos diferentes ciclos políticos. (DRUMOND; SILVEIRA; SILVA, 2014).

Conforme aponta Souza Filho (2011, p. 81), dada a forte presença de um pacto de dominação conservadora na formação do Estado brasileiro, consolidou-se no país, de forma especial, uma combinação do patrimonialismo com a burocracia. Drumond, Silveira e Silva (2014) denominam essa combinação de “híbrido de burocracia patrimonial”.

Há que se resgatar que, partir dos anos 1980, sob o impulso do movimento de democratização ocorrido no país, ganhou espaço uma agenda de reformas e que foram consagradas na Constituição Federal de 1988. Nela foram estabelecidas novas bases da relação entre Estado e sociedade apontando para a vertente societal na administração pública. As políticas sociais foram pautadas por princípios universalistas, o que representou a esperança de mudança na direção de superar o caráter seletivo, focalizado e fragmentado das políticas sociais, uma vez que trouxe também a perspectiva de articulação e integração entre as políticas.

Contraditoriamente, nesse mesmo contexto, alinhada às recomendações do Consenso de Washington para os países latino-americanos, outra vertente ganha notoriedade no contexto internacional e nacional, o gerencialismo, cujos processos de reformas não se restringiram às organizações privadas, mas se embrenharam na estrutura do Estado, determinando a forma de conduzir a “coisa” pública. (PAULA, 2005). No caso dessas reflexões, das políticas sociais, com tendências à sua assistencialização e mercantilização, mediante uma direção privatizadora.

É importante aqui destacar que Souza Filho (2011) argumenta que a expansão de direitos em uma sociedade de classes demanda a existência de um Estado forte e uma burocracia estruturada. Isso pressupõe que o modelo de gestão gerencial caminha na direção oposta da expansão de direitos uma vez que tem como um de seus pressupostos a defesa de um Estado Mínimo, com enfraquecimento da burocracia estatal, principalmente em relação às políticas sociais.

É neste cenário contraditório, tensionado entre a defesa de um projeto público, democrático e universalista para as políticas sociais e do projeto de racionalidade técnica gerencial, que se deseja problematizar a intersectorialidade

como estratégia de gestão das políticas sociais.

CAPÍTULO 2

A INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

O tema intersectorialidade vem, nas últimas décadas, compondo a pauta e ganhando destaque nas discussões relacionadas à gestão de políticas públicas brasileiras e despertando crescente interesse acadêmico e político.

No campo da produção intelectual contemporânea, as contribuições sobre esse tema emanam de diferentes áreas de conhecimento. Neste trabalho serão privilegiados autores do Serviço Social, da Saúde Coletiva e da Administração Pública.

De uma forma abrangente, nessas produções, a intersectorialidade é apontada como um desafio para a efetividade das políticas sociais, enquanto primazia da responsabilidade do Estado, e como uma possibilidade de construção de respostas articuladas para as variadas dimensões que determinam os problemas sociais, tendo em vista o enfrentamento da lógica de setorização, presente na organização da estrutura administrativa brasileira, que recorta o 'social' em partes.

Neste capítulo, buscar-se-á, a partir da análise dos conteúdos de produções dessas três áreas do conhecimento, identificar as principais categorias que permeiam esses estudos que versam sobre a intersectorialidade, as quais serão utilizadas como mediações à apreensão do real que desejamos empreender na realização da pesquisa documental e empírica.

Para isso, iniciam-se estas reflexões com a reafirmação da compreensão, construída ao longo do Capítulo I deste trabalho, de que o atual cenário brasileiro tem se conformado por mudanças políticas, econômicas e sociais, como consequência das profundas transformações por que passam as sociedades capitalistas desde o final do século XX. Essas transformações, marcadas pela aceleração econômica, pela revolução tecnológica e impulsionadas pelo processo de globalização, trazem consigo alterações no mundo do trabalho, com graves implicações nas condições de vida da classe trabalhadora, notadamente como decorrência de sua flexibilização e precarização e do conseqüente desmonte de direitos sociais. (YAZBEK, 1998).

É nesse contexto que, no Brasil, é promulgada a Constituição Federal de 1988, que trouxe importantes inovações, especialmente no que se refere às medidas

de proteção social e à gestão das políticas sociais³³. Dentre essas inovações, destacam-se os princípios de descentralização político-administrativa, a participação da sociedade e a universalização de direitos sociais.

Tais princípios trouxeram a ideia de avanço democrático, na perspectiva de deslocamento de poder da esfera central (governo federal) para as esferas subnacionais (estados e municípios), com o compartilhamento de competências decisórias, executivas e recursos entre os entes federados e, ainda, à partilha de poder entre o Estado e a sociedade, à qual foi garantido, legalmente, o direito de participar na formulação e controle das políticas públicas. (NOGUEIRA, 1997b; JOVCHELOVITCH, 1998).

O novo texto constitucional também instituiu um sistema de Seguridade Social que incorporou as políticas de saúde, de previdência e de assistência social, em cuja definição se estabeleceu a necessária integração de ações como forma de garantir os direitos a serem afiançados por essas políticas.

Contudo, do ponto de vista da funcionalidade, essas três áreas não foram reorganizadas de forma articulada. No processo de regulamentação, não houve essa concertação, desdobrando-se em legislações específicas de cada área, inclusive porque a Previdência Social manteve seu caráter contributivo, diferentemente das políticas de saúde e assistência social que foram garantidas como direito de todos os cidadãos brasileiros, independentemente de contribuição prévia, em uma perspectiva de universalidade.

Importa aqui destacar que, este trabalho se realiza a partir de duas das políticas integrantes do tripé da Seguridade Social, quais sejam: saúde e assistência social, em cujas leis orgânicas (respectivamente LOS e LOAS) e em outros importantes documentos normativos que as sucederam, houve indicação da intersetorialidade, como princípio norteador ou como estratégia a ser adotada em suas gestões. Isso encontra-se detalhado no Capítulo 3, deste estudo.

Apesar das alterações promovidas pela Constituição Federal e dos apontamentos feitos nos documentos normativos das duas políticas, a configuração da máquina pública no país, nos três níveis de governo (federal, estadual e

³³ A esse respeito, concorda-se com Souza Filho (2011, p. 6, grifo do autor) quando afirma que “o Estado, em sua dimensão de gestor de políticas sociais não se configura como o centro das lutas para a transformação da sociedade; no entanto, é um espaço importante para a acumulação de conquistas dos trabalhadores, através da ampliação e aprofundamento dos direitos”.

municipal), mediante a qual essas políticas são operadas, manteve-se, e se mantém, setorializada, com estruturas especializadas, fragmentando a questão social e as estratégias para o seu enfrentamento. Ao atuar sobre recortes, aspectos particulares do conjunto das demandas sociais, esta forma de estruturação do aparato governamental contribui para que sejam produzidas respostas também fragmentadas a essas demandas.

Outro indispensável aspecto a ser problematizado, também apontado no primeiro capítulo deste trabalho, é que, paradoxalmente, no início dos anos 1990, o Estado brasileiro se inseriu no contexto de ajustamento a uma nova ordem capitalista internacional. Como resposta à chamada “crise fiscal do Estado”, adotou um modelo de gestão pública orientado pela perspectiva de um Estado Mínimo. Isso promoveu, expressiva redução de investimentos públicos, especialmente os destinados ao financiamento das políticas sociais.

Tais propostas, baseadas no modelo de gestão gerencial, têm como uma de suas principais características a inserção da lógica da administração privada (empresarial) na administração pública (estatal). Conforme aponta o próprio coordenador do Plano de Reforma do Estado, o Ministro Bresser-Pereira (2000), a dimensão-gestão do Plano visava oferecer ao “cidadão-cliente” serviços de qualidade, a um custo menor, o que se obtém por meio da atuação, dentre outras, de organizações sociais do setor público não estatal. Esse constitui um dos argumentos utilizados para justificar a redução da máquina estatal.

Nessa vertente neoliberal em que se defende a ideia de um Estado enxuto e eficiente, as diretrizes para a gestão das políticas sociais são ressignificadas. A descentralização passa a ser concebida como a transferência de responsabilidades governamentais para o setor privado. Para Pereira (1998, p. 121), trata-se de uma descentralização residual que se dá “[...] em nome da eficiência administrativa e da ‘moralização’ da administração pública, tida como contaminada pelo paternalismo, burocratismo, clientelismo e corrupção”.

A participação da sociedade, por sua vez, é entendida na perspectiva de “cooperação” na produção dos serviços impulsionada pelo chamado “terceiro setor”, em um processo de desresponsabilização do Estado brasileiro pelas políticas sociais.

É nesse cenário, permeado pelo paradoxo das conquistas e demandas democráticas pela ampliação de direitos sociais e da aplicação das reformas

neoliberais, que se intensificam as publicações a respeito da intersetorialidade, que se pretende aqui analisar.

Parte-se, assim, de um aspecto que se considera indispensável nestas reflexões, que diz respeito ao significado do termo intersetorialidade, considerando que aqueles que o discutem vêm ressaltando o seu caráter polissêmico.

Na tentativa de encontrar respostas a essa polissemia, a intersetorialidade tem sido significada a partir de outros termos com os quais se assemelha que, sendo mais antigos e objeto de análises anteriores, oferecem importantes contribuições para a sua compreensão. Entre esses termos estão: a interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a pluridisciplinaridade.

Diversos autores³⁴ têm buscado precisar o sentido desses termos e, dependendo da base teórica adotada, consideram um ou outro mais pertinente para oferecer subsídios necessários à compreensão da intersetorialidade. Considerando que não se pretende aqui aprofundar as interpretações destes termos (interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade), parte-se da constatação de que, de uma forma geral, há entre eles pelo menos um ponto comum que é a busca de respostas voltadas para a superação da visão fragmentada no campo da produção do conhecimento, como forma de romper com a excessiva especialização característica das visões positivistas predominantes na segunda metade do século XX.

Importa salientar que Ivo Tonet (2013), reconhecendo a recorrência das discussões nessa direção, apresenta uma crítica em relação a essas propostas voltadas à superação da fragmentação do saber, apontando o caráter de obviedade nas proposições que colocam, de um lado, a fragmentação, a ausência de conexão e a ação focalizada sobre os problemas sociais e, de outro, uma visão de totalidade proporcionada pela interdisciplinaridade³⁵. Por isso, o autor afirma que é preciso que a discussão transcenda aspectos meramente epistemológicos e tenha validade em suas formas concretas.

Parte do equívoco desse modo de pensar está em pressupor que tanto a

³⁴ Dentre os quais citamos: Hilton Japiassu (1976), Edgar Morin (1999).

³⁵ O autor faz, inicialmente referências a transdisciplinaridade, pluridisciplinaridade multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, reconhecendo a existência de diversidades, porém de um ponto comum entre elas - a tentativa de superar a fragmentação do saber. Contudo, seu propósito foi elaborar uma crítica aos fundamentos da proposta da interdisciplinaridade.

complexificação quanto a fragmentação são meramente resultados do processo social; presumir que, da soma dos diversos fragmentos, haveria possibilidade de se obter um conhecimento totalizante de dado objeto; autonomizar o saber, desconsiderando o processo material de fragmentação; desconsiderar o solo social que deu origem ao saber; e, ainda, compreender que o padrão moderno de cientificidade é o verdadeiro caminho para a produção do conhecimento, ignorando que esse padrão tem no sujeito o polo regente do conhecimento. (TONET, 2013).

Portanto, é preciso que o fenômeno da fragmentação deixe de ser aceito como um fato natural e seja explicado a partir das raízes materiais, na natureza do ser social, nos fundamentos que deram origem ao processo de fragmentação, da quebra da unidade do caráter unitário do ser social, o que passa pela análise do trabalho e suas relações com as demais dimensões do ser social. É com a divisão social do trabalho e com a propriedade privada que há uma cisão entre o trabalho manual e o intelectual, como forma de manter a exploração e a dominação de classes. Contudo, na sociedade burguesa, essa fragmentação ganha forma particular, tornando o trabalhador uma simples peça na engrenagem de produção, de forma a impedir que ele tenha conhecimento e controle do processo produtivo. (TONET, 2013).

Para este autor, são essas as raízes da fragmentação do conhecimento – fazem parte da esfera da produção e reprodução social.

Partindo deste pressuposto, a fragmentação, seja do conhecimento ou da realidade social, não é um fenômeno natural, mas pertence à lógica do capital, é funcional aos interesses da classe burguesa.

Portanto, seu enfrentamento não é só possível, mas necessário, e é pela articulação entre a essência e a aparência que se pode obter uma visão de totalidade que permitirá a desmistificação da realidade social. (TONET, 2013).

Em se tratando do campo da gestão das políticas sociais, a qualificação do termo intersetorialidade tem sido realizada também a partir da comparação e do contraste com os termos assemelhados mencionados, o que pode ser identificado nas reflexões realizadas por Potyara Amazoneida Pereira (2014), cujos principais aspectos serão destacados.

Ao iniciar suas ponderações, Pereira (2014) ressalta a necessidade de que a intersetorialidade nas políticas sociais seja orientada por uma perspectiva dialética a fim de não incorrer no risco de transformar decisões políticas em meras disposições

administrativas, tendo em vista o caráter histórico, contraditório e totalizante da realidade social.

A autora apoia-se nos estudos do filósofo maranhense Hilton Japiassu, que forneceram importantes contribuições acerca da interdisciplinaridade, especialmente no contexto educacional³⁶, e que apontam que, entre os termos assemelhados, é aquela que viabiliza o intercâmbio mútuo e a interação de diversos conhecimentos de forma recíproca e coordenada. Parte também da compreensão de que, embora permaneçam os interesses próprios de cada disciplina, são buscadas soluções por meio da articulação dos saberes. (PEREIRA, 2014).

Com base nestes fundamentos, Pereira (2014) defende a ideia de que a interdisciplinaridade, no campo do conhecimento, é a que melhor serve de referência à intersetorialidade no campo das políticas sociais, ressaltando que o que se denomina “setores” são, de fato, “políticas particulares [...] com movimentos concretos e contradições específicas, porém dotadas de problemática e lógica comum”. (PEREIRA, 2014, p. 37).

Isso considerado, a intersetorialidade é concebida, pela autora, como “a representação objetivada da unidade do conjunto de decisões e ações que constituem as políticas particulares e que extrapolam seus ‘pseudo perímetros setoriais’.” (PEREIRA, 2014, p. 37). Isso aponta o seu caráter político. Portanto, tratá-la como estratégia de gestão das atuais políticas sociais brasileiras requer a compreensão de que a intersetorialidade é permeada por distintas concepções de Estado (Social ou Mínimo), que lhes conferem formas particulares de conduzir a gestão pública, nesse caso, as políticas sociais.

Realizados esses apontamentos quanto ao significado da intersetorialidade é que são apontadas as principais categorias identificadas, quais sejam: setorialidade, integralidade, complexidade e território.

Assim, ressalta-se que a setorialidade das políticas sociais constitui a primeira categoria que se destaca nas produções analisadas.

É importante resgatar que o Estado brasileiro tem, historicamente, sua estrutura administrativa e seu aparato governamental organizados segundo uma lógica setorial, mediante a constituição de ministérios, autarquias, secretarias e correlatos, com responsabilidades de formulação, coordenação e produção de

³⁶Autor da primeira produção sobre interdisciplinaridade no Brasil, denominada “Interdisciplinaridade e patologia do saber” (JAPIASSU, 1976).

serviços em áreas específicas, como a saúde, a habitação, a assistência social, a educação, o planejamento urbano, a cultura, os esportes, entre outras.

Ao analisar o modelo que considera hegemônico na constituição do Estado brasileiro no século XX, Andrade (2006) o representa como “casinhas paralelas” onde cada setor constitui uma “casinha”, por meio da qual busca as próprias soluções para suas demandas. Portanto, operacionalizando “suas” políticas em si e para si.

Para Inojosa (1998), a estrutura organizacional do governo se dá mediante um conjunto de organizações pelas quais exerce seu poder de regulação e prestação de serviços à sociedade e, embora em cada governo possam ser promovidas alterações no formato dessa modalidade de organização, especialmente em relação ao organograma, o fato é que permanece a departamentalização ou a setorialização, que se reproduz em todas as esferas de governo.

De acordo com Pereira (2014), não obstante a necessidade de se ter clareza de que essa divisão da política social em “setores” constitui apenas um procedimento técnico e burocrático – tendo em vista que os bens públicos e os direitos são indivisíveis, esse formato tem estimulado e justificado a atuação isolada das políticas sociais, promovendo a fragmentação e o paralelismo das ações.

Diante disso, a intersetorialidade tem sido indicada como estratégia para o enfrentamento da fragmentação gerada pela lógica setorializada das políticas públicas, cujos serviços, em geral, também não se comunicam. Ao contrário, atuam de forma isolada.

Essa fragmentação cria dificuldades para a compreensão de que as expressões das desigualdades sociais não estão desvinculadas das causas estruturais que as produzem – que a riqueza socialmente produzida não é usufruída pelos trabalhadores porque é apropriada pelos donos do capital. Ao tomar essas expressões como objetos particularizados de cada uma das políticas sociais, saúde, educação, habitação, contribui para a perda da noção de totalidade.

Ainda tratando da setorialização, Junqueira (2004, p. 27) comenta: “cada política encaminha a seu modo uma solução, sem considerar o cidadão na sua totalidade e nem a ação das outras políticas sociais”. Portanto, permite que se coloque em dúvida os resultados que a política social possa trazer à melhoria das condições de vida da população.

A fragmentação das políticas, produzida pela setorialização, promove ações

sobrepostas e paralelas sobre as mesmas famílias e indivíduos. Ao desarticular suas demandas acabam por fragilizar os usuários dos serviços, uma vez que transforma as sequelas da questão social em problemas sociais, por sua vez convertidos em problemas individuais (privados). (NETTO, 2005).

É desta forma que promove o deslocamento da responsabilidade para os indivíduos por sua condição. Como aponta Couto (2015, p. 674), “Reforça-se nesse âmbito a culpabilização/responsabilização dos indivíduos pelas mazelas impostas pelo sistema”, o que, para a autora, contribui para a conformação do que tem sido tratado como “psicologização das relações sociais”.

Para Netto (2005, p. 41), essa “psicologização” tem como um de seus significados

[...] a individualização dos problemas sociais, sua remissão à problemática singular ('psicológica') dos sujeitos por eles afetados [...] transferindo sua atenuação ou proposta de resolução para a modificação e/ou redefinição de características pessoais dos indivíduos.

Para o autor, é com base nessa interpretação que são demandados estratégias e serviços de atendimentos institucionais “personalizados” tendo em vista o ajustamento do indivíduo que “obtem um sucedâneo de inserção social que parece propiciar-lhe um liame societário” (NETTO, 2005, p. 42).

Além das consequências sobre os serviços e seus destinatários, a fragmentação das políticas sociais produz efeitos para os trabalhadores/operadores dessas políticas, que foram analisados por Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p. 23), que assim os descrevem:

A professora vê que seu trabalho perde efetividade se a criança que está sob os seus cuidados além de não ter a nutrição adequada, mora em condições adversas, não tem acesso a serviços de saúde, atividades de cultura, esporte e lazer, não é protegida de riscos de violência. O médico e a enfermeira também se afligem ao perceber que os agravos e riscos à saúde de determinado grupo não são superados porque sua moradia não tem saneamento, porque há um depósito de lixo nas proximidades, etc. Só que nem a professora nem o médico têm, nas organizações tradicionais setorializadas, condições de encaminhar efetivamente esses problemas, de canalizar essas necessidades e demandas, que são de áreas distintas da administração pública.

Os autores demonstram, assim, o reconhecimento dos limites da atuação setorial, e a exigência de novas estratégias de gestão, de natureza institucional e

organizacional, das quais a intersetorialidade figura como uma das alternativas possíveis. Compartilhando desta compreensão, Bronzo (2010, p. 128) a expressa seguinte forma:

A perspectiva da intersetorialidade acena para um conjunto de inovações no âmbito da gestão pública, em um contexto no qual os sistemas técnicos especializados e as estruturas fortemente hierarquizadas e verticais são confrontados com novos objetivos e demandas políticas e sociais, novas temáticas e novos segmentos da população, que demandam uma remodelagem das velhas estruturas organizacionais, exigindo novas respostas organizativas.

Apesar dessas opiniões, importa destacar que, nas discussões sobre intersetorialidade, a maioria dos autores não a trata como contraposição à estruturação setorial do aparato governamental no sentido da superação dessa forma de organização. Pode-se observar que, de maneira mais específica, as discussões apontam questões relacionadas à desintegração ou à desarticulação existente entre os setores. Portanto, concorda-se com Pereira (2014, p. 25), quando aponta que “a noção de ‘setor’ é ponto pacífico e, por isso, permanece intacta, principalmente quando se fala em políticas públicas e, dentro destas, as políticas sociais”.

Pode-se compreender que não há entre os autores uma crítica à especialização ou às especificidades de cada área, especialmente considerando a relevância dos acúmulos de saberes historicamente construídos nesses campos. Portanto, a intersetorialidade não tem sido indicada como substituta da conformação setorializada e departamentalizada do aparato do Estado brasileiro, mas apontada como estratégia de articulação entre os setores, para a complementaridade das ações. Isso supõe uma combinação entre a dimensão intersetorial com a dimensão setorial. (SPOSATI, 2006).

Para a autora, essa articulação “pode trazer mais qualidade por permitir ultrapassar limites que, a princípio, ocorreriam na abordagem somente setorial”. (SPOSATI, 2006, p. 138). Envolve ações integradas dos diferentes setores no atendimento das necessidades sociais que são apresentadas pela população a partir de sua realidade concreta, colocando em pauta as particularidades de suas condições de vida.

De acordo com Raichelis (2006), traz a articulação intersetorial possibilita a completude das especificidades em patamares mais qualificados de intervenção e

obtenção de resultados que tenham impacto nas condições de vida da população.

Isso nos permite compreender que, dado o reconhecimento da incompletude da ação setorial, a intersectorialidade pressupõe uma estratégia de gestão voltada para a busca de respostas efetivas à complexidade das situações que envolvem a população.

Ainda, compartilhando desse entendimento, Mendes (2006, p. 253) afirma que a intersectorialidade “não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese”.

Assim, a intersectorialidade não desconsidera a importância das ações setoriais, mas supõe ações coletivas entre os distintos setores que trazem saberes e experiências acumuladas. Na afirmação de Junqueira (2004, p. 26), a intersectorialidade possibilita “vários olhares, diversas maneiras de abordá-los [problemas], aglutinando saberes e práticas para o entendimento e a construção integrada de soluções [...]”. Para este mesmo autor, a intersectorialidade é entendida como “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social”. (JUNQUEIRA, 1997, p. 26). Ou seja, essa articulação, para além do processo de implementação das políticas, deve estar implicada desde o momento do planejamento, sobretudo do diagnóstico socioterritorial ou situacional, termos utilizados, respectivamente, nas políticas de assistência social e saúde.

Observa-se que os apontamentos feitos pelos diferentes autores mencionados indicam que as ações setorializadas e fragmentadas não estão dando conta de atender a complexidade das manifestações da questão social e, portanto, apresentam a intersectorialidade (ou a articulação entre os setores) como um desafio para a efetividade das políticas sociais e de seus impactos na melhoria das condições de vida da população. Para Andrade (2006), esse constitui o “dilema da intersectorialidade”, ou seja, enfrentar a complexidade da realidade mediante políticas intersectoriais em um ambiente tradicionalmente setorial.

A segunda categoria identificada nas publicações analisadas é a integralidade, que em seu sentido literal, é a característica ou condição do que é integral e completo. Ou seja, a intersectorialidade tem sido apontada como uma estratégia necessária à atenção integral dos sujeitos alvo das políticas sociais, que

são indivisíveis, assim como suas demandas e seus direitos

Marx e Engels no primeiro capítulo da “A Ideologia Alemã” (1845-1846) fazem a crítica ao indivíduo abstrato e isolado de Feuerbach, enfatizando: “as nossas premissas são os indivíduos reais, a sua ação e as suas condições reais de existência, [...] a primeira condição de toda história humana é evidentemente a existência de seres humanos vivos”. (MARX; ENGELS, 2001, p. 10-11).

Portanto, para esses autores, o ponto de partida são os homens em suas condições concretas de vida, possuidores de necessidades fundamentais que devem ser supridas para a garantia de suas condições de existência. Essas necessidades passam por aspectos biológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais, ou seja, os indivíduos em sua integralidade.

Concordando com Assumpção e Mioto (2009), os indivíduos devem ser observados e compreendidos na integralidade de suas condições de vida. Isso supõe considerá-los como uma totalidade tanto do ponto de vista de suas múltiplas necessidades como das respostas dadas às situações demandadas.

Em que pese tal compreensão, o termo integralidade tem sido apresentado nas produções teóricas com diferentes sentidos e tem estado presente, de forma especial, entre os autores do campo da Saúde Coletiva.

Para apreendê-lo, cita-se inicialmente o trabalho de Ruben Mattos (2001), intitulado “Os Sentidos da Integralidade”.

Tendo como referência a política de saúde, no contexto da reforma sanitária e da construção do SUS, ressalta que a integralidade, em uma primeira aproximação, tem sido o termo utilizado para designar a diretriz básica do Sistema Único de Saúde que diz respeito ao “atendimento integral”. Contudo, o próprio autor afirma que, mais que uma diretriz definida constitucionalmente, a integralidade constitui

[...] uma "bandeira de luta", parte de uma 'imagem objetivo'³⁷, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns [...], desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (MATTOS, 2001, p. 2).

³⁷ Para o autor, “A noção de "imagem objetivo" tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. [...] Toda imagem objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade”. (MATTOS, 2001, p. 2).

A partir desses pressupostos, o autor sistematiza três grandes grupos de sentido da integralidade: a integralidade como traço da boa medicina; a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade e políticas especiais.

O primeiro grupo trata da integralidade que se relaciona ao movimento da medicina integral,³⁸ que, de forma geral, se caracterizou pela recusa em reduzir os pacientes/indivíduos ao sistema biológico com lesões ou disfunções e que, no Brasil, de forma particular, se associou inicialmente à medicina preventiva que, mais tarde, ficou conhecido como movimento sanitário.

Nesse mesmo grupo, outro sentido da integralidade associa a prevenção e à assistência à saúde, sendo a primeira relacionada ao reconhecimento de fatores de risco que aumentam a possibilidade de adoecimento. Mediante a utilização de técnicas de diagnóstico precoce, apontam uma visão mais abrangente das necessidades dos sujeitos que buscam atendimento, indicando uma perspectiva de assegurar o direito dos beneficiários à saúde.

O segundo grupo de sentido - a integralidade como modo de organizar as práticas de saúde - parte da crítica à estrutura dicotomizada entre saúde pública e assistência médica que promovia a fragmentação no interior das unidades executoras das políticas de saúde. A perspectiva da integralidade apontou a necessidade de articulação entre essas áreas, exigindo certa “horizontalização” dos programas verticais desenhados pelo Ministério da Saúde.

O terceiro e último conjunto de sentido da integralidade trata das políticas governamentais destinadas a grupos com necessidades específicas, a exemplo da Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, AIDS e outros. Nessa vertente, a integralidade tem o sentido da recusa de reduzir os sujeitos, sobre os quais as políticas incidem, a objetos descontextualizados e de recortá-los. Outro sentido da integralidade nesse conjunto é o de abarcar os grupos atingidos pelos problemas levando em conta suas especificidades.

É neste último grupo de sentido que o autor questiona a possibilidade de se alcançar a integralidade sem que se vá além dos recortes da saúde. Dessa forma, reconhece a exigência da articulação com outras políticas setoriais, apontando para

³⁸Também sob a designação de medicina preventiva ou medicina comunitária, tem sua origem em discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos em meados dos anos 1940. Esse conceito, que já vinha sendo formulado na Europa desde os anos 1920, parte do pressuposto que o ser humano é um todo indivisível, portanto nenhuma doença pode ser entendida e tratada sem que seja considerada essa visão da integridade do indivíduo. (ANDRADE, 2006).

a perspectiva da intersectorialidade.

O que se pode identificar é que os sentidos atribuídos à integralidade, especialmente pelos autores que a discutem a partir da política de saúde, têm origem nas bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira nas décadas de 1970 e 1980³⁹. Sob esse referencial, a integralidade pode ser pensada tanto de forma endógena ao setor saúde, quanto em relação à articulação com outras políticas setoriais, ou seja, exigindo articulações intersectoriais.

Para maior elucidação desta reflexão, apresenta-se a análise realizada por Cecílio (2004), que oferece importante contribuição à compreensão da integralidade nas produções teóricas de autores vinculados à Saúde Coletiva. Para esse autor, a integralidade pode ser compreendida a partir de diferentes dimensões. Uma dessas dimensões é aquela que ele denomina “integralidade focalizada”, que é realizada somente dentro do setor saúde, envolvendo ações interdisciplinares e integrando saberes de uma equipe multiprofissional no âmbito de um serviço.

A outra dimensão diz respeito à “integralidade ampliada”, que é resultado da articulação com a rede composta por outros serviços e instituições, não necessariamente do setor saúde, demandando, portanto, um esforço intersectorial. A integralidade ampliada é entendida como a “articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas ‘integralidades focalizadas’ que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos articulados a partir das necessidades reais das pessoas”. (CECÍLIO, 2004).

Também Junqueira (1997), em reflexão realizada a respeito das novas formas de gestão da política de saúde, analisa que a promoção à saúde não passa exclusivamente pelas ações desenvolvidas por esse setor, mas pela interação das diversas políticas sociais. E acrescenta que a interação intersectorial é um processo de aprendizagem que permite compreender que no “âmbito das necessidades o homem precisa ser considerado na sua integralidade, mediante uma visão que busca superar a autonomização e a fragmentação” (JUNQUEIRA, 1997, p. 36).

Importa mencionar também as contribuições sobre integralidade provenientes

³⁹Giovanella et al. (2002) discorre sobre essas bases conceituais em quatro grandes perspectivas, quais sejam: a) relacionada à articulação entre ações de promoção, proteção e recuperação/habilitação e que compõem os níveis de proteção: primária, secundária e terciária e que se configuram no SUS como atenção básica, média e alta complexidades; b) como formas de atuação profissional e que abrangem as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; c) de garantia de continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema; d) como articulação ao conjunto de políticas públicas vinculadas a um projeto de mudança.

de autores do Serviço Social, sobretudo, ao tratarem da determinação social da saúde e de sua apropriação pelos profissionais que atuam nesse campo. Entre elas se destaca a abordagem realizada por Mito e Nogueira (2009), na qual registram que, dado o aporte teórico metodológico da profissão, a integralidade é intrínseca à concepção ampliada de saúde, trazendo de forma implícita a ideia de interdisciplinaridade e de intersectorialidade. Esta considera que os fatores determinantes da saúde ultrapassam os limites das ações restritas do setor saúde.

A integralidade também vem sendo discutida nas produções relacionadas à Política de Assistência Social como uma oposição à perspectiva que predominou em sua trajetória histórica, cujo caráter assistencialista promoveu ações pontuais, fragmentadas e desconexas. A ruptura com esse paradigma da assistência social tem como marco a CF/1988, com seu reconhecimento como política pública, de responsabilidade estatal, integrante da Seguridade Social e que traz como exigência a adoção de um novo modelo de gestão que viabilize a materialização dos serviços socioassistenciais voltados para a integralidade da proteção social.

Fagundes e Nogueira apontam que o aprofundamento da relação entre a ação profissional e a integralidade (tendo como pressuposto a articulação entre as políticas setoriais) cria possibilidades para que essa política avance na direção da universalização de direitos, em contraposição a sua histórica identificação com a filantropia e benemerência. Para as autoras,

[...] pensar a Integralidade na política de assistência social significa considerar a pessoa como uma totalidade, como um sujeito histórico, social, político e cultural, inserido em um contexto de relações complexas e amplas [...]. (FAGUNDES; NOGUEIRA, 2008, p. 11).

Tal compreensão pressupõe que a política de assistência social, em seu objetivo de garantir a universalização dos direitos sociais, deve realizar-se de forma articulada às demais políticas públicas. Assim, exige a adoção de estratégias intersectoriais que possam contribuir para a garantia do atendimento integral, partindo do pressuposto de que cada pessoa representa um todo indivisível. (FAGUNDES; NOGUEIRA, 2008, p. 4).

Tratando especialmente da construção do Sistema Único de Assistência Social, em cujo texto se reafirma a necessidade de que essa política se realize de forma integrada e articulada às demais políticas sociais, Yazbek (2012) afirma que

tornar os destinatários dessa política alcançáveis pelas demais políticas significa reconhecer que os sujeitos dessas políticas não podem ser fragmentados por suas demandas e necessidades.

É nessa direção que Moroni e Ciconello (2007, p. 85) apontam que “A intersectorialidade nas políticas públicas é o único meio de se garantir e efetivar os direitos humanos em sua integralidade e indivisibilidade”.

Isso supõe o reconhecimento de que a desarticulação entre as políticas sociais inviabiliza o atendimento da integralidade do ser social, do homem concreto em todas as suas dimensões, em sua totalidade. Portanto, a intersectorialidade é indicada como uma estratégia que pode proporcionar uma abordagem integral capaz de garantir os direitos humanos.

O que se pode constatar é que há um importante vínculo entre intersectorialidade e integralidade nas produções dos autores que discutem as políticas de saúde e de assistência social. Esse entrelaçamento se dá, sobretudo, quando se registra o caráter indivisível do ser humano e, portanto, dos mecanismos institucionais voltados para sua atenção/proteção social⁴⁰.

A terceira categoria que permeia o teor das produções teóricas que têm a intersectorialidade como objeto das reflexões é a complexidade da realidade social. A complexidade supõe a coexistência de uma multiplicidade de fenômenos presentes na realidade social ou de situações e processos de múltiplas determinações (políticas, econômicas, sociais, culturais), cujas relações de interdependência a torna de difícil compreensão ou explicação⁴¹.

Desta forma, a intersectorialidade, como estratégia de gestão, é também apontada como uma exigência à compreensão, ao aprofundamento das variadas causas e dimensões em suas formas de manifestação. Nessa vertente, Monnerat e Souza (2010, p. 208) salientam que “o ponto forte da proposta de intersectorialidade é a possibilidade de se construir uma visão de complexidade dos problemas tendo como requisito o aporte de diferentes acúmulos setoriais”.

Essa compreensão é compartilhada por Bidarra (2009, p. 484) ao afirmar: “Se

⁴⁰Termos utilizados, respectivamente, nas políticas de saúde e assistência social.

⁴¹Importa resgatar a compreensão reiterada neste estudo de que tal complexificação encontra-se diretamente relacionada às transformações do capitalismo contemporâneo, traduzida na internacionalização da produção, flexibilização do trabalho, ao mesmo tempo que promove alterações no papel do Estado, com impactos nas condições de vida da classe trabalhadora e na cobertura das políticas sociais.

a realidade é constituída de aspectos multidimensionais nenhuma ação isolada tem a possibilidade de abranger e esgotar a variedade de aspectos desta realidade”. As formas de gestão segmentadas e a atuação insulada e setorializada das políticas não conseguem dar respostas resolutivas aos desafios impostos pela complexidade da realidade social.

Isso traz a ideia de que, partindo das especificidades e experiências particulares de cada política social, é possível potencializar as ações, mediante estratégias conjuntas de intervenção que ampliam a capacidade de enfrentamento de problemas complexos, que dificilmente seriam equacionados com a atuação isolada de cada uma das políticas. Isso, aponta a necessidade de estratégias mais coletivas de gestão.

De acordo com Yazbek (2005), a pobreza – uma das manifestações da questão social e, portanto, constitutiva do padrão de desenvolvimento capitalista – constitui um fenômeno complexo e multidimensional. Para além da ausência ou insuficiência de renda, a pobreza, para a autora, é também resultado do precário acesso às políticas sociais. Portanto, seu enfrentamento exige articulação das políticas sociais, especialmente as de caráter universal.

Essa posição é compartilhada por Bronzo (2010), que, também refletindo sobre a pobreza e a exclusão social, as concebe como fenômenos determinados por uma multiplicidade de dimensões que envolvem fatores estruturais, privações materiais, culturais, relacionais, entre outras, que as caracteriza como situações complexas. Dessa forma, requerem das políticas respostas a esse conjunto de fatores mediante o desenho de estratégias capazes de abranger distintos setores das políticas públicas. A autora ainda ressalta que, mais que uma simples conexão ou agregação de setores, o enfrentamento desses fenômenos exige a articulação de práticas e saberes com vistas à construção de objeto e objetivos comuns.

Assim, a intersetorialidade configura-se como uma resposta mais adequada aos tipos de problemas com os quais as políticas sociais se defrontam (multidimensionais, multifacetados e multicausais), conformando-se como estratégia necessária para dar conta da complexidade dos processos e da realidade social. (BRONZO, 2010).

A associação da intersetorialidade com a complexidade está presente também nas produções de autores que discutem a política de saúde, a partir do reconhecimento de que as determinações do processo saúde-doença são

complexas, assim como a proposta de promover a saúde. Na análise de Campos (2003), há uma multiplicidade de fatores complexos que interferem neste processo, impondo desafios, tanto do ponto de vista técnico como político. Essa multideterminação coloca a necessidade de envolvimento de outras instâncias que se encontram fora do setor saúde, uma vez que, de forma isolada, não há como alcançar esse objetivo. Isso significa o estabelecimento de ações intersetoriais, entendendo que esta articulação permite que cada área/setor ofereça contribuições para a solução dos problemas “de saúde”.

Ainda para o autor, a intersetorialidade é um processo compartilhado e, considerando que os setores envolvidos trazem saberes, linguagens e modos de fazer que pertencem ao núcleo das atividades próprias de cada área, impõe a existência de um grau de abertura ao diálogo e o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e cogestão a fim de produzir impactos nas condições de vida da população.

Teixeira e Paim (2000) também apontam para a complexidade dos fatores que envolvem a política de saúde, sobretudo no âmbito de sua implementação. Entre estes fatores, destacam: o aprisionamento da política pelos interesses das elites locais, o burocratismo, o corporativismo e os próprios limites impostos pela política econômica. Para os autores, estes fatores devem ser considerados no desenho estratégico das políticas sociais, exigindo, portanto que se incluam articulações intersetoriais. Desta forma, de acordo com os autores, a intersetorialidade é considerada como uma estratégia de reorganização das respostas aos complexos problemas, necessidades e demandas sociais dos diferentes grupos populacionais. Para tanto, exige o desenvolvimento de um processo de planejamento que consista em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas dos diversos setores envolvidos.

Com base nesses argumentos, constata-se que a relação intersetorialidade/complexidade está no fato de que a articulação intersetorial cria possibilidades para a definição de estratégias conjuntas para o enfrentamento de problemas concretos e complexos que as abordagens setorializadas e isoladas não teriam como equacionar, pois, extrapolam os limites das competências de cada um dos setores. É nesta perspectiva que Yazbek (2014, p. 98), afirma: “a intersetorialidade constitui uma nova forma de gestão de políticas públicas e, possivelmente, o único caminho para o enfrentamento de situações geradas por

condições multicausais”.

Ainda, nos termos colocados por Raichelis (2006, p. 212), “Por meio da intersetorialidade, é possível abordar de forma mais ampla as problemáticas sociais em seu caráter complexo e multidimensional”.

A quarta e última categoria identificada nas produções teóricas é o território, um conceito que vem sendo objeto de reflexões e debates em diferentes áreas de conhecimento e que, nas discussões no âmbito da gestão de políticas sociais são significativas as contribuições da área de geografia. Entre essas contribuições destaca-se o aporte fornecido pelo geógrafo Milton Santos que tem influenciado as produções dos autores que tratam da relação intersetorialidade/território.

Para Santos (2000, 2007), o território deve ser entendido a partir de sua utilização por uma dada população. É o “território usado”, que envolve o chão e a população, ou seja, a identidade dos que nele vivem.

Partindo dessa compreensão, Koga (2003, p. 296) afirma que o território “permite esta consideração das totalidades dos lugares e das pessoas, das diferenças e desigualdades e das potencialidades [e] traz conseqüentemente à tona a questão da intersetorialidade”. Afirma, portanto que, a atuação na perspectiva territorial faz emergir a necessidade de articulação intersetorial. Nos termos colocados pela autora,

[...] a interdependência das políticas setoriais se faz notar quando se atua a partir de territórios específicos, pois ele registra o mesmo espaço, as mesmas pessoas, a mesma realidade em questão. A totalidade do cotidiano vem à tona e exige da ação governamental ações igualmente totalizantes. (KOGA, 2003, p. 242).

A autora ainda destaca que a intersetorialidade se configura, sobretudo, pela definição de estratégias comuns, a partir de um lugar comum de ação, devendo constituir-se instrumento de mobilização de recursos e potencialidades locais considerados em sua totalidade territorial. (KOGA, 2003).

Para Raichelis (2006, p. 211), é no território – terreno das políticas públicas que

[...] se concretizam as manifestações da questão social em suas múltiplas dimensões, e onde se criam os tensionamentos e as possibilidades para seu enfrentamento. A compreensão que incorpora a dimensão territorial nas políticas públicas remete ao reconhecimento da presença de múltiplos

fatores sociais, econômicos, culturais, nos diversos territórios, que levam os indivíduos e as famílias a situações de vulnerabilidade e risco social.

É no território que o homem concreto vivencia cotidianamente as contradições existentes no conjunto da sociedade. Portanto, nele se expressa a complexidade da realidade social, exigindo articulações entre as políticas na perspectiva da intersetorialidade

No que diz respeito às políticas de saúde e assistência social, o território é apontado como um novo componente da diretriz constitucional para a gestão das políticas públicas - a descentralização político-administrativa. Parte-se da consideração de que a dimensão territorial do país assume proporções continentais, com grandes desigualdades entre lugares e regiões.

Conforme aponta Santos (2007, p. 151), “Há desigualdades sociais que são, em primeiro lugar, desigualdades territoriais, porque derivam do lugar onde cada qual se encontra. Seu tratamento não pode ser alheio às realidades territoriais”

Isso supõe que, dadas as particularidades históricas, culturais, sociais, políticas, geográficas e outras, os lugares se tornam singulares não permitindo que sejam adotadas propostas homogeneizadoras.

É partindo destes pressupostos que a intersetorialidade tem sido associada ao conceito território. Nesta direção Junqueira (2004) apresenta a intersetorialidade como uma concepção que deve informar uma nova forma de gestão necessária ao conhecimento da realidade, organização dos serviços e, portanto, na busca de soluções para os problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território, podendo ser um bairro, uma região ou uma cidade.

Em trabalho anterior, Junqueira (1997), aponta que a gestão integrada entre as políticas sociais se concretiza no âmbito dos municípios, considerado um espaço definido tanto territorialmente como socialmente. Para o autor, é nele que se deve estabelecer a interação entre as políticas em seu processo de gestão, tendo em vista dar respostas eficazes às demandas da população.

A incorporação da dimensão territorial na discussão sobre intersetorialidade é também defendida por Sposati (2006) quando afirma que, ao combiná-las, tem-se uma intersetorialidade construída na perspectiva da integração e da complementaridade de ações em uma determinada área físico-territorial.

Essa é uma lógica que pressupõe que pessoas vivendo em um determinado território, enfrentando problemas concretos, demandam ação intersetorial.

Compartilhando desta compreensão, Monnerat e Souza (2010, p. 204) afirmam que “a perspectiva de intervenção sobre problemas complexos se associa fortemente à noção de território”.

Ainda é importante destacar que, em trabalho em que reflete sobre as “Tendências Latino-americanas de Política Social Pública no Século 21”, Sposati (2011) sinaliza que a leitura territorial associada à perspectiva da intersectorialidade, para além de análises das demandas e das respostas das atenções de cada política, permite que sejam observadas e analisadas as reais condições de vida dos cidadãos que vivem em determinado território. Essa modalidade de leitura contribui significativamente para a ampliação da cobertura de cada uma das políticas, para a extensão da intersectorialidade entre as políticas e, sobretudo, para a construção de políticas sociais de carácter universal.

Assim, constata-se que a associação intersectorialidade e território, mais que viabilizar diferentes olhares sobre o mesmo “objeto”, pressupõe a produção de informações que permitam reconhecê-lo na sua dinâmica e complexidade, tendo em vista potencializar ações e resultados. Implica, sobretudo, um processo de construção compartilhada entre as diferentes políticas sociais, objetivando a extensão de direitos sociais. Isso, porém, requer respeito à diversidade e às particularidades de cada setor envolvido, o que não significa permitir a sobreposição aos processos pactuados entre as diferentes políticas no espaço institucional (COUTO et al., 2014).

Há que se reconhecer que o território permite maiores possibilidades da apreensão das demandas de uma determinada população e de articulação entre as diferentes políticas, na direção da intersectorialidade. Não significa, entretanto, colocar sobre o nível local a responsabilidade pela efetivação e a universalização de direitos e da proteção social.

De acordo com Bronzo (2010, p. 135), “a perspectiva igualitária e universalizante da produção de políticas é um atributo das políticas centrais, que devem garantir equidade e a efetivação de direitos, para além da autonomia do âmbito local de gestão”. Indica que, cabe ao nível central a orientação, a normatização, a condução e a mobilização das condições para as ações desenvolvidas no âmbito dos territórios, uma vez que a proteção social passa pelo pacto federativo.

Nessa mesma direção, Sposati (2015), especialmente se referindo ao

Sistema Único de Assistência Social (SUAS), analisa que as relações intersetoriais não podem ser mantidas somente pelos entes federados municipais, mas deve ser construída desde o âmbito federal. Para a autora, “da inserção intersetorial no pacto federativo podem ser afiançadas novas alternativas de equipamentos de uso múltiplo, novos modos de articulação de programas e de trabalhadores das diferentes políticas”. (SPOSATI, 2015, p. 55).

Ao concluir estas reflexões, constata-se que, nas produções teóricas analisadas, a intersetorialidade tem sido pautada, de forma especial, pela setorialidade, integralidade, complexidade e pelo território. É a partir destas categorias que a intersetorialidade vem sendo apontada como estratégia de gestão.

Quanto à primeira, destaca-se a compreensão de que a estrutura tradicionalmente setorializada da máquina administrativa brasileira, do âmbito federal ao municipal, tem contribuído para o insulamento das diferentes políticas sociais. Isso promove a fragmentação da realidade social, das demandas e das respostas às necessidades dos cidadãos. Assim, a intersetorialidade é sinalizada como estratégia de gestão que possibilita o enfrentamento desta fragmentação.

A integralidade tem na intersetorialidade uma de suas bases, uma vez entendida como possibilidade de proporcionar respostas na perspectiva da indivisibilidade dos sujeitos alvo das políticas sociais e de suas demandas, que são muitas, heterogêneas e complexas.

Verifica-se também que há entre os autores consultados um consenso em relação à necessária articulação intersetorial frente a complexidade e à multideterminação da questão social.

Por fim, o território, enquanto chão das políticas públicas (KOGA, 2003), faz emergir a questão da intersetorialidade como estratégia, não apenas com maiores possibilidades de leitura do real, mas de potencialização das ações e da consequente ampliação de seu padrão de qualidade e efetividade.

Importa salientar que a intersetorialidade, assim como a política social, possui uma dimensão político-ideológica. Portanto sua adoção como estratégia de gestão de políticas sociais pode atender a distintos interesses, ou seja, ser utilizada em uma perspectiva de extensão da democratização de direitos sociais ou de racionalização de custos, na direção de um Estado Mínimo.

Do ponto de vista da orientação neoliberal, a intersetorialidade pode ser adotada em um sentido utilitarista, que reforça o Estado Mínimo e compartilha

responsabilidades com a sociedade na execução das políticas, o que traria também a possibilidade da diminuição dos custos operacionais.

Na perspectiva de extensão da democracia e da cidadania, que consiste na direção dada pela Constituição Federal de 1988, a intersetorialidade “não é apenas a instalação de arranjos multissetoriais, mas a decisão ético-política deliberada de que o Estado e sua gestão e políticas servem ao interesse comum (AKERMAN et al., 2014, p. 4298).

CAPÍTULO 3

A INTERSETORIALIDADE NA NORMATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Este capítulo dedica-se à apresentação dos resultados da análise dos principais documentos legais e normativos, que constituem o marco regulatório das políticas de saúde e assistência social, a fim de identificar as referências à intersetorialidade.

Foram analisados os seguintes documentos, eleitos por serem considerados aqueles que contêm as diretrizes para implantação e implementação das respectivas políticas:

. **Política de Assistência Social:** Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Políticas Nacionais de Assistência Social de 1998 e 2004, Normas Operacionais Básicas de 1997, 1998, 2005 e 2012.

. **Política de Saúde:** Lei Orgânica da Saúde (LOS), Normas Operacionais do SUS de 1991, 1993 e 1996, Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002, Pacto pela Saúde de 2006, Políticas Nacionais de Atenção Básica de 2006 e 2011 e as Diretrizes para a organização da atenção e da gestão do SUS por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) de 2010.

Na análise desses documentos, uma vez selecionados, foram realizadas sucessivas leituras e adotados procedimentos de sistematização de seus conteúdos, tendo em vista identificar as referências à intersetorialidade, inclusive sob termos assemelhados, tais como: articulação, integração, interface entre os setores. Nessa análise, buscou-se contextualizá-los às tendências vigentes no momento de sua elaboração.

Inicia-se por resgatar que, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, começa um longo processo para a regulamentação dos dispositivos constitucionais que tratavam das diferentes políticas sociais. Apesar do contexto em que a legislação infraconstitucional foi definida, o que já foi apontado no primeiro capítulo deste trabalho, houve importantes mudanças em relação aos princípios norteadores da gestão das políticas.

3.1 POLÍTICA DE SAÚDE

A primeira política da Seguridade Social a ser regulamentada foi a política de saúde. Esse pioneirismo foi resultado da grande mobilização política que caracterizou essa área, desde o final da década de 1970, notadamente por meio do Movimento pela Reforma Sanitária⁴² e sua luta pela garantia da saúde como direito universal, assim como pela construção de um sistema único e estatal nessa área. Ressalta-se que, nesse mesmo período, essa luta também se estabeleceu em diversos países da América Latina como resposta aos regimes ditatoriais e à crise nos sistemas públicos de saúde.

O Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil teve como marco a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Partindo do consenso de que, para o setor saúde, não seriam suficientes reformas administrativas e financeiras, mas, sobretudo, mudanças em todo o arcabouço jurídico-institucional, foram definidas estratégias a serem defendidas no processo constituinte, cujos resultados foram, em grande parte, incorporados na CF/1988.

Refletindo a força do Movimento, o Artigo 196 do texto constitucional, que também coincide com as disposições do Parágrafo 1º da Lei 8.080/1990, que regulamentou as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, a saúde é garantida como direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado. Conforme descrito nos textos legais, a efetivação desse direito se daria mediante “a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Esse texto deixa explícito o reconhecimento das determinações políticas, econômicas e sociais do processo saúde-doença. Supõe que a redução de riscos e agravos e a garantia das condições de acesso à saúde, seja no âmbito da promoção, da proteção ou da recuperação, somente podem ser garantidas por meio de políticas econômicas e sociais. Entre as últimas, inclui-se a política de saúde,

⁴² O Movimento pela Reforma Sanitária, cujas primeiras articulações datam da década de 1960, tem sua maturidade e visibilidade no contexto das lutas contra a ditadura nos anos 1970. Sua especificidade no conjunto dessas lutas voltava-se para as propostas de mudanças e transformações necessárias no campo da saúde. As propostas defendidas por esse movimento foram contempladas no direito universal da saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde.

porém não se restringe a ela.

O artigo 3º da Lei 8080/1990 também aponta a necessária intersectorialidade, ao introduzir o que ficou conhecido como “conceito ampliado” de saúde.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990a).

Ao tratar dos fatores determinantes e condicionantes, indica, de forma muito clara, a complexidade dos problemas que envolvem a população, revelando que a garantia de saúde demanda a associação de um conjunto de condições que ultrapassam a capacidade de um único setor.

Apesar da amplitude desse conceito, nas demais disposições da Lei 8080/1990, as menções mais expressivas de articulação intersectorial dizem respeito:

- às políticas de meio ambiente e saneamento, conforme descrito especialmente no artigo em que trata dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, em que indica a “integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico”. (BRASIL, 1990a). Outras referências à articulação com essas áreas podem ser identificadas nos Artigos de 13 a 18.

- à criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, a fim de definir e propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde, no Artigo 14.

Isso demonstra que, no conjunto de suas disposições, a Lei Orgânica da Saúde não trouxe indicações de articulações necessárias ao enfrentamento de importantes fatores e condicionantes do processo saúde-doença.

É importante destacar, entretanto, a referência à articulação intersectorial disposta no Artigo 12 e em seu Parágrafo único:

Art. 12 – Serão criadas comissões intersectoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.
Parágrafo único. As comissões intersectoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990a, grifo nosso).

O propósito do grifo é demonstrar a perspectiva de intersetorialidade presente no texto. Esse é um ponto de vista bastante específico, uma vez que a articulação com outros setores está voltada para alcançar melhores resultados de saúde, ou seja, com o objetivo de atuar nos problemas que incidem sobre o processo saúde-doença. A mobilização dos setores é apontada como estratégia para responder às necessidades de saúde.

No Artigo 19-I⁴³, tratando do atendimento e da internação domiciliar, são previstas ações multiprofissionais do campo da saúde, de assistência social e outras necessárias, tendo em vista o cuidado integral do paciente. (BRASIL, 2002a). Portanto, diz respeito tanto a ações que envolvem articulações entre as diferentes profissões que atuam dentro do setor saúde, como com outras políticas, com destaque para a assistência social.

É importante lembrar que, em seu processo de sanção, a Lei 8080/1990 sofreu vetos em alguns dos seus artigos, especialmente aqueles relacionados ao controle social e financiamento. Isso fez com que o movimento sanitário se articulasse para aprovar uma nova lei que contemplasse esses aspectos. Assim, a Lei Orgânica da Saúde é constituída por duas Leis: 8.080 e 8.142, ambas de 1990, tratando, esta última, apenas dos aspectos que sofreram os vetos, quais sejam: da participação e controle da sociedade sobre a gestão do SUS, por meio dos conselhos e conferências, e das transferências intragovernamentais. Essa lei não traz qualquer referência à articulação intersetorial entre os órgãos responsáveis pela coordenação das políticas, ou entre os conselhos de saúde e das demais políticas setoriais.

Isso significa que, conforme aponta Raichelis (2006), os conselhos, instituídos no âmbito das políticas públicas, nesse caso da política de saúde, acabaram acompanhando a lógica setorializada que estrutura a ação estatal, voltando-se às ações específicas de seu campo de atuação.

Nos períodos imediatamente posteriores à sanção da Lei Orgânica da Saúde, iniciou-se o processo de implantação do SUS, cujas instruções aos responsáveis por conduzi-lo se deram mediante a edição de Normas Operacionais Básicas (NOBs).

Pode-se constatar que a tônica nesse processo foi a descentralização da

⁴³Este Inciso não constava em sua primeira versão da Lei 8080/1990, mas foi acrescentado pela Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, ao tratar do atendimento e a internação domiciliar no âmbito do SUS.

gestão das ações e dos serviços de saúde, na perspectiva de construção de um sistema regionalizado e hierarquizado. Isso pressupunha a necessidade de delimitação de uma base territorial, realizada por meio de um conjunto de ações e serviços de diferentes níveis de complexidade, situados em diversos territórios político-administrativos.

Assim, as Normas Operacionais Básicas 01/91 (Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e 01/93 (Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, do Ministério da Saúde) tratam de aspectos operacionais relacionados ao financiamento e aos instrumentos de acompanhamento, controle e avaliação da execução das ações de saúde. A NOB/93, visando ampliar e aprimorar as condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo, tem sua ênfase nas Comissões Intergestores⁴⁴ e nos Conselhos de Saúde, no financiamento com recursos arrecadados pela união e nas condições de gestão. Dessa forma, definem aspectos internos ao setor saúde, não mencionando qualquer articulação, integração ou interface com as demais políticas setoriais. (BRASIL, 1991, 1993b).

Não obstante tal direção, nos primeiros anos da década de 1990, dois programas alcançaram grande repercussão na área da saúde – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Esses programas foram concebidos como estratégias estruturantes da atenção básica em saúde, esta como porta de entrada preferencial do SUS.

Como forma de reorientar o modelo assistencial e reorganizar a atenção básica, esses programas trouxeram para o campo da saúde a necessidade da pactuação intersetorial.

O PACS foi lançado em 1991, pelo governo federal, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FNS) para atuar, inicialmente, em áreas onde houvesse dificuldades de interiorização das ações de assistência médica, a exemplo das regiões Norte e Nordeste. Entretanto, gradualmente se expandiu para outras regiões do país, da mesma forma que assumiu outras atribuições, como: cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção de

⁴⁴ As Comissões Intergestores são instâncias de pactuação e negociação instituídas tanto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). As Comissões Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal, são integradas por representantes dos três entes federativos e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), instituídas no âmbito estadual, integrada por representantes dos estados e municípios.

ações de proteção à saúde, especialmente da criança e da mulher. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), consistindo em uma estratégia para mudança do modelo de assistência à saúde, para atuar em uma lógica centrada nas famílias e nos problemas identificados em determinados territórios. Conforme orientações do próprio Ministério da Saúde, a equipe de saúde da família (composta por médico, enfermeiro, auxiliar/ técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) tem entre suas atribuições a de estabelecer novas relações com a comunidade e com os diferentes segmentos sociais e institucionais que pudessem se traduzir em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas a fim de intervir nas situações que transcendem a especificidade do setor saúde. (BRASIL, 1997). Ao incorporar um leque de atividades abrangentes, as ações das equipes pressupõem a necessária articulação com outros setores.

Em 1996, com a edição da Norma Operacional Básica de 1996, o PSF é explicitado como estratégia (Estratégia Saúde da Família – ESF) com campos de intervenção que permitem inseri-lo em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade de ações.

Entre as Normas até então editadas, a primeira referência à relação com outros setores de políticas públicas ocorre na NOB 01/96, quando trata da atenção à saúde.

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

- a) o da assistência [...];
- b) o das intervenções ambientais [...]; e
- c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos. (BRASIL, 1996, p. 2, grifo nosso).

A ênfase desse ato normativo é a transformação do modelo de atenção vigente – modelo clínico, centrado na doença – para um novo modelo, centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu ambiente e, ainda, na relação da equipe de saúde da família com a comunidade, especialmente com as famílias. Assim, aponta para a necessidade de associação do modelo vigente a um enfoque epidemiológico,

com a incorporação de novas tecnologias, a fim de que as ações pudessem ser programadas e planejadas com base em indicadores de produção e impacto sobre o perfil de saúde e doença da população. Conforme descrito no texto da normativa, isso “requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes [...], inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais”. (BRASIL, 1996, p. 10).

Nos anos 2001 e 2002 foram editadas duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, respectivamente, NOAS-SUS 01/01 (Anexo da Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001) e NOAS-SUS 01/02 (Anexo da Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002). A primeira tratou da regionalização como macroestratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização e requisito para consolidação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção, introduzindo os Planos Diretores de Regionalização (PDR). A segunda, considerando as dificuldades e impasses gerados no processo de implementação das orientações provenientes da NOAS 01/01, apontou alternativas para sua superação. (BRASIL, 2001, 2002b).

Em ambas, não há referências a relação, integração ou articulação com outros setores na perspectiva de intersectorialidade.

Os primeiros meses de 2006, porém, no setor saúde, foram marcados pela publicação de três importantes documentos: o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Como resultado de um processo de discussão, iniciado em 2003, que apontava para a necessidade de elaboração de diretrizes para a pactuação de questões fundamentais no processo de gestão do SUS, em fevereiro de 2006, foi publicada a Portaria nº 399/GM, que divulgou o Pacto pela Saúde. Nele são definidas prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (BRASIL, 2006b).

No Pacto pela Vida, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, foram estabelecidas mudanças radicais na forma de pactuação no SUS, reforçando compromissos com resultados sanitários, imprimindo uma direção da gestão pública por resultados. (BRASIL, 2006b).

Nele, foram pactuadas seis prioridades, quais sejam: Saúde do Idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e

endemias; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica.

Nestas áreas prioritárias, somente em relação à saúde do idoso é indicado o estímulo às ações intersetoriais como diretriz a ser seguida na realização do trabalho, tendo em vista a integralidade da atenção. Nas demais áreas, as diretrizes contemplam apenas ações realizadas pelo setor de saúde.

No Pacto de Gestão que estabeleceu as responsabilidades específicas de cada uma das instâncias federativas, tendo em vista fortalecer a gestão compartilhada e solidária do SUS, a articulação intersetorial foi apontada como uma das diretrizes para o Planejamento, conforme descrito a seguir:

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. (BRASIL, 2006b).

Ainda, tratando das responsabilidades do planejamento e da programação, dispôs que nos planos municipais de saúde de todos os municípios, deveria ser formulada política de atenção em saúde, na qual fossem incluídas ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde⁴⁵. Essas são, portanto, as referências à intersetorialidade no Pacto pela Saúde.

Em resposta às macroprioridades definidas no Pacto em Defesa da Vida, em 28 de março do mesmo ano, é lançada a Política Nacional de Atenção Básica/2006 (PNAB), por meio da Portaria nº 648/GM.

A PNAB definiu a Atenção Básica (AB)⁴⁶ como o contato preferencial do usuário com o SUS, manteve a saúde da família como estratégia básica para sua organização. Conforme descrito na política, esse primeiro nível de atenção se caracteriza como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida [...] por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão,

⁴⁵ Essa disposição contida no Pacto de Gestão (e outras identificadas nos documentos da Política de Assistência Social) fundamentou a decisão em analisar os Planos das duas políticas dos municípios selecionados para este estudo.

⁴⁶ Durante a implementação do SUS, para designar as ações situadas no primeiro nível de atenção do sistema, foi utilizado o termo Atenção Básica. A preferência por esse termo, segundo Giovanella e Mendonça (2008, p. 619) “[...] pode ser atribuída ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do FMI e do Banco Mundial nos países latino-americanos, com forte ênfase para programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do SUS.

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006c, p. 3).

De acordo com as diretrizes orientadoras da AB, especialmente para provocar impactos nos determinantes e condicionantes da saúde, além das ações específicas do setor, foi apontada a articulação com as demais políticas setoriais. Assim, ao tratar do processo de trabalho das equipes de saúde, indicou-se entre suas características, “o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde”. (BRASIL, 2006c, p. 8).

Também no que tange às especificidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), dispôs que, além dos princípios gerais da Atenção Básica, essa estratégia deveria “buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias”. (BRASIL, 2006c, p. 9).

Indicou, ainda, a necessidade de articulação do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação a fim de definir mudanças curriculares nos cursos de graduação na área de saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à atuação na Atenção Básica. Entre esses cursos, destacam-se a medicina, a enfermagem e a odontologia, que são áreas que, necessariamente, compõem as equipes de saúde da família e saúde bucal.

No mesmo contexto da PNAB, o Ministério da Saúde apresentou, mediante a edição da Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), cujo texto é permeado pela ênfase à intersetorialidade.

Resgatando os ideais do Movimento da Reforma Sanitária – base do processo de criação do SUS -, apontou para o conceito ampliado de saúde, cujas respostas de transformação dos determinantes e condicionantes não poderiam ser encontradas por meio da atuação somente do setor saúde.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas. (BRASIL, 2006d, p 12).

Definindo a promoção à saúde como estratégia de gestão transversal, integrada e intersetorial, colocou para o setor da saúde o desafio de construir a intersetorialidade, compreendida como “articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde [...]”. (BRASIL, 2006d, p. 13).

A promoção da qualidade de vida e a redução de vulnerabilidades e riscos à saúde, que são relacionados aos determinantes sociais envolvendo as condições de trabalho, habitação, cultura, lazer, educação, entre outras, bem como o acesso a bens e serviços essenciais, constituem objetivos da Política de Promoção à Saúde. O alcance desses objetivos, de acordo com o texto da política, somente seria possível mediante o estímulo das ações intra e intersectoriais.

Desta forma, dependendo das características das ações específicas indicadas, foram propostas articulações intersectoriais, pactuações entre gestores do SUS e outros setores, além dos conselhos gestores das diferentes políticas, notadamente, com as áreas de segurança alimentar e educação. A articulação intersectorial para a efetivação da Política de Promoção à Saúde foi posta como responsabilidade das três esferas de governo.

A este respeito, menciona-se o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo governo federal em 2007, como uma política intersectorial entre os Ministérios de Saúde e Educação. O Programa surge na perspectiva de atenção integral à saúde (prevenção e promoção) de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico. Realizado nas escolas e unidades básicas, pelas equipes de saúde, a articulação intersectorial e com outras redes sociais se dá através de Grupos de Trabalho Intersectoriais (GTI), instituídos nas três esferas de governo. Esses Grupos são os responsáveis pela gestão dos recursos financeiros e materiais, apoio institucional às equipes, planejamento, monitoramento e avaliação do Programa. (BRASIL, 2007a).

Destaca-se, ainda, o Programa Bolsa Família, instituído em 2004 (BRASIL, 2004a), um programa do governo federal de transferência de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. Trata-se de um programa de desenho intersectorial, envolvendo as políticas de Assistência Social, Saúde e Educação, sob a coordenação da primeira, por meio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. As condicionalidades estão relacionadas à ampliação do exercício do direito à saúde e a educação. No campo da saúde essas condicionalidades se referem ao acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento infantil pela vigilância nutricional, à vacinação para crianças menores de sete anos e à assistência pré-natal e pós-parto.

Ambos os Programas – Bolsa Família e Saúde na Escola – são desenvolvidos no âmbito da atenção básica, como parte da Política de Promoção à Saúde, e a intersetorialidade é posta como diretriz para a sua implementação na esfera dos municípios.

É importante destacar que, nesse contexto do ano 2006, uma questão ganhou importância nessa área. Trata-se da discussão sobre os determinantes da saúde, em resposta ao movimento internacional desencadeado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que, em 2005, criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), com o objetivo de promover no contexto internacional o desenvolvimento de uma consciência sobre a importância dos determinantes sociais⁴⁷ nas condições de saúde.

Na análise de Garbois, Sodr e e Dalbello-Ara ujo (2014), essas discussões sobre os determinantes sociais da saúde não são recentes e sua retomada faz parte do debate que se reacendeu sobre a “questão social” na atual fase de expansão capitalista, caracterizada pela globaliza o da economia, pelo avanço tecnológico e as suas consequências mais visíveis, como o aumento das desigualdades e injustiças sociais.

Em sintonia com essa tendência, em março de 2006, foi instituída a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, tendo em vista intervir nos determinantes sociais na busca pela equidade em saúde. Isso reativa o debate sobre a necessidade de articula o entre as diferentes políticas sociais. Para tanto, foi constituído um Grupo de Trabalho Intersetorial. (BRASIL, 2006a), ou seja, a intersetorialidade   evocada como forma de obter respostas para situa es complexas.

Retomando os principais documentos legais e normativos da Política de Saúde, em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 4279, estabeleceu diretrizes para a organiza o da aten o e da gestão do SUS. Partindo do pressuposto de que o cenário da organiza o da aten o e da gestão do SUS vinha sendo marcado pela fragmenta o e, ainda, considerando as grandes

⁴⁷ Os determinantes sociais dizem respeito aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na popula o. (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

mudanças no perfil epidemiológico brasileiro, foi proposta a organização do sistema por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS). (BRASIL, 2010b).

Essa proposta teve como referência os debates contidos na literatura e em experiências internacionais que traziam a ideia central de cuidado integral, tanto horizontal como verticalmente, dentro do próprio setor de saúde e entre setores de políticas públicas, na perspectiva de garantia do direito, ampliação de acessos e redução das desigualdades. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Neste novo modelo de atenção, a Atenção Primária em Saúde⁴⁸ (APS) é concebida como eixo estruturante das RAS no SUS, situada como a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, em que a estrutura hierarquizada por níveis de complexidade crescente (primária, secundária e terciária), que tendia para a banalização da atenção primária como um nível de atenção menos complexo, é substituída por uma forma organizacional poliárquica. Nessa forma de redes, em que não há hierarquização entre os pontos de atenção, que se distinguem pela densidade tecnológica que utilizam, a APS tem um papel chave, fundamental em sua estruturação. (BRASIL, 2010b; MENDES, 2002).

A ação intersetorial e a abordagem sobre os determinantes da saúde são apresentadas como um dos atributos essenciais ao funcionamento dessa nova forma organizacional. Conforme descrito no texto da Portaria,

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas. (BRASIL, 2010b, p. 15).

Deste modo, a organização da gestão e do planejamento das variadas ações intersetoriais é apontada como uma das estratégias capazes de fortalecer a implantação da Política de Promoção à Saúde nas RAS, de modo transversal e integrado, como forma de enfrentamento da complexidade das situações e na busca da integralidade da atenção à saúde.

É importante destacar que, em outubro de 2011, foi aprovada a nova Política

⁴⁸ Nos textos legais mais recentes, adota-se o termo Atenção Primária em Saúde (APS).

de Atenção Básica, por meio da Portaria 2.488/2011⁴⁹, na qual se estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, ESF e PACS. (BRASIL, 2011e).

O documento é iniciado com a caracterização da Atenção Básica⁵⁰, mantém o texto da Política formulada em 2006. Entretanto, entre os fundamentos e diretrizes, introduz como necessidade de um território adscrito, “de forma a permitir o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território [...]”. (BRASIL, 2011e). Há, assim, uma associação entre intersectorialidade e território.

A atenção básica, além de contato preferencial dos usuários, é também concebida como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, devendo, para contribuir para o seu funcionamento, cumprir algumas funções, entre outras, de articulação com outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

Além das disposições constantes na política elaborada em 2006, a nova Política de Atenção Básica criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuar de forma integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, no apoio matricial às equipes das unidades nas quais estão vinculados.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, entre outras formas, atuando na construção, em conjunto com as equipes, de ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde.

O que se pode constatar, na análise aqui realizada em alguns dos principais documentos legais e normativos que conformam a política de saúde, é que eles apontam para o reconhecimento de que as necessidades de saúde ultrapassam as possibilidades de um só setor. Conforme afirma Cohn (1996, p. 47), “o setor da saúde é levado a responder e enfrentar questões que em sua grande maioria tem origem em fatores externos a ele”. Portanto, de forma a intervir nessas situações que transcendem a especificidade do setor, indica-se a necessária articulação entre

⁴⁹ Essa Portaria revogou, dentre outras, a Portarias nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, mantendo, entretanto, em vigor, as normas expedidas pelo Ministério (BRASIL, 2006c).

⁵⁰ A Portaria explicita que a partir de então, no Brasil, os termos Atenção Básica e Atenção Primária a

as diferentes políticas setoriais.

Entretanto, pode-se observar que as principais referências à intersetorialidade estão nos documentos que tratam da atenção básica (ou primária), notadamente, na Política de Promoção à Saúde, cujas ações estão voltadas para situações que constituem competências de outros setores, mas que têm impacto nas condições de saúde das populações.

Não obstante essas observações, especialmente na Política de Promoção à Saúde, destaca-se que, já na primeira versão da PNAB, ao caracterizar a Atenção Básica, há o reconhecimento da relevância desse nível de atenção e da complexidade das ações que desenvolve e que, para tanto “utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade”. (BRASIL, 2006c)⁵¹.

Considerando que a atenção básica é, dos níveis de atenção, aquela que tem a menor utilização de tecnologias no sentido de equipamentos para tratamentos (que seriam as de maior densidade), as tecnologias de elevada complexidade a que se refere dizem respeito a conhecimentos. Portanto, para resolver os complexos problemas identificados, há necessidade de conhecimentos também complexos que podem ser obtidos por meio da articulação de saberes acumulados nos diferentes setores. Logo, mais uma vez, a intersetorialidade é pautada pela complexidade das demandas e das respostas exigidas por esse nível de atenção.

Assim, é importante destacar que, apesar de fazerem parte da pauta atual no campo da saúde, as discussões a respeito da Atenção Básica não são recentes, especialmente no contexto internacional, cujos desdobramentos exerceram forte influência na estruturação da política de saúde brasileira.

O termo Atenção Primária foi utilizado pela primeira vez como forma de organização dos sistemas de saúde, no ano de 1920, na Inglaterra, em um documento conhecido como Relatório Dawson⁵², cujo conteúdo apresentava uma

Saúde, nas atuais concepções, são tomados como termos equivalentes. (BRASIL, 2011e).

⁵¹ Na PNAB, editada em 2011, esse termo é substituído por “Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas”. (BRASIL, 2011e).

⁵² O Relatório Dawson, cujo nome é uma referência ao presidente do conselho criado em 1920, na Grã-Bretanha, formado por representantes do Ministério da Saúde e de profissionais médicos privados, propunha a oferta de serviços de atenção primária a toda população. Esse relatório é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema de saúde britânico em 1948, que, por sua vez orientou a

estrutura organizacional baseada em níveis de atenção. Esta estrutura, que influenciou a formatação de sistemas de saúde em inúmeros países, constituiu a base para o conceito de regionalização em que cada nível é apoiado pelo subsequente. (STARFIELD, 2004).

Outro evento que colocou a Atenção Primária em evidência foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários⁵³ em Saúde realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade situada no Cazaquistão (à época uma das repúblicas da União Soviética). O documento final, denominado Declaração Alma-Ata, ratificada em 1979 pela Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), denunciava a extrema desigualdade existente no estado de saúde da população mundial, afirmando a responsabilidade dos governos com a saúde de seus povos a serem materializadas “por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 578).

Essa declaração enfatizou a Atenção Primária à Saúde como a chave para a promoção de saúde dos povos, como elemento essencial e central na organização dos sistemas de saúde e integrante do processo de desenvolvimento social e econômico das comunidades. Para tanto, pressupõe, além da participação da população, a necessidade do envolvimento com outros setores.

Esse evento serviu de base para a realização da I Conferência de Promoção à Saúde em Ottawa, no Canadá, em 1986. Nas principais estratégias e diretrizes constantes no documento final produzido por essa Conferência, e que ficou conhecido como Carta de Ottawa, o setor saúde foi isentado da responsabilidade exclusiva pela promoção da saúde, apontando para ações de natureza intersetorial. Nele foram definidos, como pré-requisitos para a saúde, a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça e equidade. (ANDRADE, 2006).

Esta Carta consolida a proposta de “Cidades Saudáveis”, um movimento

reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

⁵³A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, sob a organização da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi um evento internacional que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental e que forneceu as bases

internacional que teve início nos anos 1970, em Toronto, no Canadá baseado em uma nova visão de saúde e que incorpora a ideia da Promoção da Saúde. Essa proposta constitui uma prática de gestão social que, supõe a inversão da fragmentação e setorialidade presente nas organizações públicas, onde a intersectorialidade tem papel central. (WESTPHAL, 1997).

Esses e tantos outros eventos de caráter internacional serviram como referência para as reformas sanitárias ocorridas a partir dos anos 1980, a exemplo do Brasil, por meio do Movimento pela Reforma Sanitária. As proposições desse Movimento incorporaram novas dimensões ao processo saúde-doença, que é determinado por um conjunto de fatores que estão fora do domínio do setor saúde.

O que se pode constatar na análise dos documentos legais e normativos da política de saúde é que a intersectorialidade tem sido evocada especialmente pela complexidade das demandas e respostas voltadas para intervenção nos problemas de saúde.

Em que pese a integralidade constituir um dos princípios doutrinários da atual política de saúde brasileira e um dos eixos estruturantes do SUS, sua apreensão, decorrente da análise dos documentos selecionados, tem sido mais recorrente no que diz respeito à forma de organização do sistema e dos serviços de saúde, na dimensão da integralidade focalizada, em uma perspectiva político-administrativa conforme classificação feita por Cecílio (2004)⁵⁴, ou seja, em uma perspectiva endógena ao setor saúde.

3.2 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

No que diz respeito à política de assistência social, após a promulgação da CF/1988, também nesse campo, iniciou-se o processo para a regulamentação dos dispositivos constitucionais, porém foi um processo bem mais longo que o da saúde

para uma Atenção Primária abrangente. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

⁵⁴Conforme apontado no Capítulo 2 desse trabalho, Cecílio (2004) trata de duas dimensões: a integralidade focalizada, que é realizada somente no setor saúde, envolvendo ações interdisciplinares e integrando saberes de uma equipe multiprofissional no âmbito de um serviço, e a integralidade ampliada, que é resultado da articulação com a rede composta por outros serviços e instituições.

– foram cinco anos entre as disposições constitucionais e a lei orgânica. Esbarrando-se em forças conservadoras, a assistência social encontrou dificuldades, tendo sido a última das políticas que compõem a Seguridade Social a ser regulamentada.

Para Couto (2008), alguns aspectos podem ser apontados para explicar essa regulamentação tardia da Assistência Social: o preconceito em relação à área, a falta de densidade política e de debate conceitual e a rearticulação das forças conservadoras que, diante da crise econômica do período, entendiam que a crise fiscal era fator preponderante para a atuação do Estado. Assim, era necessária a redução de gastos públicos, inclusive com políticas sociais.

Contudo, os movimentos pela regulamentação da Assistência Social continuaram se articulando e, embora seu processo de discussão tenha se iniciado mais tardiamente, considerando as demais políticas que compõem o tripé da Seguridade Social, foi amplamente debatida. Especialmente reunindo grupos internos do setor, como o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e suas representações estaduais e regionais; instituições tradicionais da área existentes nesse contexto do início dos anos 1990, como: LBA (Legião Brasileira de Assistência e CBIA (Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência); universidades que contavam com cursos de Serviço Social; e outros, foram promovidos encontros, debates e discussões para a elaboração e apresentação no Congresso Nacional do Projeto de lei da LOAS. (SPOSATI, 2007a; MESTRINER, 2008).

O primeiro projeto aprovado pelo Legislativo, em 1990, foi vetado integralmente pelo então Presidente Collor, sob a alegação de que a nação não dispunha de recursos para o pagamento dos benefícios previstos⁵⁵. Novo projeto foi apresentado em 1991, cujo trâmite foi novamente adiado, incluindo, entre as razões para o não encaminhamento, o fato de que o projeto deveria ser de origem do Poder Executivo. (SPOSATI, 2007a).

Mestriner (2008) analisa que a falta de interesse pela regulamentação pode ser compreendida se for considerado que, durante esse período (governo Collor), a assistência social vinha sendo manipulada de forma patrimonial e, portanto, sua regulamentação, certamente, criaria muitas dificuldades para seu uso político.

Somente em 7 de dezembro de 1993, como resultado das mobilizações e

⁵⁵ Em especial o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

articulações dos grupos já mencionados, de debates e negociações⁵⁶, foi sancionada, pelo Presidente Itamar Franco a Lei 8742 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que tornou operacionais os princípios contidos na Constituição Federal, estabelecendo uma nova matriz, com a introdução de mudanças substantivas na estrutura e nos conceitos da assistência social brasileira.

Na busca de romper com seu histórico vinculado ao assistencialismo e de se afirmar como política de proteção social alicerçada de segurança, houve exigências para que a assistência social fosse definida na relação com outras políticas. Portanto, já no texto da LOAS, a assistência social assume em sua agenda a proposta de intersectorialidade.

No Artigo 1º, a assistência social é definida como “Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento das necessidades básicas” (BRASIL, 1993a, grifo nosso). Nesse artigo da LOAS, a intersectorialidade já é sinalizada como um novo paradigma, um caminho para a gestão das políticas públicas.

No Artigo 2º, que trata dos objetivos da assistência social, a LOAS traz que a assistência social deve realizar-se de forma integrada às políticas setoriais, tendo em vista o enfrentamento da pobreza, a garantia e a provisão dos mínimos sociais e universalização de direitos (BRASIL, 1993a).

Esses dois primeiros artigos apontam, de forma muito clara, a necessária integração da política de assistência social às demais políticas setoriais para o atendimento das contingências sociais e da universalização de direitos. Como se pode observar, a ideia de intersectorialidade é posta sob o termo integração.

No Artigo 19, Inciso XII, dispõe que órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política de Assistência Social, tendo em vista elevar o patamar mínimo de atendimento às necessidades básicas da população, deve articular-se com os órgãos responsáveis pela coordenação das políticas que compõem o tripé da Seguridade Social, bem como das políticas setoriais. (BRASIL, 1993a).

⁵⁶ Sposati (2007a) relata o processo de negociação ocorrido no auditório da Câmara Federal, em 1993, envolvendo representantes dos movimentos pró LOAS, parlamentares, líderes do governo, a deputada relatora do projeto de lei. Neste processo, foi debatido artigo por artigo do projeto, até que se chegasse ao texto básico.

Foram também previstas formas de articulação entre políticas setoriais na concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e nos Projetos de Enfrentamento à Pobreza. De acordo com o texto legal, estes últimos deveriam assentar-se em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistema de cooperação entre organismos governamentais e não governamentais e da sociedade civil. (BRASIL, 1993a).

Contudo, da mesma forma que na política de saúde, nos primeiros documentos normativos editados após a regulamentação da política de assistência social, a tônica foi o processo de descentralização e os aspectos internos ao setor.

A primeira Norma Operacional Básica, aprovada em 1997, explicitou os princípios norteadores da descentralização, conceituando o Sistema Descentralizado e Participativo (SDP). Além disso, foram definidas as competências dos três entes federados, níveis de gestão e outros aspectos relacionados à implantação da política.

Entretanto, apesar da ênfase dada ao processo de descentralização, já que se tratava do processo inicial de construção desta política, a noção de intersetorialidade ou de articulação com os outros setores foi permeando os diversos documentos.

A primeira Política Nacional aprovada em 1998, portanto cinco anos após a promulgação da LOAS, trouxe inúmeras referências à intersetorialidade mediante os seguintes termos: intersetorialidade, ações articuladas, articulação, interface, fortalecimento de parcerias com as demais políticas e outros. Esses termos estão presentes na fundamentação, objetivos, princípios e diretrizes da política de assistência social em construção. (BRASIL, 1998a).

A NOB aprovada nesse mesmo ano (denominada NOB2), tendo como direção avançar na construção do Sistema Descentralizado e Participativo de Assistência Social, definiu procedimentos, estratégias e fluxos operacionais do processo descentralizado e participativo da assistência social. Porém, já em sua introdução, resgata o artigo 2º da LOAS em que se estabelece que, para o alcance de seus objetivos, a assistência deveria realizar-se de forma integrada às demais políticas setoriais. Além disso, nos objetivos e diretrizes reafirma o que já havia sido explicitado na Constituição Federal 1988, em relação à necessidade de integração e articulação com outras políticas setoriais. (BRASIL, 1998a).

Não obstante tais referências, é importante destacar que esses dois

documentos foram aprovados sob a égide do Programa Comunidade Solidária. Conforme já apontado neste trabalho, esse Programa, desenvolvido de forma paralela à Política de Assistência Social, foi a principal estratégia de enfrentamento da pobreza do governo FHC. Desconsiderando os direitos constitucionalmente conquistados nessa área, enfatizava ações pontuais, focalizadas em “bolsões de pobreza”. (COUTO et al., 2014).

É especialmente a partir de 2004, com a nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), que disciplinou a operacionalização da Política de Assistência Social em todo o território nacional, na perspectiva de implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que a intersectorialidade ganha maior visibilidade, passando a ser considerada um requisito para a garantia de direitos de cidadania.

No Capítulo intitulado “A Política Pública de Assistência Social” argumenta que “A inserção na Seguridade Social aponta, também, para seu caráter de política de Proteção Social articulada a outras políticas do campo social, voltados à garantia de direitos e de condições dignas de vida”. (BRASIL, 2005a, p. 31).

Sposati (2007b) ressalta que, é a primeira vez que a política de assistência social é vinculada à proteção social. E acrescenta que isso não significa, entretanto, assegurar “que toda a proteção social é campo da assistência social, mas sim que a ação da política de assistência social está no campo da proteção social na medida em que é regulada pela Constituição de 1988 como política de seguridade social”. (SPOSATI, 2007b, p. 17).

Ao elencar os objetivos da política, aponta a perspectiva a partir da qual é definida, cujos propósitos voltam-se para o enfrentamento das desigualdades socioterritoriais, a garantia dos mínimos sociais, o provimento de condições para atender as contingências e universalização dos direitos sociais. Assim, nos diferentes níveis de proteção a serem afiançados pela política de assistência social (proteção social básica e especial), prevê-se que os serviços, programas e projetos devem articular-se às demais políticas públicas.

No elenco de atribuições dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) – unidades públicas estatais de base territorial, instituídos para executar de forma direta os serviços de proteção básica da Política de Assistência Social – está aquela que se destina a promover o encaminhamento da população para as demais políticas sociais, “possibilitando o desenvolvimento de ações intersectoriais que visem

a sustentabilidade [...]”. (BRASIL, 2005a, p. 34).

Entre as principais responsabilidades dos CRAS, encontra-se o desenvolvimento do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), voltado para a oferta de ações socioassistenciais tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, residentes nos territórios das áreas de abrangências dos CRAS.

Ao trazer para a política de assistência social conceitos como universalização de direitos e proteção social, a PNAS/2004 sinaliza a noção de integralidade e, portanto, traz também como pressuposto a articulação com outras políticas, uma vez que nenhum setor pode dar conta de tamanha responsabilidade.

A PNAS/2004, tratando da matricialidade sociofamiliar, uma das bases do processo de gestão do SUAS, reafirma que “a Assistência Social, enquanto política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, [...], deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersetorial [...] para que as ações não sejam fragmentadas [...]”. (BRASIL, 2005a, p. 42). Nesse ponto, destaca as políticas com as quais a assistência social deve particularmente se articular: saúde, educação, cultura e esporte, emprego, habitação, entre outras, como forma de superar a acentuada fragmentação das ações e garantir o acesso das famílias e indivíduos a serviços de qualidade.

Em que pesem as referências à necessária articulação intersetorial já mencionadas, a evocação da intersetorialidade no processo de construção do SUAS fica mais evidente ao tratar da descentralização político-administrativa e territorialização como bases organizacionais do Sistema, da mesma forma como encontrado na política de saúde. Há uma associação entre descentralização, território e intersetorialidade a partir da perspectiva de totalidade e da consideração que as ações da política de assistência social promovem impactos em outras políticas e vice-versa. (BRASIL, 2005a).

Tendo como referência os trabalhos de Dirce Koga e Telma Menicucci, o texto da PNAS/2004 analisa que, para garantir a qualidade de vida da população, é preciso que as diferentes políticas, sem que percam suas especificidades, se articulem no enfrentamento do isolamento que produz a fragmentação da realidade social, dos sujeitos e de suas necessidades. Supõe que, para a promoção de impactos positivos nas condições de vida da população, é preciso identificar suas demandas concretas, a partir de recortes territoriais e mediante ações integradas na

perspectiva da intersetorialidade, considerando que “o objeto da ação pública [...] extravasa os recortes setoriais em que tradicionalmente se fragmentaram as políticas sociais e em especial a política de assistência social”. (BRASIL, 2005a, p. 45).

Importa destacar que esses aspectos foram também apontados nos documentos normativos da política de saúde, inclusive incorporando a dimensão territorial ao processo de gestão, como forma de superação da visão homogeneizadora e do reconhecimento da heterogeneidade, da diversidade existentes nos diferentes lugares.

Em 2005, com o propósito de disciplinar a operacionalização da gestão da Política de Assistência Social em todo o território brasileiro, mediante resolução do Conselho Nacional de Assistência Social, é aprovada a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS/2005.

Na regulação dos conteúdos e definições da PNAS/2004, a Norma trata dos princípios organizativos do SUAS, entre os quais destaca-se a direção da universalidade do sistema por meio da articulação de cobertura com as demais políticas sociais e econômicas, em especial as de Seguridade Social. Dessa forma, destaca as ações nas quais, prioritariamente, o SUAS deve articular-se com o SUS e com o Sistema Nacional de Previdência Social. Aponta, ainda, a articulação com o Sistema Educacional por intermédio de serviços complementares e ações integradas para o desenvolvimento da autonomia do sujeito, por meio de garantia e ampliação de escolaridade e formação para o trabalho. (BRASIL, 2005a).

Ao tratar das funções da política pública de Assistência Social para a extensão da proteção social brasileira, uma vez que a reconhece como política capaz de “alargar a agenda de direitos sociais a serem assegurados a todos os brasileiros” (BRASIL, 2005a, p. 89), elenca outros princípios, entre os quais se ressalta:

- a integração à seguridade social - reafirmando a necessária articulação e relações de completude e integração entre as políticas que compõem a rede de proteção social brasileira, quais sejam: a previdência social, a saúde e a assistência social;
- a integração às políticas sociais e econômicas, que diz respeito à dinâmica e à gestão da Assistência Social, uma vez que grande parte das vulnerabilidades e dos riscos se concentra no âmbito social e no econômico,

exigindo, portanto, ações intersetoriais e de integração territorial. (BRASIL, 2005a).

Considera-se importante mencionar, ainda, que, no ano de 2005, foi realizada a V Conferência Nacional de Assistência Social, que teve como objetivo consolidar o Plano de Metas para a implementação da Política Nacional de Assistência Social para os dez anos consecutivos à sua realização. Nessa ocasião, foi construído o Decálogo dos Direitos Socioassistenciais, apresentados como patamares de direitos a serem assegurados nas mais diversas formas de explicitação da política de assistência social.

O sétimo deles diz respeito ao direito à proteção por meio da intersectorialidade das políticas públicas. Conforme sua descrição, esse consiste no direito dos cidadãos a melhor qualidade de vida, garantido pela articulação intersectorial da política de assistência social com outras políticas públicas para que alcancem moradia digna, trabalho, cuidados de saúde, acesso à educação, à cultura, ao esporte e lazer, à segurança alimentar, à segurança pública, à preservação do meio ambiente, à infraestrutura urbana e rural, ao crédito bancário, à documentação civil e ao desenvolvimento sustentável. (BRASIL, 2005b).

Há, no conteúdo deste direito, o reconhecimento da multidimensionalidade das manifestações da questão social, o que exige a ação integrada dos diferentes campos de conhecimento e setores de políticas públicas. Pressupõe, sobretudo, que o exercício da cidadania somente é possível à medida que houver a integralidade do acesso ao conjunto das políticas sociais.

Retomando os documentos, em dezembro de 2012, foi aprovada, por meio de Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social, uma nova versão da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – a NOB NOB/SUAS/2012.

Como pode ser observado, no marco regulatório da política de assistência social, até então, a noção de intersectorialidade era evocada, na maioria das vezes, sob os termos articulação, integração e interface com outras políticas. Porém, na NOB/SUAS/2012, além desses, o próprio vocábulo intersectorialidade passa a ser utilizado, notadamente ao ser indicado como um dos princípios organizativos do SUAS. O princípio da intersectorialidade é definido como a “integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais”. (BRASIL, 2012a).

Também o Artigo 7º, tratando da garantia de proteção socioassistencial, destaca a que se refere, em sua essência, a “reafirmação da assistência social como política de seguridade social e a importância da intersectorialidade com as demais políticas públicas para a efetivação da proteção social”. (BRASIL, 2012a).

De acordo com o texto da NOB/SUAS/2012, a promoção da articulação intersectorial do SUAS com as demais políticas públicas e com o sistema de garantia de direitos cabe a todos os entes federados.

Por fim, ao dispor sobre o planejamento no âmbito dessa política reafirma o Plano de Assistência Social, já previsto no Artigo 30 da LOAS, como um instrumento que organiza, regula e norteia a execução da PNAS na perspectiva do SUAS, cuja responsabilidade pela elaboração compete ao órgão gestor da política e, necessariamente, deve ser submetido à aprovação do conselho de assistência social da esfera correspondente.

Conforme estabelecido na Norma, esses Planos devem incluir diagnóstico socioterritorial que contenha identificação da rede socioassistencial disponível no território, assim como de outras políticas públicas, com a finalidade de planejar a articulação das ações, em resposta às demandas identificadas, e a implantação de serviços e equipamentos necessários. (BRASIL, 2012a).

Ao dispor que os planos devem prever ações intersectoriais, o texto da NOB/SUAS/2012 traz o reconhecimento da necessidade de articulação de saberes e informações dos diferentes setores que integram a política social não apenas no âmbito da realização e avaliação das ações, mas, sobretudo, em seu planejamento.

Pode-se afirmar, portanto, que a dimensão intersectorial está presente desde a LOAS, passando pela própria concepção do SUAS e na nova NOB 2012.

Concordando com Monnerat e Souza (2011), das políticas integrantes da Seguridade Social, a Assistência Social é a que apresenta maior clareza da importância do estabelecimento de estratégias de ação intersectorial, expresso tanto nos documentos legais como no desenho da própria política.

Além do marco regulatório, considera-se indispensável destacar uma importante estratégia definida pela esfera federal, já citada na política de saúde, mas que se realiza sob a coordenação da Política de Assistência Social – o Programa Bolsa Família

Criado em 2003 e regulamentado em 2004, o Programa Bolsa Família (PBF), considerado um dos principais programas do Ministério do Desenvolvimento Social e

Combate à Fome, exemplifica a preocupação na Política de Assistência com desenho intersetorial.

Componente do Programa Fome Zero, instituído pelo governo Lula, o Bolsa Família resultou da unificação de programas implantados no Governo FHC: Bolsa Escola, o Auxílio Gás, o Bolsa Alimentação e o Cartão Alimentação.

O PBF é um programa de transferência direta de renda às famílias brasileiras em situação de pobreza e extrema pobreza, que articula as políticas de assistência social, saúde e educação. Por meio das chamadas “condicionalidades”, o Programa visa reforçar o acesso a direitos sociais básicos nessas áreas, o que pressupõe a articulação e a integração – uma concepção até então ausente -, por meio da troca de experiências e informações, entre as políticas setoriais envolvidas em sua operacionalização. Para Monnerat e Souza (2011, p. 46),

[...] o Programa Bolsa Família (PBF) traz expressa a preocupação em dar um passo adiante no enfrentamento da fragmentação da intervenção do Estado na área social. Isso porque, além da descentralização e do controle social, o desenho do PBF é fortemente pautado na intersetorialidade. [...] nenhum outro programa social foi tão dependente da articulação intersetorial e, portanto, das capacidades institucionais e de diálogo entre os entes da federação e os diferentes setores responsáveis.

Esse desenho pressupõe ações coordenadas entre os três níveis de governo e pactuações entre diversos setores de políticas públicas, com destaque para as de assistência social, educação e saúde, o que exige mais que a simples sobreposição de ações desses setores.

Assim, não obstante a existência de críticas que apontam questões problemáticas em relação a esse programa, que não cabe discutir neste momento, o PBF traz, de maneira expressa, a perspectiva da intersetorialidade, mediante a articulação da transferência monetária e das políticas de assistência social, educação e saúde.

Sintetizando a análise dos documentos sobre a política de assistência social, verifica-se que, por tratar-se de uma área que atua com os efeitos diretos da pobreza e das desigualdades sociais, a intersetorialidade vem sendo apontada como uma necessidade.

De acordo com Pereira (2004), a assistência social tem, por natureza, um escopo amplo, interdisciplinar e intersetorial considerando que, no conjunto complexo e indissociável das necessidades e demandas sociais, sua finalidade não

é um recorte do social, mas o próprio social. Isso faz com que se volte mais comumente para o estabelecimento de articulações com as demais políticas sociais, a fim de universalizar o atendimento das necessidades em seu conjunto.

O que se pode constatar, nas análises até aqui realizadas em relação às menções da intersectorialidade nos principais documentos normativos das duas políticas em questão, é que, embora esse conceito se faça mais presente e com maior clareza na política de assistência social, as referências a ela vêm ocupando espaço relevante em ambas as políticas, embora na política de saúde possa ser identificada certa endogenia, uma vez que a articulação entre as políticas é posta como uma estratégia voltada à produção de melhores resultados de saúde.

Ainda fazendo referência especialmente à política de saúde, destaca-se o contexto em que os eventos internacionais trazem de forma mais intensa a perspectiva da intersectorialidade. Ou seja, um cenário marcado pelo avanço do ideário neoliberal, o que permite que sejam levantadas dúvidas quanto aos propósitos de sua disseminação.

Vale também ressaltar que muitas das referências à intersectorialidade se apresentam, de forma mais intensa, no desenho dos programas dos governos. De forma geral, eles constituem parte da ação programática de determinados governos, com uma perspectiva de articulação, porém consistem apenas em uma marca daquela administração, que acaba utilizando as estruturas setoriais sem, contudo, fortalecê-las.

Em que pesem tais questionamentos, os documentos normativos, da esfera federal, apontam a intersectorialidade como estratégia de gestão, seja para o enfrentamento da setorialidade e da conseqüente fragmentação, como forma de compreender a complexidade da realidade social e suas determinações, seja como um desafio para garantir a atenção/proteção integral dos cidadãos usuários das políticas de saúde e assistência social, com forte associação à noção de território.

Essa concertação intersectorial é indicada tanto para planejamento quanto para a implementação das ações no âmbito das políticas e figura sob diferentes termos: integração, interface, interação, ações conjuntas, parcerias, cooperação, ações intersectoriais, articulação intersectorial e intersectorialidade, constituindo uma orientação para a gestão das políticas de saúde e assistência social.

Isso posto, ficam algumas indagações: o fato de estar nas normatizações implica que será operacionalizado? Em que perspectiva? Da universalização dos

direitos ou sob a ótica utilitarista e de racionalidade na direção de um Estado Mínimo? Como é interpretada no âmbito de sua implementação? Que desafios interferem na efetivação dessa articulação intersetorial?

Essas são questões sobre as quais se pretende refletir nas análises da Intersetorialidade na planificação e na implementação das políticas de assistência social e saúde, a partir da realização das entrevistas e grupos focais, no âmbito dos municípios, conforme se poderá observar nos capítulos seguintes.

CAPÍTULO 4

A INTERSETORIALIDADE NA PLANIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Neste capítulo, são apresentados os resultados da análise das estratégias de articulação intersetorial presentes na planificação das políticas de saúde e assistência social no âmbito dos municípios lócus da pesquisa de campo e que constitui um dos objetivos específicos do presente estudo. Isso se deu mediante o exame dos Planos Municipais de Saúde e de Assistência Social, 2014-2017, e de entrevistas com profissionais que atuam nos órgãos gestores das respectivas políticas, diretamente envolvidos com o processo de planejamento de cada um dos municípios. Corresponde, portanto, ao segundo eixo de análise apontado na introdução deste trabalho.

No que tange aos primeiros, a análise foi realizada nos Planos de cada um dos municípios, totalizando oito (8) Planos, sendo quatro (4) da política de saúde e quatro (4) da política de assistência social. Eles foram acessados junto aos gestores das políticas de saúde e assistência social dos municípios, em momento posterior à autorização concedida pelos gestores municipais (prefeitos).

É importante resgatar que a busca de informações nesses Planos justifica-se por constituírem instrumentos estratégicos que organizam, regulam e norteiam a execução das respectivas políticas. Neles devem estar contidas as grandes diretrizes das políticas para um período de quatro anos, de acordo com os períodos de elaboração dos Planos Plurianuais (PPA), inclusive com previsão de ações intersetoriais que, no processo de execução, envolvem mais de uma unidade ou setor da administração municipal. (BRASIL, 2005c). Dessa forma, indica que a intersetorialidade deve estar prevista desde a etapa do planejamento das políticas sociais.

Em sua análise buscou-se evidenciar as referências à intersetorialidade, a partir de termos assemelhados, da mesma forma como se deu na análise dos principais documentos normativos das referidas políticas. Para tanto, foram realizadas aproximações sucessivas, mediante inúmeras leituras e a adoção de procedimentos de sistematização de seus conteúdos. A fim de garantir o sigilo das informações, os Planos foram codificados da seguinte forma: PSM1 (Plano de Saúde do Município 1); PASM1 (Plano de Assistência Social do M1) e, assim,

sucessivamente.

Com a realização das entrevistas, buscou-se esclarecer e aprofundar aspectos relacionados ao conteúdo dos Planos. Para tanto, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, por compreender que esse instrumento de coleta de dados propicia melhores condições para que os participantes alcancem a liberdade e a espontaneidade, o que enriquece a investigação.

Para a realização das entrevistas, solicitou-se aos gestores das respectivas pastas que apontassem profissionais que atendessem ao critério, previamente estabelecido, de que tivessem participado ativamente no processo de elaboração desses Planos. Após essa indicação, foram mantidos contatos para consulta sobre interesse e disponibilidade para a participação e agendamento de datas e horários.

Foram realizadas duas entrevistas por município, com um trabalhador de cada política, mediante Roteiro previamente elaborado (Apêndice A). Em momento anterior a realização das entrevistas, os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

É importante ressaltar que, embora tenha sido inicialmente definido que as entrevistas seriam realizadas com um (1) profissional de cada política em cada um dos municípios, no momento da realização da entrevista na Política de Assistência Social do Município 2, compareceram duas técnicas que solicitaram que a entrevista fosse realizada com ambas (ao mesmo tempo) uma vez que haviam compartilhado, de forma equânime, de todo o processo. Portanto, embora tenham sido realizadas 8 (oito) entrevistas, são mencionados 9 (nove) participantes.

Também como forma de garantir o anonimato das informações, os profissionais foram identificados como: TSM, acrescido do número que identifica o município, como nos exemplos a seguir: TSM1 (Trabalhador da Política de Saúde do Município 1), TASM1 (Trabalhador da Política de Assistência Social do Município 1), e assim sucessivamente. Considerando que, na entrevista da política de assistência social M2, tivemos 2 (dois) participantes, à codificação acrescentamos os caracteres alfabéticos “a” e “b” (TASM2a e TASM2b).

A seguir são apresentadas informações a respeito do perfil desses entrevistados:

TSM1 (Trabalhador da Política de Saúde do Município1) – Homem, 53 anos, Contador (curso técnico), função: Técnico Administrativo da Prefeitura há 17 anos. Participa ativamente do processo de elaboração dos planos de saúde há 13 anos.

TSM2 (Trabalhador da Política de Saúde do Município 2) – Homem, 46 anos, Contador, Mestre em Administração, trabalha há 8 anos no município e atuou durante um ano no setor de planejamento da Secretaria de Saúde. Há alguns meses foi colocado à disposição da Secretaria de Cultura do município.

TSM3 (Trabalhadora da Política de Saúde do Município 3) – Mulher, 54 anos, Odontóloga, Especialista em Avaliação de Serviços de Saúde e Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, atua na política de saúde do município há 30 anos.

TSM4 (Trabalhador da Política de Saúde do Município 4) – Homem, 52 anos, Enfermeiro, com especializações em: Saúde Pública, Gestão Pública, Saúde Mental e Metodologia do Ensino Superior, atua na política de saúde há 30 anos e é atualmente o Secretário Municipal de Saúde.

TASM1 (Trabalhadora da Política de Assistência Social do Município1) – Mulher, 43 anos, Assistente Social, Diretora do Departamento de Assistência Social. Trabalha há 3 anos e desde o início tem participação ativa no processo de elaboração dos planos da política de assistência social.

TASM2a (Trabalhadora da Política de Assistência Social do Município 2) – Mulher, 38 anos, Assistente Social, atua nessa Política há 13 anos, e há 8 anos no órgão gestor desse município. Há 2 anos tem participação ativa no processo de elaboração dos planos da política de assistência social.

TASM2b (Trabalhadora da Política de Assistência Social do Município 2) – Mulher, 36anos, Assistente Social, atuando nessa Política há 12 anos, sendo 5 anos no órgão gestor deste município, período em que tem participado ativamente no processo de elaboração dos planos da política de assistência social.

TASM3 (Trabalhadora da Política de Assistência Social do Município 3) – Mulher, 43 anos, Assistente Social da Secretaria de Assistência Social do Município, onde atualmente exerce a função de Diretora do SUAS, especialista em Gestão Pública e Recursos Humanos. Atua na Política de Assistência Social há 15 anos.

TASM4 (Trabalhadora da Política de Assistência Social do Município 4) – Mulher, 50 anos, Assistente Social da Secretaria de Assistência Social do Município, onde exerce a função de Superintendente, possui especialização nas seguintes áreas: Saúde Mental, Educação Infantil e Saúde Pública. Atua na política de assistência social há 30 anos.

Observando esses perfis, é interessante destacar que todos os trabalhadores da Política de Assistência Social entrevistados são Assistentes Sociais e foram

apontados pelos gestores por serem aqueles que conduzem o processo de elaboração dos planos, não obstante, especialmente na última década, outras categorias profissionais venham compondo os quadros dessa política. Diferentemente na Política de Saúde, houve maior diversidade nas categorias profissionais dos entrevistados: enfermeiro, odontólogo e contabilistas. Nessa última categoria, mesmo que em diferentes níveis de formação, são servidores que possuem conhecimentos na área de contabilidade, o que permite supor que tenham mais condições para o desenvolvimento nesse campo de atuação que envolve a previsão de recursos financeiros, dotações orçamentárias, entre outras atividades.

Ao se iniciar estas reflexões, cabe também tecer algumas considerações a respeito do significado desses Planos, especialmente no âmbito dos municípios.

Os Planos de cada política setorial constituem instrumentos de planejamento elaborados pelos órgãos/unidades da administração municipal, cuja construção se dá a partir de diagnóstico, objetivos e indicadores setoriais, que, posteriormente, subsidiarão a elaboração do Plano Plurianual dos respectivos municípios (PPA).

O PPA, dentro do ordenamento jurídico brasileiro, foi instituído por meio do Artigo 165, Inciso I, da Constituição Federal de 1988 e de normas complementares, como instrumento normativo, a fim de que os entes municipais materializem o planejamento de seus programas e ações. Constitui um dos instrumentos do planejamento da administração pública, do qual derivam outros instrumentos como a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Estes são elaborados a cada ano e definem as ações que receberão prioridade no exercício seguinte. (BRASIL, 1988, 2005c).

Destinado a organizar e viabilizar a ação pública, o PPA (que é realizado por todos os entes federados) contempla o planejamento estratégico para um período de quatro anos. Na esfera municipal, é elaborado durante o primeiro ano de uma gestão e tem vigência do segundo ano desse mandato até o final do primeiro ano do mandato seguinte. O PPA deve ser apresentado em forma de lei para discussão com o Poder Legislativo, que tem como prerrogativa propor emendas, modificações, supressões. O prazo para encaminhamento pelo Executivo ao Legislativo, em geral, é até 31 de agosto do ano em que foi elaborado, observada a Lei Orgânica dos municípios. (BRASIL, 2005c).

Pretendendo ser um instrumento para atender as necessidades e expectativas da sociedade, é fundamental que sejam definidas estratégias para a

identificação das demandas colocadas pelos cidadãos, cuja participação concorrerá para o sucesso de sua implementação. Internamente, a prefeitura deverá instituir uma unidade coordenadora da elaboração do PPA. Em municípios de médio e grande portes, normalmente essa unidade já existe, em geral, integrando a Secretaria de Planejamento ou de Fazenda. Em prefeituras de pequeno porte, isso poderá se dar mediante a constituição de um núcleo coordenador, articulado com as áreas de contabilidade e controle. (BRASIL, 2005c).

Embora cada um dos programas que integram o PPA seja designado a uma unidade responsável competente (setor da administração), devem ser previstas ações intersetoriais que no processo de execução envolverão mais de uma unidade ou setor da administração municipal. (BRASIL, 2005c)

Portanto, os Planos das políticas setoriais, atendendo as normatizações de cada uma das políticas – dentre as quais citamos a Resolução n. 182 de julho de 1999 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e a Portaria 2135 de 25 de setembro de 2013 do Ministério da Saúde – e tendo em vista garantir a compatibilidade com os instrumentos de planejamento municipal, devem ter o mesmo período de abrangência e prever ações articuladas entre as diferentes unidades ou setores. Sua elaboração é de competência do órgão responsável pela gestão de cada política, devendo ser submetido a apreciação e aprovação dos respectivos Conselhos. (BRASIL, 1999, 2013b).

Conforme já identificado e apontado neste trabalho, os principais documentos legais e normativos das políticas de saúde e assistência social trazem inúmeras indicações para que no processo de planejamento, ou seja, nos Planos dessas políticas, sejam incluídas ações articuladas e intersetoriais como forma de dar respostas à complexidade das situações vivenciadas pela população.

Isso considerado, passa-se a apresentar os resultados da análise dos Planos e das respectivas entrevistas realizadas nos quatro municípios, inicialmente da Política de Saúde, seguida da Política de Assistência Social.

4.1 PLANIFICAÇÃO NA POLÍTICA DE SAÚDE

Os Planos de Saúde, de forma geral, comportam apresentação, características gerais dos municípios (dados geográficos, perfil socioeconômico),

objetivos gerais e específicos, perfil epidemiológico, a partir de inúmeros indicadores (internações, cobertura vacinal, morbidade e mortalidade e outros), organização dos serviços de saúde, recursos humanos existentes, compromissos para o quadriênio, estratégias e metas para o período.

Considerando essa diversidade de dados e informações, a depender do detalhamento, constituem documentos extensos. Os Planos analisados contêm, 40, 209, 108 e 64 páginas, respectivamente, nos M1, M2, M3 e M4.

Vale resgatar que, na respectiva ordem, esses municípios se caracterizam como: pequeno porte I, pequeno porte II, médio e grande porte, conforme classificação adotada na Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Os resultados e discussões serão apresentados também nessa sequência.

Na análise do Plano de Saúde do M1, constatou-se que foram poucas as referências à articulação intersetorial, conforme se pode observar.

Ao tratar dos Indicadores de Saúde, particularmente no que diz respeito ao coeficiente de mortalidade infantil, ressalta que esse é um dos mais sensíveis indicadores da condição de saúde, uma vez que reflete as condições de vida de uma população. Portanto, aponta que, para além das condições de aleitamento, esse coeficiente sofre influências das condições de moradia, saneamento, alimentação, de acesso aos serviços de saúde, entre outros. Indica, portanto, a existência de fatores que extrapolam as competências do setor saúde, mas não aponta estratégias de articulação com outros setores de políticas públicas.

A referência à intersetorialidade, que se considera mais significativa, consta na apresentação da forma de organização dos serviços, destacando a Vigilância em Saúde no que diz respeito ao objetivo de reduzir a morbidade por doenças crônicas, a mortalidade por causas externas e garantir a atenção à saúde com qualidade de vida a todos os cidadãos. Nesse item, aponta-se a necessidade do desenvolvimento de ações “articuladas com outros setores governamentais e não governamentais”.

Destaca-se o Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional, desenvolvido em “parceria” com a Pastoral da Criança, cujas ações inclui o Programa Leite das Crianças – Programa coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e que, no âmbito do município, é realizado mediante “parceria” entre as Secretarias de Saúde e de Educação.

Essa “parceria” com a Política de Educação é novamente evocada em ações como: controle da Influenza A H1N1, na imunização e no desenvolvimento do

Programa de Saúde Bucal, como forma de disseminar informações e, particularmente, na conscientização dos estudantes e seus familiares.

Conforme esclarecido pelo entrevistado,

[...] na parte educativa nós precisamos dos outros setores, e como eu falei, da educação. Como aqui é uma cidade pequena, a educação é a mais importante. [...] na parte educativa dá trabalho e aí tem que trabalhar muito, muito, para tentar atingir o objetivo, principalmente no trabalho com crianças. Em certos trabalhos educativos, como da dengue, da coleta seletiva do lixo, da reciclagem, a criança é a parte mais fundamental. (TSM1)

Como pode ser observado, nessas ações, a referência à articulação intersetorial se apresenta sob o termo “parceria” e, especificamente, com a política de educação.

Ao tratar da Saúde do Idoso, o Plano indica a articulação como estratégia para intensificação das ações e meio de garantir o acesso universal, igualitário e integral da pessoa idosa à saúde pública. Para tanto, aponta a necessidade de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços voltados a prevenção, promoção e recuperação de sua saúde, assinalando ações e serviços internos ao setor saúde. Portanto, diz respeito a uma articulação intrassetorial.

Mesmo nas referências à Estratégia Saúde da Família, em cujo desenho se prevê que as equipes devam estabelecer relações intersetorialmente articuladas como forma de intervir nas situações que transcendem a especificidade do setor saúde, não houve menções a quaisquer articulações com outros setores.

O conjunto das demais estratégias e ações propostas volta-se para ações que envolvem apenas o setor saúde, embora indique a necessidade de articulação entre profissionais de diferentes disciplinas que atuam no setor saúde, portanto interdisciplinar e intrassetorial.

A respeito do processo de elaboração do Plano, o entrevistado fez o seguinte relato:

O primeiro plano foi feito na época de 1990 e, com o passar do tempo, foi sendo aprimorado. Daí tem uma junção, eu não faço sozinho, tem uma equipe que participa: a equipe do Saúde da Família, da Vigilância sanitária, agentes de endemias, e a gente vai coletando dados, porque na verdade o plano é um instrumento que a gente precisa seguir e tem a avaliação também e a maior das avaliações é feita juntamente com o Conselho de Saúde. A gente faz estabelecendo metas, indicadores, dos anos anteriores

e do que a gente está fazendo e que vai servir para a gente fazer o relatório de gestão também. (TSM1).

Apesar do reconhecimento da importância do Plano como instrumento de orientação da política desencadeada no município e de indicar o envolvimento de outras áreas dentro do próprio setor, a primeira parte do depoimento aponta uma lógica de planejamento que Inojosa (2001) chama de “requeamento”, pois vai apenas “dando uma aprimorada” nos aspectos que sofreram alterações decorrentes das próprias normatizações da política. É importante destacar que, para a mesma autora (INOJOSA, 2001, p. 107), a perspectiva intersectorial requer “um planejamento diferente, em que o plano faz parte de um processo permanente, que começa com a análise da situação, passa por escolhas estratégicas e faz acordos”, o que se evidencia não ocorrer no município.

Outro importante aspecto constatado na realização da entrevista diz respeito à compatibilidade entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual.

Eu não tive acesso ao plano do município [PPA], mas eles têm esse plano e eu acho que deve constar sim. Mas eles já pediram esse aqui [Plano de Saúde] também, mas eu não tenho acesso a esse plano [PPA] porque é feito lá na contabilidade, lá da prefeitura. (TSM1).

Considerando o conteúdo desse depoimento, é possível constatar o desconhecimento tanto em relação à existência do PPA quanto ao conteúdo relacionado ao setor. Portanto, presume-se que não há compatibilidade entre os dois instrumentos de gestão, uma vez que o PPA foi elaborado pelo setor de contabilidade da prefeitura sem a participação daqueles que estão envolvidos no planejamento da política de saúde. O entrevistado comenta, ainda, que recentemente houve solicitação do setor de contabilidade para que o plano elaborado na saúde lhes fosse encaminhando. Pode-se supor que tal solicitação tem como objetivo sua utilização para subsidiar eventuais alterações e adequações das metas e prioridades para os exercícios subsequentes, notadamente para 2015. Isso ocorre dado que, anualmente, as metas e prioridades do Plano Plurianual devem ser revistas, especialmente, a fim de elaborar a Lei Orçamentária Anual (LOA).

A opinião do entrevistado a respeito de um planejamento articulado entre os setores é que

Aí teria que ter o conhecimento de todos. Por exemplo, a saúde tem conhecimento daqui, mas não tem conhecimento do CRAS, da Educação, do Conselho Tutelar. Se cada um tiver um pouquinho de conhecimento das atribuições de cada setor, vai poder ajudar muito mais o cidadão. (TSM1).

É importante destacar o reconhecimento dos benefícios da articulação intersetorial no atendimento às demandas dos cidadãos. Contudo, observa-se que a noção de articulação se limita ao conhecimento a respeito das atribuições de outras áreas de políticas sociais.

Aponta, ainda, a dificuldade de que isso se efetive, dada a ausência de um órgão responsável por desencadear esse processo de articulação entre as políticas sociais, ao que se refere como “união”.

Seria possível se tivesse uma pessoa para explicar, que puxasse para fazer essa união. Ah! Mas isso só acontece naquela hora. Depois vai acalmando [...] acalmando. Mas, falando bem sinceramente, eu acho difícil acontecer. (TSM1).

Entretanto, considerando as dificuldades, declara seu descrédito na possibilidade de articulação intersetorial no âmbito do planejamento.

Assim, o que se pode identificar nas análises dos dados desse município é que, no Plano, a intersetorialidade é posta como articulação interdisciplinar e intrassetorial, e como a parceria e a união entre os setores. Destaca-se na entrevista, a incompatibilidade entre os instrumentos de planejamento do município, notadamente em relação ao Plano de Saúde e ao Plano Plurianual (PPA).

No M2, o Plano é iniciado com um item denominado Fundamento Legal, no qual apresenta-se a legislação que cria o SUS, particularmente, no que diz respeito ao texto constitucional e Lei 8080/1990. Nessa a saúde é enfatizada como direito fundamental a ser “garantido pelo Estado mediante a formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”. (BRASIL, 1988, 1990a).

O conteúdo desses textos é novamente evocado ao tratar da Saúde no contexto da Lei Orgânica Municipal, salientando que, para assegurar o direito à saúde, o município deve prover, entre outros: condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, esporte e lazer, respeito ao meio ambiente e controle da poluição ambiental. Ou seja, traz a noção do conceito ampliado de saúde, segundo o qual a saúde tem fatores determinantes e

condicionantes cujas respostas transcendem as competências desse setor.

Em que pesem esses fundamentos, foram poucas as referências à articulação intersetorial identificadas, seja sob o próprio termo intersetorialidade ou de outros assemelhados, como se poderá observar.

A primeira delas pode ser verificada na avaliação da gestão do SUS no município, quando aponta o Pacto de Saúde homologado em 2011, em que foram estabelecidas metas, compromissos e responsabilidades de cada ente federado.

Nesse item, foram elencadas as responsabilidades do município em sete dimensões, quais sejam: responsabilidades gerais da gestão; regionalização; planejamento e programação; regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho; educação em saúde; e participação e controle social.

Especificamente na dimensão planejamento e programação, dentre as metas pactuadas (constante em quadro em que o município deve assinalar a situação naquele momento), consta a que prevê que “todo município deve formular, no Plano, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações interssetoriais voltadas para a promoção da saúde”. Nessa meta, foi assinalado que o município a “realiza”. Portanto, houve expectativas de que as ações de promoção à saúde contemplassem as ações interssetoriais.

Em seguida, são apresentadas tabelas relacionadas ao Pacto da Saúde de 2013, constituídas por 67 indicadores. Entre eles encontramos uma que trata do Programa Bolsa Família, no que diz respeito à cobertura e acompanhamento das condicionalidades relacionadas à saúde como parte do objetivo de propiciar a ampliação do acesso à atenção básica. Não há, entretanto, referências à articulação com as demais áreas envolvidas na operacionalização do Programa (assistência social e educação). Ou seja, mesmo em um Programa cujo desenho é dependente da articulação intersetorial, não há quaisquer menções à articulação de ações.

Outra menção, também relacionada aos indicadores do Pacto 2013, diz respeito ao fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência do *crack* e outras drogas. Nesse indicador, prevê-se a ampliação do acesso da população, mediante articulação com outros “pontos” de atenção em

saúde e outros “pontos” intersetoriais⁵⁷. Essa referência aponta ações articuladas entre os serviços de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade, e com serviços de outras políticas sociais, a partir da concepção ampliada de saúde que vem pautando o trabalho em saúde mental, na perspectiva da integralidade da atenção ao usuário.

O Plano traz, também, um resgate das deliberações das Conferências Municipais realizadas nos anos 2007, 2009, 2011 e 2013, com a justificativa de que, a partir do ano de 2014, a gestão municipal da saúde seria conduzida tendo como base as deliberações dessa instância colegiada⁵⁸.

Especialmente em relação ao ano 2013, tanto no Plano quanto na entrevista, há menções à metodologia participativa adotada na definição das prioridades para a política que seria expressa no planejamento.

[...] foram realizadas várias pré-conferências, no âmbito das Unidades Básicas de Saúde do município e, destas conferências, extraiu-se uma série de apontamentos, uma série de sugestões que davam um indicador, mostravam o norte da política de saúde pretendida pela sociedade. [...]. Então, começamos em junho, por meio do diagnóstico dos dados estatísticos, dados históricos do município, dados estatísticos do município. Começamos a fazer o diagnóstico e, conforme ia sendo elaborado, ia sendo utilizado como material de apoio nas pré-conferências municipais. (TSM2).

E ainda acrescentou: "Então, lá na 11ª Conferência [realizada em outubro de 2013] foram analisadas todas as demandas que foram apontadas pelas pré-conferências. Foi a partir daí que nós começamos a estruturar a proposta para o período 2014-2017". (TSM2).

Do conjunto das deliberações das pré-conferências, referendadas pela

⁵⁷ Na proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS), a estrutura operacional das Redes é constituída pelos diferentes pontos de atenção, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam: atenção básica, de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio e outros.

⁵⁸ Ressalta-se que a Constituição Federal de 1988 incluiu, entre as diretrizes do SUS, a participação da comunidade, expressa nos termos da Lei nº. 8.142/90, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, instituídos nas três esferas de governo. Conforme disposições desta Lei, as Conferência de Saúde, definidas como mecanismo de controle social, são realizadas a cada quatro anos, devendo reunir representantes dos vários segmentos sociais para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Portanto, suas propostas e deliberações devem, necessariamente, ser incorporadas ao Plano de Saúde. (BRASIL, 1990b). Esse aspecto constitui também objeto da Portaria 2135/2013 que trata do planejamento no âmbito do sistema. De acordo com o disposto no parágrafo 7º do Artigo 3º da Portaria, “O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelas Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde”. (BRASIL, 2013b).

Conferência Municipal (111 deliberações), cerca de 25% indicavam ações que deveriam incidir sobre fatores que ultrapassam as especificidades do setor saúde. Sintetizando-as, tem-se: saneamento básico, serviços de limpeza, reflorestamentos, implantação de equipamentos de lazer, transporte coletivo, recuperação da malha viária, programas de segurança alimentar, entre outras.

Vale destacar a deliberação número 85, que traz o seguinte texto: *“Desenvolver projetos intersetoriais com vistas à prevenção e à promoção da saúde”*. (PSM2, p. 186).

Isso indica o reconhecimento e manifestação, pelos participantes das conferências, da existência de inúmeros elementos e condições que interferem na garantia da saúde e da qualidade de vida da população.

As demais deliberações voltaram-se para questões relacionadas somente às especificidades do setor.

Concluída a enumeração das deliberações, o Plano traz o seguinte texto:

As propostas aprovadas, desde que factíveis, serão executadas no decorrer da vigência do presente Plano. Necessário destacar que, dentre elas, algumas são transversais e outras atípicas à atuação da saúde. (PSM2, p. 187).

Essa observação é, então seguida, das 28 deliberações, a que se referiu anteriormente, e da informação de que, após a realização da Conferência, o Conselho elencou 10 propostas prioritárias, não tendo sido contempladas quaisquer das denominadas “atípicas” ou “transversais”.

Sobre o conteúdo do texto, considerando que não foram exemplificadas quais se enquadrariam em cada grupo, entende-se que são consideradas “atípicas” as ações incomuns, estranhas ao rol de serviços produzidos pelo setor saúde ou em sua relação com outros setores.

As transversais⁵⁹, no entanto, remetem à intersetorialidade, embora em seu significado literal designe os temas que perpassam todas as políticas, ao mesmo tempo que não pertencem especificamente a nenhuma delas. Não raro o termo tem

⁵⁹ A transversalidade, frequentemente utilizada nas políticas de gênero como uma tradução de *“mainstreaming to gender mainstreaming”* (integração na perspectiva de gênero), no sentido da inserção dessa temática nas demais políticas públicas, vem sendo recentemente sendo incorporada ao vocabulário das políticas sociais na perspectiva de cooperação, de diálogos horizontais e de conversas laterais ou mesmo como uma forma de gestão que permite dar respostas a desafios que não seriam solucionados com uma estrutura vertical e setorial. (REINACH, 2013).

sido utilizado para se referir à horizontalidade das relações entre as políticas, trazendo a ideia de articulação.

Por fim, reafirmando que a gestão de saúde no município seria desencadeada com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade consagrados na construção do SUS, o Plano traz a definição de três grandes programas, assim denominados: Comunidade Saudável: prevenção e promoção da saúde na Atenção Primária; Comunidade Saudável: presença efetiva do SUS por meio da Média e Alta Complexidade; Transversalidade para a efetividade da Comunidade Saudável, fazendo referência ao movimento Cidades Saudáveis.

Aqui, destaca-se que o conceito “Cidades Saudáveis”, conforme já discutido no Capítulo 3 deste estudo, supõe a incorporação de novas dimensões ao processo saúde-doença, uma vez que é determinado por um conjunto de fatores. Embora este conceito faça parte dos títulos dos três programas definidos pelo município (de forma particular, no terceiro em que associa transversalidade e Comunidade Saudável), em nenhum dos projetos/atividades houve referências a outros setores. Ou seja, as estratégias e resultados esperados voltaram-se, exclusivamente, a ações do próprio setor: previsões financeiras destinadas a construções e reformas de unidades de saúde, aquisição de terrenos e capacitações para os trabalhadores do setor. Essas são, assim, compatíveis com a priorização realizada pelo Conselho.

Outro aspecto observado é que o Plano evoca, juntamente com a universalidade e a equidade, a integralidade como princípio norteador da gestão. Dessa forma, questionou-se se há possibilidade de garanti-lo considerando a forma como o planejamento vem sendo elaborado. Sobre isso, o profissional entrevistado faz o seguinte depoimento:

De maneira nenhuma. Se você tem lá a secretaria de saúde trabalhando o indivíduo de forma isolada, se esse mesmo indivíduo é atendido de forma isolada na secretaria de assistência social, e ele é atendido também de forma isolada lá na educação [...] possivelmente não se trabalha com o indivíduo de forma integral. (TSM2)

Ainda reafirmando a ideia de integralidade da pessoa humana, aponta benefícios da articulação intersetorial.

O cidadão é um só, o cidadão tem demandas por todas as áreas e, quando há uma proposta de ação conjunta, ou seja, intersetorial, o que vai acontecer? Gastar-se-á menos energia, porque se cada secretaria ficar

empreendendo ações de forma isolada com o cidadão, ter-se-á mais gasto de energia e mais gastos de recursos financeiros. (TSM2).

Com essa afirmação, traz à tona uma perspectiva de racionalidade e da otimização de recursos, característica das propostas de reforma gerencial do Estado brasileiro. Fundamentada em bases modernas e racionais, a administração pública gerencial tem na redução dos gastos públicos uma das bases para atingir os “fins eficientes”.

Apesar dos “benefícios” identificados com a articulação entre os setores, aponta as dificuldades no estabelecimento de diálogos entre as políticas, o que entende que poderia ser viabilizado no processo da elaboração do PPA, sob a coordenação da Controladoria Geral do Município.

A controladoria geral do município, é um órgão que tem, entre outras finalidades, ter um olhar amplo, geral sobre o município [...]. Deveria ser a unidade que atuasse como uma unidade de convergência de todas as secretarias [...], ou seja, estas secretarias deveriam estar em uma única mesa, coordenada pela controladoria geral, de tal forma que estas secretarias, estes órgãos, pudessem trazer para esta mesa os pontos comuns para que houvesse o diálogo (TSM2).

Conforme apontado no início deste capítulo, o processo de elaboração do PPA, em municípios de pequeno porte, como é o caso do M2, pode ser realizado por meio da articulação com as áreas de contabilidade e controle, este último exercido pela Controladoria Geral do Município.

Considera, contudo, que essa é uma decisão política, que passa pelos gestores das políticas setoriais, mas, sobretudo, pelo gestor municipal.

Esse papel seria do chefe do poder executivo, num primeiro momento, como direção macropolítica do município. [...] quem ocupa o cargo maior no município, na administração pública, tenha essa percepção de que os gestores dos órgãos precisam dialogar. Quem está no volante é que define a direção. [...] e num segundo momento deve ser passado como atribuição para a controladoria que teria então a atribuição de colocar todos à mesa para dialogar a respeito da administração. (TSM2).

Reconhecendo que se trata de uma decisão política, dependente da direção dada pelo gestor municipal, o entrevistado destaca que, por isso, podem ser evidenciadas em apenas algumas experiências de administrações locais, cujos gestores estabelecem esta direção, ou seja, são resultados de esforços de alguns municípios.

O entrevistado ainda revela perspectivas em relação à articulação intersetorial no processo de planejamento, quando ressalta o importante papel das instâncias deliberativas das políticas setoriais.

Mas eu pergunto: isso é utopia? Não. Aí eu vejo um papel importante dos conselhos municipais, porque o conselho municipal que atua de forma isolada, tão somente dentro da sua área e que não consiga ter uma percepção da outra área, vai contribuir para que as políticas públicas do município atuem sempre da mesma forma. [...]. Eles têm que dialogar. (TSM2).

A respeito da lógica setorializada e fragmentada das políticas públicas e sua relação com as instâncias deliberativas, Raichelis (2006, p. 111) considera que “os conselhos criados no âmbito das políticas sociais públicas acompanharam a lógica setorial, cada um deles voltado para ações específicas no seu campo de intervenção”.

Em que pesem esses apontamentos, um aspecto foi evidenciado na entrevista realizada com o TSM2, que diz respeito à incompatibilidade do que foi planejado no âmbito da política de saúde para o período 2014-2017 e o que está previsto no PPA.

O processo de construção se deu em uma ordem inversa do que prevê a legislação vigente, de que no primeiro ano de mandato é elaborado o Plano Plurianual do município tendo como base o plano setorial de cada área: saúde, educação, cultura, ação social, enfim, todas as áreas. [...] porque os planos de cada área são exatamente aquilo que vai dar subsídio para que o gestor público possa formatar o plano do município. No ano de 2013, quando chegou o momento de elaborar o Plano Plurianual, ainda não havia estes planos setoriais. [...] Houve, então, duas situações interessantes: uma, onde a secretaria de saúde começou a trabalhar com o plano municipal de saúde [...] e, por outro lado, o governo municipal na área de planejamento governamental foi formatando o plano plurianual do município, independentemente de ter em mãos os planos setoriais. [...] não havia diálogo entre os dois instrumentos: o plano plurianual da saúde e o plano plurianual do município (TSM2).

Assim, verifica-se que, a despeito de todo o processo participativo que resultou no Plano de Saúde, o conteúdo das propostas apresentadas nesse Plano, e aprovado pelo Conselho Municipal, não foi incorporado ao Plano Plurianual. Ou seja, não há compatibilidade entre as diretrizes, estratégias e ações definidas em cada um deles, na medida em que não houve compartilhamento de informações nos processos de elaboração de ambos.

Portanto, as diretrizes, os objetivos e as metas estabelecidos pela

administração pública municipal não se aproximam, exceto por coincidência, das decisões de planejamento constantes no Plano de Saúde desse município.

Finalizando as análises da planificação da saúde no M2, pode-se identificar que a perspectiva de intersetorialidade é referenciada, de forma especial, sob o termo transversalidade, não obstante as estratégias não contemplem ações nessa direção. Além deste aspecto, destacam-se na entrevista a ausência de diálogos no processo de planejamento e a incompatibilidade entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual (PPA)

Passa-se, assim, aos resultados das análises do PSM3 destacando que, em seu início, como epígrafe, há a citação de um texto do médico sanitarista, militante no Movimento da Reforma Sanitária e um dos idealizadores do SUS, Gilson Carvalho. Tendo em vista que seu conteúdo expressa a compreensão da necessidade de que o planejamento contemple a previsão de ações partilhadas entre os diferentes setores de políticas sociais na busca da qualidade de vida da população, da qual a saúde é um dos componentes, considera-se relevante sua transcrição.

Os serviços de saúde, entre outras funções, devem estabelecer, no plano de saúde, como um de seus objetivos prioritários, a discussão e prática de ações que busquem vigiar a implantação, a execução, a manutenção e a recuperação da qualidade de vida dos cidadãos da qual faz parte integrante a qualidade de saúde. Para tanto devem ser buscadas providências práticas de todos os setores, intra e interinstitucionais, que possam ter parte desta responsabilidade e que nunca será, exclusivamente, o setor saúde. (PSM3).

Essa referência gerou expectativas quanto à existência de propostas de intervenção intersetoriais.

Na apresentação, houve a afirmação de que a construção do Plano se deu mediante um processo participativo e integrado, o que também foi apontado na entrevista com a TSM3 quando estimulada a relatar como se desenvolveu a elaboração: a partir de que informações, quem participou, quando foi elaborado. A este respeito a entrevistada explica:

[...] na verdade a gente trabalha com várias informações. Os indicadores epidemiológicos; as próprias discussões das conferências municipais de saúde; das pré-conferências municipais de saúde são consideradas na elaboração do Plano; as demandas mesmo da população. Também tem as diretrizes nacionais e estaduais que a gente acaba tendo que seguir, né? [...] São diretrizes que a gente tem que acatar porque são da própria política

nacional e que às vezes impõem algumas ações que o município tenha que desenvolver por conta de recursos (TSM3).

Esse depoimento deixa claro que, além das prioridades decorrentes da análise de dados disponíveis no município e das demandas apresentadas pela própria sociedade, há diretrizes e metas que foram inseridas no Plano por constarem no elenco de prioridades definidas pelas demais esferas de governo, contando, inclusive, com a previsão de recursos para seu financiamento.

Ao tratar da dinâmica adotada na estruturação e organização do Plano a entrevistada apontou uma articulação intersetorial, como pode ser observado no depoimento a seguir.

É elaborado pelo órgão gestor. Existe uma participação de todos os setores, de todos os departamentos. [...] cada setor faz a sua análise e traz as propostas que o setor entende que sejam necessárias [...]. A partir disso, centraliza no setor de planejamento. (TSM3).

Contudo, ao identificar os setores/departamentos que deram contribuições ao processo de elaboração do Plano, destacou,

[...] a atenção básica, a média complexidade, a vigilância, então cada setor dá a sua contribuição. [...] aqui dentro dos serviços de saúde existem setores distintos. Então, todos eles têm sua parcela de contribuição na elaboração do Plano. (TSM3).

Isso revelou uma compreensão peculiar de setor e de intersetorialidade, que se refere às divisões internas do setor saúde. Isso remete a um termo adotado por Cecílio (2004) ao tratar da integralidade, e assim, poder-se-ia dizer que se trata de uma “intersetorialidade focalizada”, ou seja, intrassetorial.

A respeito da articulação com outras secretarias, acrescentou:

Na elaboração do “nosso” Plano não, mas existem algumas ações que são pactuadas entre as secretarias e aí é mais a figura do Secretário, pois é ele é que tem uma articulação com outras secretarias. Por exemplo, quando a gente fala em Vigilância à saúde, que existe um envolvimento com o meio ambiente e tal, isso já está posto com a Secretaria de Meio Ambiente [...]. Outras ações já são integradas, principalmente em algumas ações da dengue. E com a Educação é mais nas questões de educação, de orientações, trabalho com os alunos. [...] Com a Ação Social, a gente tem algumas ações em que a gente busca trabalhar juntos [...] como, por exemplo, a questão da violência, a gente tem um trabalho integrado com a Ação Social. Então, são as notificações de violências. (TSM3).

É importante destacar que as articulações mencionadas se referem àquelas que ocorrem no processo de implementação das políticas, demandadas pelas necessidades que ocorrem no cotidiano do trabalho nas políticas sociais.

Outras referências à intersectorialidade foram identificadas no Plano de Ações e Metas Pactuadas entre os níveis nacional, estadual e municipal, de forma particular, relacionadas à Política de Saúde Mental, à Promoção em Saúde e às ações de Enfrentamento a Desastres Naturais e/ou provocados e, ainda, nos Eventos de Massa.

De um conjunto de onze diretrizes que compõem o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)⁶⁰, duas trazem, nos textos, menções à intersectorialidade. A primeira, ao tratar do fortalecimento da Rede de Saúde Mental no Município, como parte da ênfase das diretrizes nacional e estadual de enfrentamento da dependência de *crack* e outras drogas. Assim, o município define como objetivo “*Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersectoriais*” (PSM3).

Importa salientar que esse é o mesmo texto encontrado no PSM2, revelando que se trata de uma diretriz definida em outras esferas de governo, cabendo aos municípios a sua adesão.

A segunda referência à intersectorialidade se evidencia na implementação e fortalecimento da Política de Vigilância e Promoção em Saúde. Resgatando a lei 8080/90, o Plano aponta a Vigilância em Saúde, que é compreendida por cinco áreas: vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde do trabalhador e promoção à saúde. É nessa última que indica que as ações deverão ser realizadas de forma articulada e integrada com outros setores de políticas sociais públicas, ou seja, intra e intersectorial.

De acordo com o depoimento da TSM3, “*A promoção e prevenção envolvem todos os setores e a gente tem muito claro isso. A saúde é muito ampla. Nem sempre é só a questão biológica que afeta a questão da saúde*”. (TSM3).

O que se pode constatar é que, se no campo da assistência e recuperação ganham destaque as ações específicas do setor saúde, ao definir ações no campo da prevenção e promoção, há o reconhecimento de que o processo saúde-doença é

⁶⁰ Instrumento da gestão compartilhada na Política de Saúde, tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente

determinado e condicionado por inúmeros fatores e, de forma não rara, constitui competências de outras políticas sociais. Assim, demanda articulações intersetoriais.

Isso se confirma no seguinte depoimento da entrevistada.

Há setores que têm uma maior articulação mesmo, ou que exijam uma maior articulação. Por exemplo, na vigilância, ela já é necessária mesmo, já está implícita, já existe uma prática, já está consolidada a ideia de que estas ações devem ser realizadas de forma articulada, intersetorial. E nas outras áreas, talvez nem tanto. (TSM3).

Outra menção à intersectorialidade foi identificada nas ações pactuadas no elenco que compõe o VigiaSUS – Programa da Secretaria da Saúde do estado do Paraná que tem por objetivo fortalecer e qualificar as ações de vigilância em saúde, mediante o repasse de recursos aos municípios. De um total de 95 ações pactuadas, somente uma prevê articulação com outros setores, conforme pode ser observado: “*Participar nas ações de Enfrentamento a Desastres naturais e /ou provocados e nos Eventos de Massa, de forma intra e intersetorial, em conjunto com os órgãos competentes*”. (PMSM3).

A respeito destas ações, a TSM3 sinaliza:

Estas são coisas que tiveram que ser assumidas pelos municípios, dentro deste processo que são coisas que a gente assume por conta de ser uma prioridade definida pela instância federal ou estadual e o trabalho de enfrentamento de calamidades não tem como um setor só trabalhar. Então são coisas para as quais tem que se buscar mesmo a integração, a articulação com todos os setores. No caso da calamidade é uma situação bastante complexa e, na verdade, não é fruto do planejamento local porque é muito eventual, não faz parte do nosso cotidiano, mas quando acontece já é uma preocupação que vem de outro nível de governo, mas nós sozinhos não teríamos como dar conta ou não teríamos condição de traçar caminhos para resolver. Então, é lógico que teríamos que buscar parceiros que possam estar nos ajudando, para que possamos atuar em conjunto, cada um dentro de sua área de atuação. Agora, com certeza, a gente tem muito claro que só o setor saúde não dará conta de dar as respostas necessárias para o enfrentamento daquela situação. (TSM3).

O que se constata é que a menção à intersectorialidade não resulta da compreensão de sua necessidade e nem constitui uma decisão do município, mas tão somente parte da pactuação de prioridades definidas por outras esferas, a exemplo do que já foi anteriormente mencionado em relação às diretrizes. No

entanto, a entrevistada revela o reconhecimento de que a complexidade de dadas situações exige um trabalho coletivo.

Em se tratando da importância da articulação intersetorial desde o planejamento, o entrevistado expressa sua opinião da seguinte forma.

É muito importante para que o trabalho seja mais efetivo, para que a gente consiga alcançar os melhores resultados possíveis [...]. Eu acho que são muitos os fatores que interferem e por isso deve haver um posicionamento bem firme da gestão, da gestão municipal, do prefeito. Não necessariamente depende só dele, mas parte da decisão dele. (TSM3).

Para ela a intersetorialidade supõe vontade e decisão política, de forma especial, do gestor municipal, o que foi, também, apontado pelo TSM2. Contudo, mesmo que constitua uma orientação da administração, é um processo que exige diálogo entre os gestores das diferentes pastas.

Eu penso que para isso é preciso muita maturidade dos gestores das pastas, porque quando vai trabalhar desta maneira você precisa saber abrir mão dos seus próprios interesses ou das suas próprias prioridades em nome daquilo que é mais importante, que é melhor. [...] porque cada um acha que aquilo que é seu é que é prioridade. A prioridade maior é o seu problema ou aquilo que você quer desenvolver. Sempre cada setor acha que o seu é prioritário. Então, compatibilizar tudo isso, todos os interesses, não é uma tarefa fácil. A gente vai esbarrar em relações de poder. (TSM3).

Constituindo uma nova perspectiva de gestão, a intersetorialidade exige mudanças nas práticas e valores, o respeito às diferenças e, sobretudo, o reconhecimento do que é prioridade para os usuários das políticas sociais. Supõe, ainda, o compartilhamento de saberes e de poder. Portanto, pode gerar conflitos e resistências.

A esse respeito, Bidarra (2009) sinaliza para a possibilidade de que os sujeitos, envolvidos em um processo desta natureza, manifestem posições corporativas a fim de assegurar os seus interesses, ou de seus setores. Portanto, como aponta a entrevistada, requer “maturidade”.

Ressaltamos, ainda que, no âmbito da construção dos instrumentos de planejamento essa dificuldade torna-se maior, considerando que os Planos constituem importantes ferramentas de gestão das diferentes políticas, evidenciando, inclusive, a discussão sobre os recursos que deverão estar contemplados no orçamento do município relativos a cada uma destas políticas.

Nessa direção, TSM3 declara: *“Quando envolve recursos financeiros é mais difícil ainda, pois sempre se trabalha com limitação de recursos. Então a disputa é muito maior”*. (TSM3).

Outra dificuldade apontada diz respeito às excessivas exigências burocráticas impostas aos municípios pelas demais esferas de governo e que acabam absorvendo aqueles que atuam localmente nas políticas.

Às vezes tem coisas que a gente tem que cumprir e acaba que coisas mais estruturantes acabam ficando para um segundo plano. A gente fala: Nossa! A gente tem que dar conta de tanta coisa e ainda tem que ir lá chamar a educação, chamar a ação social. Então, a gente também trabalha com essa limitação da própria estrutura que a gente tem. [...]. As exigências gerenciais acabam absorvendo ou dificultando que haja uma discussão maior, uma participação maior (TSM3).

Não obstante tais dificuldades, diferentemente do M1 e M2, o Plano foi elaborado em tempo hábil, o que permitiu que as propostas nele definidas fossem contempladas no PPA. Entretanto, se desconhece se houve a existência de momentos, no processo de elaboração do PPA, de discussões de demandas comuns entre as diferentes políticas: *“A não ser que a secretária de saúde tenha feito isso, lá com o prefeito. Eu não sei. Talvez tenha ocorrido esses encontros, essas reuniões para estar trabalhando isso, mas eu não vou poder te dizer porque eu desconheço”*. (TSM3).

Isso posto, constata-se que, na análise da Planificação no M3, destacam-se: a interpretação da intersetorialidade, de forma endógena ao setor saúde; a incorporação da intersetorialidade no Plano dada a existência de diretrizes e metas já elaboradas por outras instâncias de governo e que constituem objeto de pactuações com o município; a ideia de “parceria” indicada para o enfrentamento de situações de contingências; e o desafio que a intersetorialidade representa para os atores envolvidos neste processo – compartilhar objetivos, saberes e poder.

Passa-se, assim, aos resultados e discussões da planificação no M4, apontando que, conforme informações obtidas durante a entrevista, o Plano foi elaborado em 2013, tendo como referência as informações, já contidas no anterior. Neste Plano estavam contempladas as diretrizes deliberadas pela conferência de saúde realizada no ano de 2011.

Em 2013 a elaboração do Plano antecedeu o PPA e, portanto, subsidiou a formulação dos programas e projetos da administração municipal relativos à Política

de Saúde. A introdução, após a descrição da estrutura do órgão gestor e das unidades a ele vinculadas, informa o objetivo da Política da Saúde do Município:

[...] a promoção do cumprimento do direito constitucional à saúde, visando a redução de riscos de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, diminuindo as desigualdades e promovendo serviços de qualidade, observando os princípios de integralidade e intersectorialidade nas ações e nos serviços de saúde[...]. (PSM4, grifo nosso).

Vale ressaltar que, das análises até aqui realizadas nos quatro Planos de Saúde dos municípios selecionados, essa constitui a primeira referência direta ao termo “intersectorialidade”. Diante disso, na entrevista com o TSM4, este foi um dos primeiros aspectos a ser abordado, buscando identificar a compreensão do entrevistado a respeito da relação entre esses dois conceitos, o que foi expresso da seguinte forma:

Na saúde, a integralidade é uma coisa que tem a ver com a questão de ser integral mesmo. Não é só cuidar da saúde da pessoa. Nós temos que entender também todo o meio, que por vezes não seja de competência da saúde. Tem que analisar a questão de moradia, as condições de trabalho, condição nutricional, férias, lazer, renda. Então é um processo bem amplo. Eu penso que diante desta questão é importante ter o envolvimento de outros setores, de outras secretarias, principalmente de emprego e renda, da saúde, da educação, da ação social que acaba contemplando as necessidades do paciente, do cidadão como um todo. (TSM4).

Como pode ser observado, a intersectorialidade é interpretada como forma de garantir a integralidade dos sujeitos alvo das políticas sociais. Essa compreensão remete à dimensão da integralidade ampliada posta por Cecílio (2004) e de um dos sentidos apontados por Mattos (2001), notadamente ao tratar daquele que se recusa a recortar os sujeitos sobre os quais as políticas incidem. Dessa forma, se integralidade envolve múltiplas dimensões, traz como imperativo a articulação entre as diversas políticas como estratégia para atender os cidadãos na totalidade de suas necessidades.

Após essa introdução, o Plano traz uma análise situacional, constituída a partir de indicadores de saúde e da rede de serviços de saúde do município. Nesse último, destaca que o atendimento de atenção primária é ofertado pelo serviço de saúde básico [UBS] e pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é apontada como uma proposta que visa “oferecer atendimento integral aos usuários

[...] com o objetivo de cumprir princípios e diretrizes do SUS e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população” (PSM4). Assim, elenca as atividades desenvolvidas pelas equipes, que incluem procedimentos de saúde (consultas, visitas domiciliares, educação em saúde), com articulação com os demais setores do Município, não deixando claro quais seriam esses setores.

Passa então à formulação dos Compromissos para o quadriênio 2014/2017, que se inicia com o seguinte texto

O Plano Municipal de Saúde é elemento fundamental do Pacto pela Saúde, que rompe com os limites setoriais, permitindo que a sociedade organizada participe efetivamente na consolidação dos princípios do SUS e também no planejamento das necessidades prioritárias. (PSM4, grifo nosso).

Embora o texto, ao trazer a ideia de rompimento com os limites setoriais, sinalize para uma possível articulação com outras políticas públicas, faz referência à participação da sociedade organizada, supostamente por meio dos mecanismos de controle social como conferências e conselhos, uma vez que o item seguinte trata destes espaços colegiados.

Em seguida elenca as propostas para o quadriênio, a partir da formulação de cinco objetivos específicos: busca da integralidade, da equidade, da qualidade e da humanização; redução da morbimortalidade, decorrentes de doenças e agravos prevalentes; estabelecimento de políticas saudáveis; promoção da vigilância, prevenção e controle de doenças de interesse epidemiológico; e fortalecimento da gestão do SUS e da participação popular.

Em relação ao objetivo de buscar a integralidade, a equidade, a qualidade e a humanização, foram definidas nove diretrizes: Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde do Homem, Atenção Integral às pessoas em situação de risco de violências e acidentes, Saúde Mental, Saúde Bucal, Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade e Assistência Farmacêutica.

À exceção da Atenção de Média e Alta Complexidade e da Assistência Farmacêutica, em todas as demais, houve previsão de ações de capacitação para os trabalhadores envolvidos nessas áreas, “com participação intersetorial” e, ainda, a adoção de estratégias para enfrentamento dos principais problemas relacionados a essas áreas, “com participação intersetorial”. Portanto, nas sete diretrizes, houve quatorze menções a este termo.

Não houve, entretanto, quaisquer outras menções nas metas relacionadas aos demais objetivos, mesmo naqueles que tratam do estabelecimento de políticas saudáveis, da Promoção da Saúde e da atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

Pode-se observar que a “participação intersetorial” está prevista, sobretudo, nas ações relacionadas à atenção primária (ou básica), o que também pode ser constatado na pesquisa documental.

Conforme evidenciado nos documentos normativos da política de saúde, a atenção primária é considerada elemento essencial da promoção à saúde. É especialmente nesse nível de atenção que os trabalhadores se deparam com situações que ultrapassam os limites das especificidades do setor saúde. Portanto, exigem articulações com outras políticas, na perspectiva da intersetorialidade.

É importante ressaltar que, na realização da entrevista com TSM4 (que, conforme indicado no perfil dos entrevistados, trata-se do Secretário de Saúde), ao serem citadas todas essas referências à participação intersetorial constantes no Plano de Saúde desse município, percebeu-se que isso foi recebido com surpresa e preocupação.

Diante dessa reação e considerando que, no início das discussões sobre a planificação nesse município, foi constatado que o Plano 2014/2017 teve como referência as informações contidas no Plano elaborado em 2011, supomos que tais menções faziam parte do texto anterior e que foram incorporadas ao atual Plano. Porém, ao ser indagado sobre essa constatação, o entrevistado expõe sua justificativa a respeito das referências a ações interssetoriais previstas especificamente na atenção primária:

Eu acho que é porque na verdade a atenção básica está muito próxima dos usuários. [...] são situações de impacto social e é uma situação, assim, bem ampla e acaba tendo que envolver vários segmentos para o enfrentamento. Portanto, não é uma tarefa só para a política de saúde. (TSM4).

Não obstante tal compreensão TSM4 revelou a concepção de intersetorialidade que, para ele, se tem no campo da saúde,

Como nós nunca tivemos uma discussão sobre esse tema, acho que a intersetorialidade fica como se fosse só dentro da saúde. [...]. O intersetorial nosso pode ser relacionado à integração entre o departamento de vigilância, o departamento de avaliação e controle, o departamento de serviço social

que existe dentro da saúde. Então, esse conceito, que era para ser discutido de uma forma ampliada, passou a ser discutido de forma reduzida, só aqui dentro. [...] a gente não pensa nisso para fora [...] acabamos tendo uma compreensão mais reduzida que é dentro da própria secretaria, dentro da própria saúde. (TSM4).

Importa recuperar que essa interpretação de intersetorialidade foi também claramente apontada por TSM3. Ou seja, trata-se de uma visão endógena ao setor saúde, construída a partir da articulação entre os subsetores ou divisões internas da Secretaria de Saúde e, como mencionado nas discussões do M3, indica uma perspectiva de intersetorialidade focalizada.

Concluindo a análise da planificação nesse município (M4), pode-se destacar que o Plano faz referência à relação intersetorialidade e integralidade, além de apontar a articulação intersetorial nas diferentes ações da atenção básica em saúde. Contudo, as informações obtidas na entrevista indicam que o gestor municipal desconhece essas menções existentes no Plano.

Sobressai, ainda, a interpretação, que o entrevistado faz da intersetorialidade: uma articulação entre os subsetores existentes na estrutura organizacional da própria Secretaria de Saúde.

Sintetizando essas discussões da planificação da política de saúde dos 4 municípios, tem-se que houve, nos Planos, apenas uma referência direta ao termo intersetorialidade. As demais menções que se destacaram foram: parceria, união, transversalidade e participação intersetorial.

Dois outros aspectos observados na fala dos entrevistados merecem ser destacados neste momento. O primeiro está relacionado ao fato de que muitas referências, especialmente de termos que remetem à intersetorialidade, foram inseridas nos Planos apenas por constarem nos textos normativos das políticas ou em diretrizes e metas já definidas pelas demais instâncias de governo. Portanto, não resultaram de reflexões e deliberações dos envolvidos no processo de sua construção. O segundo diz respeito à interpretação endógena da intersetorialidade, ou seja, focados na articulação entre os setores internos da política de saúde.

4.2 PLANIFICAÇÃO NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A elaboração dos Planos de Assistência Social encontra-se prevista desde a

aprovação da LOAS, em 1993, como uma das condições para o repasse de recursos da esfera federal para os demais entes federados.

Em normatizações posteriores (a exemplo da NOB-SUAS/2012), o Plano foi definido como um dos instrumentos estratégicos de planejamento técnico e financeiro da gestão da Política e do Sistema Único de Assistência Social. Estes devem ser elaborados de acordo com os períodos de elaboração do Plano Plurianual (PPA), em cada esfera de governo.

Conforme disposto no Parágrafo 2º do Artigo 18 da NOB/2012, o Plano de Assistência Social comporta: diagnóstico socioterritorial, objetivos, diretrizes e prioridades deliberadas pelos mecanismos de controle social, ações, estratégias, metas, resultados esperados, recursos, mecanismos e fontes de financiamento, rede de serviços, indicadores de monitoramento e avaliação e espaço temporal de execução.

Embora constituído por tantos elementos, os Planos de Assistência Social dos municípios selecionados, se comparados aos da Política de Saúde, foram significativamente menores, contendo 14, 36, 60 e 41 páginas, respectivamente, nos M1, M2, M3 e M4.

Vale inicialmente destacar que, em uma primeira aproximação a esses documentos, observou-se que os Planos dos quatro municípios mantiveram o mesmo formato, inclusive com textos idênticos, especialmente nos itens denominados Ações e Estratégias correspondentes à implementação das Diretrizes e Prioridades Deliberadas⁶¹ e Resultados e Impactos Esperados.

Assim, durante as entrevistas, ao serem estimulados a relatar como se deu o processo de elaboração, todos os entrevistados mencionaram que, em dezembro de 2013, o gestor estadual da Política de Assistência Social⁶², por meio da Coordenação de Gestão do SUAS (CGS), encaminhou o Manual de Elaboração do Plano Municipal de Assistência Social 2014/2017 (contendo um Roteiro) em que, entre outras orientações, se estabelecia prazo até 25 de abril de 2014 para que os municípios procedessem o seu encaminhamento aos Escritórios Regionais da SEDS.

⁶¹ Dizem respeito às prioridades e metas específicas para a gestão municipal do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para o quadriênio 2014-2017, pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), objeto da Resolução nº 18, de 15 de julho de 2013, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

⁶² Naquele momento, no estado do Paraná, exercida pela denominada Secretaria de Estado da

Não obstante o documento tivesse destacado que o Roteiro⁶³ se configurava como uma sugestão, o texto de sua apresentação indicou que o objetivo do Manual consistia em “orientar e auxiliar as gestões municipais desta política para o preenchimento deste importante instrumento de gestão”. (PARANÁ, 2013, p. 1, grifo nosso).

O Roteiro foi disponibilizado em sistema informatizado, com alguns campos abertos e outros com opções a serem selecionadas.

Conforme depoimento da TASM1, “O Estado passou para a gente pré-elaborado, mas são só as metas que você tem que seguir. Eu acho que ajuda muito, porque se você não tivesse essas metas definidas você não iria conseguir ter um plano do seu município”. (TASM1).

Esses procedimentos podem ser identificados na fala de outra entrevistada:

Na verdade, é assim: a gente recebe orientações do Escritório Regional [da SEDS] e eles passam o modelo, algumas orientações e o prazo, que é meio curto. No ano passado [2013], eles passaram em dezembro e deram prazo [...]. Foi até um período ruim, porque era período de férias. (TASM2a)⁶⁴

Esses Planos, elaborados entre o final do mês de dezembro de 2013 e abril de 2014, portanto, concluídos no exercício seguinte à aprovação do PPA, foram os disponibilizados para a pesquisadora. Os esclarecimentos anteriores justificam a existência de textos idênticos nos diferentes municípios.

Isso posto, passa-se à análise dos dados encontrados nos Planos e das informações obtidas pelas entrevistas em cada um dos municípios pesquisados.

O Plano de Assistência Social do M1 traz inicialmente, em conformidade com a proposta do roteiro, um diagnóstico socioterritorial, apresentando, de forma sucinta, dados gerais do município e informações relacionadas à política de assistência social.

Em seguida descreve as diretrizes, prioridades e metas a serem alcançadas, nas quais podem ser evidenciadas as ações (serviços, programas e benefícios)

Família e Desenvolvimento Social (SEDS)

⁶³ Aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB, pela Resolução n.º 24/2013, de 29 de outubro de 2013.

⁶⁴ É preciso lembrar que, conforme apontado nos procedimentos metodológicos, no início deste capítulo, no M2, a entrevista foi realizada com dois técnicos, em cuja identificação se acrescentou as letras a e b.

desenvolvidas no município: Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), Serviço de Proteção Especial no Domicílio para pessoas com deficiência e idosos, Serviço de Proteção e Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora, Serviço de Proteção em Situação de Calamidades Públicas, Serviço Especializado em Abordagem Social.

Em que pese tais programas apresentarem em seu formato um desenho intersetorial, em todo o Plano há quatro referências que, de certa forma, remetem a relações entre as políticas, como pode ser observado a seguir.

Entre as Ações e Estratégias para a implementação da Proteção Social Básica, o Plano prevê “Encaminhamento” para benefícios e serviços socioassistenciais ou para as demais políticas setoriais.

A segunda referência é evidenciada ao estabelecer as metas a serem atingidas, particularmente em relação ao Programa Bolsa Família, em que se menciona a realização de “reuniões” com as secretárias da Saúde e da Educação, a fim de definir estratégias de acompanhamento das famílias em situação de suspensão do benefício decorrente do descumprimento de condicionalidades.

Ainda, tendo em vista ampliar a inclusão do público prioritário do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), aponta a necessidade de realização de visitas domiciliares e “ações conjuntas” com outros Órgãos e Secretarias. Não indica, entretanto, quais seriam estas outras ações.

Por fim, a quarta referência encontra-se ao tratar dos Resultados e Impactos esperados: “*Junto com outras políticas como forma de reduzir índices de: violência entre os jovens; uso/abuso de drogas; doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce*”. (PASM1, p .11).

São estas, portanto as referências de articulações (ou de relações) da Política de Assistência Social com as demais políticas setoriais existentes no município, previstas no PASM1: encaminhamentos, reuniões, ações conjuntas.

Diante dessas constatações, na entrevista com o TASM1, buscou-se aprofundar algumas questões relacionadas ao significado do Plano: quem participou da elaboração dos dados inseridos no sistema disponibilizado pela SEDS, qual a relação entre o Plano de Assistência Social e o Plano Plurianual (PPA).

Apesar de constituir uma orientação da Política de Assistência Social,

expressa na LOAS e nas normas operacionais, para a entrevistada, “*Esse plano é uma exigência. Você tem prazo, para estar elaborando. Se não cumprir o prazo o município é penalizado*”. (TASM1).

Esse depoimento revela, portanto, que a elaboração do Plano se deu como forma de atender à solicitação do gestor estadual.

É importante resgatar que o Plano Municipal de Assistência Social constitui instrumento de planejamento estratégico que organiza, regula e norteia a Política de Assistência Social a ser desencadeada no município em um período de quatro anos, devendo coincidir com a elaboração do PPA. (BRASIL, 2012a). Sobre isso a entrevistada afirmou:

Do plano plurianual a gente não participa. [...]. Geralmente, é na prefeitura que eles fazem, na contabilidade. [...] A gente conhece porque eles mandam para a gente aprovar. Depois de pronto, eles mandam para o conselho [...] A gente não ajuda elaborar, mas antes de encaminhar para a Câmara a gente aprova. A gente muda também. (TASM1).

O desconhecimento do processo de elaboração do PPA também foi apontado pelo entrevistado da Política de Saúde desse município, o que permite supor que se trata de uma prática comum, em que o setor de contabilidade elabora o instrumento de planejamento sem a participação dos atores envolvidos nas diversas políticas e sem consultá-los. Contudo, considerando as disposições legais, encaminha o documento para a aprovação, ou melhor, para o referendo dos conselhos.

Conforme já apontado pela TASM1, as metas e diretrizes do Plano de Assistência Social são as pré-elaboradas pelo gestor estadual, porém os dados relativos ao financiamento são os constantes no PPA. “*A gente pega o plano plurianual, pego tudo e faço esse aqui, depois de pronto, né?*” (TASM1).

Ainda a respeito das ações que envolvem outros setores, informou:

Para fazer o plano, você tem que conhecer a realidade do município, tem que fazer um estudo. No plano tem que conter, no papel, todas as normativas. Já vem um plano pré-fabricado, elaborado pelo Estado e você tem que seguir ele. Então tem que ter a participação da saúde, da educação, todos os órgãos [demais secretarias e conselhos] [...]. Mas isso acaba não sendo possível porque você tem prazos e aí [se for reunir] você não consegue terminar o plano no prazo certo e não terminando no prazo certo, vai ter consequências para gente depois. Então você acaba sentando ali e fazendo o que dá [...]. Você vai pegar aquilo que você tem ali já, que você trabalha no seu dia a dia, vai pegar dados lá da educação, saúde. (TASM1).

Isso indica que são somente utilizadas informações disponíveis sobre as demais políticas. Além disso, fazendo referência especialmente à construção do diagnóstico socioterritorial (item previsto na NOB-SUAS/ 2012 e também constante no roteiro encaminhado pelo gestor estadual) afirma: “*Fizemos o diagnóstico lá e tal. Fizemos não, aqui é EUquipe. Daí não é intersetorial, é EUsetorial*”. (TASM1).

O conteúdo dessa fala revela que o planejamento da política, não somente deixa de envolver outros setores, como também não envolve outros atores da própria política. Portanto, se conforma mediante a atuação única e exclusiva de um técnico da área que, a partir das informações disponíveis, constrói as estratégias de gestão de uma política.

Por fim, a entrevistada expressa sua opinião sobre como entende que deveria ser o processo de planejamento.

Não tem como fazer um planejamento isolado, [...] tem que caminhar com as outras políticas. Eu acho que deveria sim ter mais interesse dos superiores. Eu acho que o próprio órgão gestor da assistência mesmo tinha que fazer esta articulação. E o próprio prefeito também. Ele é o administrador, tem que dar a direção. [...]. Eu acho que em município pequeno a intersetorialidade não funciona [...] Ninguém é culpado por isso, mas todo mundo é culpado. (TASM1).

Nesse depoimento, que se considera uma síntese a respeito de tudo o que foi apontado, revela-se a importância da articulação entre as políticas na construção dos instrumentos de planejamento. No entanto, compreende que não é um processo espontâneo, mas depende da direção dada por outros atores, em especial daqueles que detêm o poder de decisão sobre os rumos da política e da própria administração municipal.

Assim, destacam-se, na planificação da Assistência Social do M1, a elaboração do Plano apenas para encaminhamento ao gestor estadual; a incompatibilidade entre o instrumento de planejamento da política e o PPA, seja pela ausência de coincidência de prazos ou da participação de atores envolvidos nessa política; as poucas referências à intersetorialidade, mesmo em programas e serviços com desenho intersetorial; e, sobretudo, o fato de o Plano ser elaborado por apenas um técnico da área, sem qualquer discussão intra e intersetorial.

Passando para a análise e discussão da planificação no M2, identifica-se que, similar ao M1, o Plano é iniciado com o diagnóstico socioterritorial no qual são apresentados dados populacionais e indicadores sociais do município, como: taxa

de pobreza, índice de Gini, taxa de analfabetismo, Índice de Desenvolvimento da Família, IDH, grau de urbanização, população economicamente ativa, média de população em situação de desemprego, alunos matriculados na educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e superior e identificação de áreas de maior risco e vulnerabilidade social. Considerando esses dados, identifica as principais vulnerabilidades e riscos sociais existentes no município. Em seguida, estabelece as ações e estratégias voltadas para a prevenção de riscos e vulnerabilidades sociais e e/ou superação das vitimizações, entre as quais destacam-se as que remetem propostas de articulação intersetorial.

Na Proteção Social Básica, foram identificadas três estratégias que apontam a articulação ou a relação com outras políticas. A primeira, no Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com deficiência e idosos, em que estão previstos “encaminhamentos à rede socioassistencial e a outros serviços públicos, como forma de promover o acesso deste público alvo a benefícios e serviços”. Essa mesma referência a encaminhamentos também foi identificada no M1.

A segunda trata de uma “atuação conjunta” com a Política de Educação, decorrente da implantação do Programa BPC na Escola, com o objetivo de viabilizar o acesso de crianças e adolescentes à rede de ensino.

A terceira relaciona-se à execução do Programa Família Paranaense⁶⁵, mediante o estabelecimento de uma “rede integrada de Proteção” para o atendimento das situações de maior vulnerabilidade através da oferta de “ações intersetoriais”.

Na Proteção Social Especial de Média Complexidade, há apenas uma menção que remete à intersetorialidade ao propor, como ação/estratégia desse nível de proteção, a promoção de articulações, através de reuniões, com a rede de serviços e políticas existente no município. Conforme foi justificado, essas

⁶⁵O Família Paranaense é um programa que foi lançado no ano de 2012, pelo governo do estado do Paraná, vinculado à Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social – SEDS. É definido como “Programa estratégico que tem como atribuição, articular as políticas públicas de várias áreas do Governo, visando o desenvolvimento, o protagonismo e a promoção social das famílias que vivem em maior situação de vulnerabilidade e risco no Paraná. Tem como público alvo as famílias residentes no Paraná em maior situação de vulnerabilidade e risco. Nos municípios, cabe ao gestor da política de assistência social a coordenação do Comitê Municipal, respondendo pelo envolvimento e articulação com as demais políticas municipais, por meio de reuniões de gestão, planejamento, acompanhamento e tomada de decisão. As famílias selecionadas podem permanecer no Programa por dois anos, período em que são acompanhadas mediante um plano de ações individualizado, elaborado pelos Comitês locais, instituídos no âmbito dos territórios em que vivem” (PARANÁ, 2011).

articulações teriam como finalidade atender as situações que envolvem a violação de direitos e acompanhamento das famílias com direitos violados.

Dessa forma, pode-se constatar que as referências que se aproximam da intersectorialidade no PASM2 se dão mediante os seguintes termos: encaminhamentos, atuação conjunta, ações intersectoriais e articulação com a rede de serviços e políticas.

É importante destacar que o Programa Família Paranaense foi mencionado inúmeras vezes durante a entrevista, apontado por seu caráter intersectorial, cujo planejamento deveria dar-se de forma articulada entre as diversas políticas.

O Família Paranaense é um programa novo e traz essa premissa da intersectorialidade muito forte.[...]. Obrigatoriamente você tem que planejar junto, mas mesmo assim fica muito a cargo da assistência social. [...]. Embora todo mundo fale de proteção integral, a saúde fala de proteção integral, a assistência fala de proteção integral, mas na hora de trabalhar, cada um trabalha no seu quadrado. [...]. (TASM2b).

Nesse depoimento, pode-se constatar a dificuldade de estabelecimento de articulações, mesmo nesse Programa que tem a intersectorialidade como “premissa”. Traz, ainda, para a discussão a questão da integralidade, que tem figurado como uma diretriz para a implementação das políticas. Contudo, ao afirmar que, apesar disso, “cada um trabalha no seu quadrado”, revela a ideia de que esse conceito está apenas no discurso. Isso pressupõe a identificação com a dimensão “focalizada” da integralidade apontada por Cecílio (2004), que diz respeito àquela realizada somente dentro dos próprios setores. Remete também à análise realizada por Andrade (2006) ao representar a forma de organização da estrutura administrativa do Estado brasileiro como “casinhas paralelas”. Ou seja, cada política, ou setor de política social, encaminha as soluções a seu jeito, sem considerar o sujeito das políticas, em sua indivisibilidade, assim como de suas demandas e direitos.

Outros programas e serviços desenvolvidos na Política de Assistência Social são também mencionados: Programa Bolsa Família, Programa de Atenção à Família, Serviço de Convivência Familiar e Comunitária que também apresentam um desenho intersectorial. “*Todos são intersectoriais, mas não existe articulação no momento do planejamento. As políticas não estão juntas. [...]. Eu acho que o Plano tem mais dados das demais políticas do que prevê ações conjuntas*”. (TASM2a).

Pode-se supor que a referência aos “dados” diz respeito aos indicadores

sociais utilizados no diagnóstico socioterritorial realizado no início do documento, em que têm destaque as informações da política de educação, como, por exemplo: taxa de analfabetismo e números de matrículas em todos os níveis de ensino (da educação infantil ao nível superior).

No que tange à compatibilidade entre o conteúdo do Plano de Assistência Social e as estratégias e metas contidas no PPA, houve as seguintes explicações:

Dentro do plano plurianual do município, tem uma parte da assistência. Quando é elaborado o PPA, o contador chama a gente na hora da elaboração da parte social. [...]. Vai o secretário, o diretor e os técnicos também. [...] Tanto do orçamento quanto do plano plurianual a gente participa da elaboração. São vários encontros. A gente monta conforme os nossos programas, os nossos projetos. (TASM2a).

Ou seja, não existe um Plano de Assistência Social que subsidia a elaboração do PPA no que diz respeito a essa política. Contudo, há encontros nos quais a direção e técnicos da Assistência Social apresentam ao contador informações a respeito dos programas e projetos desenvolvidos. Assim, quando o gestor estadual encaminhou as orientações e o roteiro para a elaboração do Plano de Assistência Social, houve uma tentativa de inserir informações e ações que estavam previstas no PPA.

Após esses esclarecimentos, há a manifestação do reconhecimento da importância da elaboração de um Plano que, efetivamente, constitua uma orientação para a execução da política e de sua avaliação.

A gente tem a pretensão de fazer isso. [...] A gente está sentindo a necessidade de criar um plano para poder avaliar, poder monitorar, mas a gente tem muita dificuldade na questão administrativa no órgão gestor, a gente não tem pessoal administrativo no órgão gestor. (TASM2b)

Não estamos conseguindo fazer o trabalho que é do técnico [Assistentes Sociais]. (TASM2a).

Contudo, apesar da intenção e da disposição em fazê-lo, se deparam-se com as limitações da estrutura, apontadas especialmente em relação aos recursos humanos disponíveis (ou indisponíveis), o que acaba impondo aos trabalhadores da categoria técnica o cumprimento de atribuições administrativas, em detrimento daquelas que são, efetivamente, de sua competência.

O que se constatou em relação à planificação no M2 é que o Plano traz

poucas referências à intersectorialidade, que são apontadas como: encaminhamentos, atuação conjunta, articulações com a rede de serviços e políticas e ações intersectoriais. Destacam-se, também, as menções aos programas de outras esferas de governo, em execução no município, cujo desenho intersectorial não se efetiva no cotidiano de sua implementação.

Ao iniciar a análise e as discussões da planificação da Assistência Social no M3, é importante assinalar que o Plano dessa política constitui o mais extenso entre os quatro analisados. Isso se justifica pela diversidade e detalhamento dos aspectos históricos, geográficos e socioeconômicos do município, representando cerca de cinquenta por cento de todo o seu conteúdo. Nesse Plano também foi identificado o maior número de referências ao próprio termo intersectorialidade e a outros que a ele se assemelham.

A primeira referência à articulação intersectorial aparece em um dos objetivos específicos do Plano: “*Fortalecer e articular com as demais políticas públicas*” (PASM3, p. 34). Em seguida, elenca as diretrizes nas quais estão pautadas: Gestão Pública, Matricialidade Sociofamiliar, Territorialização, **Intersectorialidade e Trabalho em Rede**, Participação do usuário e Vigilância social nos territórios, descrevendo o significado de cada uma delas.

A diretriz Intersectorialidade e o Trabalho em Rede, fazendo referência à Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 é definida no PASM3.

A Política de Assistência Social deve operacionalizar suas ações de Proteção Social, de forma integrada e articulada, com a Rede Socioassistencial Pública e Privada e com as outras políticas sociais, buscando superar a fragmentação e reconhecendo as reais dimensões do cotidiano dos territórios, potencializando os resultados e ampliando a resposta das demandas sociais. Reconhece que a complexidade da realidade social exige complementaridade entre os serviços das várias políticas sociais, possibilitando uma ação mais ampla às questões sociais em seu caráter complexo e multidimensional. Atua de forma compartilhada, com objetivos comuns, com o planejamento e execução de ações conjuntas, otimizando recursos, buscando melhor atender as necessidades sociais da população usuária (PASM3, p. 35).

Esse texto do PASM3 expressa o reconhecimento de que existe uma fragmentação que deve ser superada mediante a articulação com as demais políticas sociais. Denota, assim, uma perspectiva de complementaridade das ações e serviços, especialmente considerando a complexidade e a multidimensionalidade da realidade social.

Posto dessa forma, supõe-se que a ideia não seja exatamente de superação, mas de enfrentamento da forma como, tradicionalmente, estão estruturadas as políticas que reforçam a fragmentação das demandas apresentadas pelos cidadãos.

Indica, ainda, a importância da definição de ações conjuntas, no âmbito de planejamento, como forma de otimização de recursos, em uma direção de ampliação da capacidade de respostas das políticas às necessidades dos usuários, portanto, de forma diversa à direção de racionalidade presente nas propostas gerenciais defendidas na reforma do Estado.

Às diretrizes seguem as ações e estratégias previstas para a implementação da política, por nível de proteção social: básica e especial e, ainda, as relacionadas à gestão do SUAS.

Pode-se observar que, em consonância com os objetivos e diretrizes, em todas as ações de proteção social básica foram previstas articulações entre os serviços socioassistenciais existentes no território e as demais políticas setoriais. Isso pode, inclusive, ser constatado nas metas correspondentes a essas ações, em que se busca a inclusão na rede de serviços socioassistenciais e nas demais políticas setoriais.

Na proteção especial, entretanto, das seis ações previstas, a articulação intersetorial somente está indicada no Serviço de Proteção para Pessoas com Deficiência e suas Famílias e nas Ações de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e Emergenciais. Nas demais ações, embora tratem do atendimento à população de rua, CREAS Violação, CREAS Medidas, portanto, situações complexas, não foram previstas ações articuladas com outras políticas.

Na Gestão do SUAS, a articulação intersetorial é identificada, particularmente nas ações relativas à Vigilância Social nos Territórios.

Conforme depoimento da TASM3, o conteúdo desse Plano (conforme roteiro encaminhado pela SEDS) é resultado de trabalho anteriormente realizado juntamente com a gerência de Proteção Básica para a elaboração do Pacto de Aprimoramento de Gestão do SUAS⁶⁶. Nesse momento contou com ampla

⁶⁶O Pacto de Aprimoramento do SUAS firmado entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios é o instrumento pelo qual se materializam as metas e as prioridades nacionais no âmbito do SUAS, e se constitui em mecanismo de indução do aprimoramento da gestão, dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais. (BRASIL, 2012a, p. 26). Ainda conforme a NOB-SUAS/ 2012, esse Pacto deve ter relação com o Plano de Assistência Social, sendo a primeira pactuação para os municípios realizada no exercício de 2013, com vigência para o quadriênio 2014/2017.

participação da gerência da atenção básica do município, a partir da atuação, especialmente, das equipes dos CRAS.

Onde existe o CRAS chama toda a rede do seu território: assistência, educação, saúde, associações de moradores e outras organizações que tem, e faz o diagnóstico, ou seja, faz a discussão daquele território e das situações encontradas. [...]. Eu só condensei todas as informações porque ele já vinha sendo construído em cada unidade, de cada CRAS. As meninas [coordenação e técnicas do CRAS] me trazem o plano de trabalho delas lá da unidade. [...]a gente não conseguiu planejar, ter este tempo de estudo maior nos CREAS. [...]. A pessoa que gerenciava a atenção especial não tinha essa visão técnica. (TASM3).

Esse depoimento traz dois aspectos que se destacam. O primeiro diz respeito à incorporação da noção de território. Para Koga (2003) e Sposati (2006), esse é o espaço privilegiado para a articulação entre as políticas sociais, pois é onde vivem os sujeitos alvo dessas políticas. O segundo aponta a ideia de “planejamento ascendente”, definido por Sposati (2006, p. 137) como “o princípio de intersectorialidade aplicado na base da gestão institucional com setorialidade no modelo de gestão dos órgãos de cúpula”. Esse é o modelo que se evidencia no M3 e que permite que as demandas dos sujeitos que vivem nos territórios sejam, de fato, contempladas no planejamento.

Assim, considerando que constitui resultado de um planejamento articulado entre as diferentes políticas no âmbito da proteção básica, o Plano contempla maior número de referências à intersectorialidade nesse nível de proteção. “*O trabalho do CRAS no território, e também do CREAS e dos outros serviços é muito importante porque são eles que dão suporte, trazem as informações que o órgão gestor vai traduzir na linguagem do planejamento*”. (TASM3).

A entrevistada informa, ainda, que são essas as metas e prioridades que constam no PPA em relação à Política de Assistência Social e o que tinham que fazer ao receber o roteiro da SEDS, em dezembro de 2013. “*A gente já tinha uma matriz e foi só adaptar ao modelo encaminhado pela SEDS. [...]. Se você precisar do PPA do município tem no site da prefeitura também. Ele contempla quase 100 por cento do que está no Plano de Assistência Social*”. (TASM3).

São ainda apontados pela TASM3 alguns aspectos que vêm contribuindo para essa concertação intersectorial, no âmbito do planejamento e na implementação da política de assistência social nesse município. O primeiro deles diz respeito à implantação do Sistema no campo da Assistência Social – o SUAS.

O SUAS veio para ajudar nessa articulação, porque se ficasse como era antes... nós não tínhamos definições. Quando nós iniciamos, o pessoal da saúde, até brincando, perguntava: o que vocês vão fazer agora transporte para pacientes para fora do domicílio, órtese e prótese, a questão do leite, de fraldas geriátricas estão tudo na saúde? Claro que vai, porque isso é da competência da saúde. [...]. Então quando se definiu o papel da assistência social e o que é de competência de cada área, ficou mais fácil articular. (TASM3).

Esse depoimento revela que uma das condições para que se possam estabelecer o diálogo e a articulação entre as políticas é o conhecimento e o reconhecimento daquilo que constitui as especificidades de cada setor. Portanto, ao deixar claro qual é a proteção social, ou seja, quais as seguranças a serem afiançadas pela Política de Assistência Social, o SUAS assinala a necessidade e contribui para a possibilidade de articulação, em uma perspectiva de complementaridade, conforme descrito na diretriz desse Plano que trata da intersectorialidade. Permite, ainda, demonstrar que a intersectorialidade não elimina o fazer setorial, mas supõe ações coletivas entre os diferentes setores, com seus saberes e experiências.

O segundo aspecto, que também pode ser considerado como decorrência da implantação do SUAS, diz respeito à estruturação da política no âmbito do município, especialmente quanto aos recursos humanos.

A nossa secretaria era só “política”, então a gente só distribuía cesta básica. A partir de 2009, ela passou a ter um caráter mais técnico. Hoje nós temos 100 servidores efetivos. Deste quadro nós temos 25 assistentes sociais. Então você imagina como cresceu. (TASM3)

É importante destacar que a NOB-RH/SUAS, aprovada em 2006, estabeleceu importantes diretrizes para a gestão do trabalho no âmbito da Política de Assistência Social, além da definição de equipes de referência dos serviços socioassistenciais, o que contribuiu significativamente para a ampliação de servidores dessa política nos municípios. Esse “crescimento” também foi apontado em termos da ampliação dos serviços, nos níveis de proteção, de recursos físicos, materiais e financeiros.

O terceiro aspecto diz respeito ao protagonismo que a Política de Assistência Social tem na administração municipal e a visão do gestor da pasta, ou seja, da Secretária de Assistência Social.

Eu acho que é gestão. Você acha que se tivesse um gestor aqui [na política de assistência social], que não quisesse saber de nada disso e dissesse:

“deixa isso aí, deixa as meninas da saúde lá, cada um que cuide do seu pedaço”, a gente iria conseguir fazer isso enquanto técnico? Não, não iria. Mas a nossa gestora puxa, articula e fala para fazer isso, para fazer aquilo. [...] E o gestor municipal, o prefeito, dá toda a abertura para a assistência social. É uma área bem forte. Ela teoricamente dá o tom da administração. (TASM3).

Mais uma vez, nestas análises, a intersectorialidade é apontada como decorrente de uma vontade, de uma decisão política, neste caso, do gestor da política, com o consentimento do gestor municipal. Isso contribui para os avanços na implementação da Política de Assistência Social e para a construção da intersectorialidade como estratégia de gestão.

A respeito da importância da articulação intersectorial, especialmente no planejamento, a TASM3 argumenta:

Tem que se articular com as outras políticas porque a assistência social sozinha não faz nada. Se não fosse a articulação e a compreensão de que a pessoa é um todo, a gente iria continuar distribuindo cesta básica, ia continuar com a ideia que temos a função de trabalhar com o desprovido, com aquele que precisa de uma cesta básica e pronto. Quando falamos que queremos proporcionar qualidade de vida, não podemos nos limitar à assistência social pois ela sozinha não consegue garantir qualidade de vida, pois isso significa que tem que ter acesso à educação, ao lazer e a um monte de outras coisas. [...]. Então eu penso assim: quem ganha? É benefício para a própria população. (TASM3).

A intersectorialidade é, dessa forma, compreendida como uma possibilidade de considerar o cidadão na indivisibilidade de suas demandas, que são muitas, o que pode contribuir para tornar, seus direitos sociais legalmente garantidos também indivisíveis.

Sobre as dificuldades, a entrevistada manifestou dúvidas quanto a se esta articulação ocorreria caso a Política de Assistência Social não tivesse assumido a direção desta proposta, pois ainda há uma tendência de cada política se ocupar somente daquilo que lhe é particular.

Eu acho que é uma questão de sentar mesmo e tentar ver o conjunto, porque cada um olha o que é seu, cada um tem que cumprir as normativas próprias da sua política, aquilo que a sua política manda e às vezes não tem mesmo um tempo de pensar junto. (TASM3).

Conforme já identificado em outros depoimentos, as particularidades de cada política acabam absorvendo os trabalhadores e, portanto, impedindo que as demandas e necessidades dos cidadãos sejam vistas em sua multidimensionalidade e

multideterminação.

Ao finalizar a análise e discussões da planificação do M3, reitera-se que foi no Plano de Assistência Social desse município que foi identificado o maior número de referências à intersectorialidade. Contudo, elas não se limitam à questão de ordem quantitativa, uma vez que é apontada como forma de enfrentamento da fragmentação dos serviços diante da complexidade e multidimensionalidade da realidade social; e de ampliação da capacidade de respostas às demandas dos usuários.

Às menções no Plano foram acrescentadas informações dadas pelo entrevistado que indicam a intersectorialidade como complementaridade das ações. Também traz conceitos como território, planejamento ascendente, atribuindo tal direção à orientação da gestão da Política de Assistência Social. Sobretudo, aponta a compatibilidade entre as ações previstas no Plano da Política de Assistência Social e o PPA, o que cria maiores condições para que estas se efetivem no cotidiano da implementação da Política de Assistência Social.

No M4, já na apresentação do Plano, são realizadas considerações a respeito da importância da Secretaria de Assistência Social no contexto da administração pública do município, que assume a atribuição de implantar a Política de Assistência Social, em consonância com o SUAS.

Contudo, aponta que este órgão tem por finalidade “*coordenar a definição e a implementação das políticas sociais no Município de forma integrada e intersectorial*”. (PASM4, p. 6, grifo nosso).

A amplitude dessa finalidade pode ser verificada ao identificar, na página 29 do Plano, que estão sob a coordenação dessa Secretaria, além da Política de Assistência Social, também as Políticas Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente, do Idoso, da Pessoa com Deficiência e da Habitação. Conforme depoimento da TASM4,

Na verdade [a Secretaria Municipal de Assistência Social] é um setor. Por isso é que o Conselho de Habitação de Interesse Social está dentro da Secretaria. Nós temos uma secretaria executiva e nós coordenamos os conselhos. São cinco conselhos. Tem também o Conselho de Políticas sobre Drogas também vinculado à nossa Secretaria. Ah! E tem também mais um que não está aí que é o da Promoção da Igualdade Racial. Este conselho tem pouco mais de 8 meses. Todos eles estão vinculados à nossa Secretaria. (TASM4).

A palavra “setor” colocada pela entrevistada não tem o significado que se adota neste trabalho. Ao contrário, faz referência a um espaço institucional que congrega diferentes Conselhos de Direitos e o Conselho de Habitação de Interesse Social, todos sob a coordenação da Secretaria de Assistência Social.

Além dessas, ainda constitui atribuição dessa Secretaria “*integrar-se aos projetos sociais de outras políticas públicas, que visem o desenvolvimento e o atendimento à população usuária*”. (PASM4, p. 6). A partir de então, indica as diretrizes, ações prioritárias e metas a serem alcançadas no quadriênio, nas quais há duas referências que remetem à intersetorialidade.

A primeira relacionada ao Serviço de Atenção às Famílias dos Adolescentes Internados por Medida Socioeducativa - AFAI⁶⁷, no qual prevê,

[...] através da pactuação do município com o Programa Família Paranaense, acompanhamento intersetorial a família para sua promoção ao nível da habitação, transporte, educação, saúde, assistência social, cultura, lazer, esporte, alimentação, profissionalização e economia solidária. (PASM4, p. 20-21).

Esse mesmo texto é mencionado tanto na Proteção Social Básica como na Especial.

De acordo com a TASM4,

O Família Paranaense é um programa que está vinculado ao Bolsa Família, mas que tem uma cobrança da intersetorialidade, até o sistema exige isso. Se a saúde lançou um atendimento para um determinado usuário, para aquela família que faz parte do Programa Família Paranaense, onde ele recebe um adicional no cartão, subsidiado pelo governo do Paraná, aí a educação também tem que lançar, a habitação tem que lançar, a secretaria do meio ambiente, todas as secretarias envolvidas. Só que na verdade, na prática isso não acontece. Na teoria teria que ter os Comitês local, regional, mas na verdade, aqui nunca conseguiram reunir os secretários que integram o Comitê. Só tem informações lançadas pelos diversos setores, mas não existe articulação. (TASM4).

Portanto, a menção ao “acompanhamento intersetorial” se deu em razão de constituir-se uma das diretrizes do Programa, a ser inscrito nos Planos de Ação Intersetorial dos Municípios, como condição para liberação dos recursos para sua execução. (PARANÁ, 2012).

A segunda menção à articulação intersetorial consta nos Resultados e

⁶⁷Constitui uma modalidade de ação do Programa Família Paranaense.

Impactos Esperados que trazem o seguinte: “Junto a outras políticas públicas, reduzir índices de: violência entre os jovens; uso/abuso de drogas; doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce”. Não há, porém, indicação de ações para se chegar a esses resultados.

É importante destacar que esse e os demais Impactos e Resultados Esperados, estão postos, literalmente, da mesma forma que no PASM1. Supõe-se, portanto, que estavam já apontados no Roteiro disponibilizado pelo órgão gestor Estadual da Política de Assistência Social, resultado de pactuações intergestores, e que foram transcritos nos Planos dos dois municípios.

Ao serem apontadas essas referências à articulação intersetorial existentes no Plano, a TASM4 justifica e manifesta sua opinião a respeito da importância dessa relação a essa temática:

Nós não temos o hábito de planejar juntos. Eu acho que isso vem de processo histórico, mas eu acho que já está partindo para isso. Se você observa o decorrer dos anos, e a gente vem acompanhando, eu acho que já está partindo para isso. Já tem essa exigência dos programas, que vêm cobrando, então eu acho que isso aí já está dando essa direção. (TASM4).

Para a entrevistada, o planejamento eminentemente setorial ainda persiste. É resultado da cultura presente no planejamento público e que vem se alterando a partir das disposições contidas nas normatizações e no desenho de muitos programas das demais esferas de governo. Entende que o rompimento com essa cultura passa, sobretudo, pela formação dos trabalhadores das políticas sociais.

Eu acho que, na verdade, durante a graduação dos profissionais que atuam com políticas públicas, teria que já ser trabalhada essa questão da articulação intersetorial, porque eu tenho estagiários aí e a gente percebe que eles tinham que ter formação e aprender lá na faculdade. [...]. Na verdade, as diferentes áreas de conhecimento ou as diferentes áreas de políticas sociais acabam reforçando essa ideia de especialidade. [...]. Se todas as áreas reforçarem essa questão da integralidade e da intersetorialidade, já vai entrar e atuar como profissional tendo essa visão. (TASM4).

Com esse depoimento, a entrevistada remete à ideia de que a setorialização decorre da excessiva especialização do conhecimento que reflete na formação dos profissionais que atuam nas políticas sociais. Portanto, se no processo de formação profissional fosse abordada a perspectiva intersetorial, isso poderia trazer mudanças nas práticas profissionais, seja no planejamento seja na implementação das políticas

sociais.

Tratando dos dois níveis de proteção da Política de Assistência Social (básica e especial) e da constatação da ausência de diálogo entre as equipes que nelas atuam, afirma: *“como vamos pensar em intersectorialidade se dentro da própria secretaria, da própria política de assistência social existe divisão, se não há integração?”* (TASM4).

Dessa forma, indica a existência de fragmentação também no interior da política, permitindo supor que a articulação intrassetorial constitui condição primeira para a intersectorialidade.

O que se destaca na planificação do M4 é que, efetivamente, não há previsões, no Plano de Assistência Social, de articulações intersectoriais, exceto as que constam nas diretrizes do Serviço de Atenção às Famílias dos Adolescentes Internados por Medida Socioeducativa e no Roteiro disponibilizado pelo órgão gestor estadual para a elaboração dos Planos.

São estas, portanto, as análises relacionadas à planificação na Política de Assistência Social e as referências à intersectorialidade. Pode-se constatar que a única referência direta ao termo intersectorialidade nos Planos de Assistência Social é encontrada no PASM3, apontado como diretriz da Política a ser desencadeada no município.

O conteúdo desta referência trata da fragmentação que deve ser superada mediante articulação intra e intersectorial. À intersectorialidade é, então, atribuído o sentido da complementaridade das ações, o que permitiria o enfrentamento da complexidade da realidade social. Sob outros termos, a intersectorialidade é apontada no PASM3 nos objetivos, nas ações e metas de forma coerente com o que a diretriz propôs.

Nos Planos dos Municípios 1, 2 e 4 são poucas as referências à articulação intersectorial, identificadas, sobretudo, sob os termos: encaminhamentos, ações conjuntas, articulações.

Conforme já apontado, os Planos de Assistência Social encaminhados à pesquisadora foram elaborados no início de 2014, a partir de orientações e instruções do gestor estadual da Política de Assistência Social. Apesar disso, em três dos quatro municípios houve afirmações de que há, de certa forma, compatibilidade entre os Planos da Política e o Plano Plurianual. Isso indica que houve um processo inverso na elaboração dos instrumentos de planejamento, ou

seja, houve participação do setor na elaboração dos PPAs, cujos conteúdos foram utilizados na elaboração dos Planos de Assistência Social.

Assim, cabem algumas considerações a respeito da planificação em ambas as políticas, ressaltando que os Planos, de Saúde ou de Assistência Social, devem traduzir a política, as propostas, prioridades e metas de cada área. Portanto, seu conteúdo volta-se, majoritariamente, para as especificidades do setor e envolve, sobretudo, os atores que atuam nas diferentes áreas que o constituem. Contudo, conforme expresso nas normatizações das referidas políticas, esses Planos devem também contemplar ações articuladas entre os setores, consideradas indispensáveis à atuação em situações que ultrapassam as especificidades de cada área. Foram, assim, as referências a essas articulações que se buscou identificar nos Planos, sob o termo intersectorialidade ou de outros que a ele se assemelham. Além disso, buscaram-se informações relacionadas ao processo de sua construção e sobre a percepção dos trabalhadores da categoria técnica envolvidos no planejamento dessas políticas, especialmente no que tange a relevância, dificuldades e condições para a pactuação intersectorial.

Com base nos dados coletados, pode-se constatar que há inúmeras referências, em seus objetivos, justificativas e fundamentação, a conceitos como: alternativas emancipatórias, enfrentamento da vulnerabilidade social, defesa e afirmação de direitos, melhoria da qualidade de vida e integralidade, cuja amplitude pressupõe a articulação entre as diferentes políticas. Contudo, as estratégias previstas nos Planos, de Saúde e Assistência Social, permanecem focadas em ações que se restringem a um único setor.

Em algumas circunstâncias, a intersectorialidade é apontada como diretriz, no entanto, as ações e estratégias não trazem quaisquer outras menções à articulação intersectorial, revelando a ausência de conexão entre os diversos itens que os Planos comportam.

Foi identificado maior número de referências à intersectorialidade, ou a outros termos que a ela se associem, especialmente na atenção básica da saúde ou na proteção social básica da assistência social. Pressupõe-se que isso se deve ao fato de serem mencionadas também com maior frequência nos documentos legais e normativos das políticas e no desenho dos programas desse nível de atenção.

Além disso, evidenciou-se que os entrevistados, de todos os municípios, apontam que a intersectorialidade depende da vontade e decisão dos gestores das

pastas sobretudo, do gestor municipal. Dessa forma, afirmam que, se consistisse em uma direção da administração, haveria maiores possibilidades de se efetivar na prática dos seus formuladores. Portanto, compreendem que a intersetorialidade, desde a planificação que, além de uma questão técnica, consiste em uma decisão política.

Chama também a atenção a forma como ocorre o processo de planejamento nos municípios, em especial no que tange à compatibilidade entre os Planos das Políticas Setoriais e os Planos Plurianuais. Conforme depoimentos dos entrevistados, em pelo menos três dos oito Planos não há qualquer compatibilidade com o PPA, exceto por coincidência. Outros Planos foram elaborados a partir do que consta no PPA, tendo os atores das referidas políticas participado ou não de sua elaboração.

Houve, ainda, conforme se pode observar nas análises da planificação em cada um dos municípios, manifestações de reconhecimento da relevância da articulação das políticas no processo de planejamento. Contudo, revelam também que as demandas cotidianas, sobretudo as práticas burocráticas e gerenciais, absorvem os trabalhadores que, em número insuficiente, acabam por relegar o planejamento e a articulação intersetorial a um plano secundário.

Especialmente nos depoimentos dos entrevistados, verifica-se que os Planos de forma geral, são constituídos muito mais para cumprir exigências previstas nas normatizações ou nos programas aos quais os municípios aderem, do que como instrumento de orientação das políticas. Isso se faz notar especialmente na transcrição literal de fragmentos de textos das normativas e das diretrizes e metas previstas em Programas de outras esferas de governo.

A esse respeito, Campos (2013, p. 19) afirma:

[...] ainda pesa sobre nós a cultura do planejamento reativo ou mesmo o desapego pelo planejamento. [Os Planos] raramente são compreendidos como a materialização de compromissos políticos entre governos e sociedade. Em grande parte dos municípios não são referências valorizadas para a orientação cotidiana da gestão.

Portanto, a articulação no planejamento, seja entre as próprias políticas, seja entre as políticas e os demais instrumentos do planejamento público, coloca-se como um desafio que passa pelo preparo da equipe técnica e dos gestores públicos, tanto em relação à legislação pertinente a cada política, em particular, quanto à

administração pública de forma geral. Contudo, não se limita a estas questões técnicas. É preciso decisão dos agentes públicos envolvidos na gestão das políticas e dos municípios a fim de que seja reconhecido o importante papel dos Planos como instrumentos políticos, indispensáveis à gestão das políticas sociais, na perspectiva da universalidade e da integralidade da proteção social.

CAPÍTULO 5

A INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Neste capítulo são apresentados os resultados das análises voltados para apreender a interpretação que os diferentes atores fazem da intersectorialidade no processo de implementação das políticas municipais de saúde e assistência social, assim como das dificuldades e desafios enfrentados na articulação intersectorial. Portanto, trata do terceiro eixo de análise proposto, conforme apontado na introdução deste trabalho.

Nesta etapa da pesquisa, os dados foram coletados mediante a realização de grupos focais com os conselheiros municipais das respectivas políticas, sendo um em cada município.

A decisão de consultar os conselheiros se fundamenta na consideração de que, além de atuar na formulação e de deliberar sobre as prioridades da política à qual estão vinculados, compete aos conselhos acompanhar, avaliar, controlar e fiscalizar sua execução, a fim de propor diretrizes, estratégias e medidas, tendo em vista garantir a proteção social que deve ser assegurada por essas políticas.

Justifica-se, sobretudo, pelo fato de contemplarem em sua composição representantes dos diferentes segmentos envolvidos nas políticas: gestores, trabalhadores, prestadores de serviços/entidades e usuários, diversidade que, permite captar as diferentes opiniões a partir do lugar de onde falam.

A opção de utilizar o grupo focal como instrumento de coleta de dados se deve à compreensão de que, na interação grupal, é possível obter dados que dificilmente seriam produzidos fora do grupo. Concordando com Krueger (1988 apud CARLINI-COTRIM, 1996), a coleta de dados por meio de grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas o basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.

Foi previamente definido que os grupos seriam constituídos por um 1 representante de cada um dos 4 segmentos que constituem os conselhos: poder público municipal, trabalhadores do setor, prestadores de serviços/entidades e usuários, de cada uma das políticas, totalizando 8 participantes em cada grupo. Conforme orientação da pesquisadora, os participantes deveriam ser escolhidos pelos respectivos segmentos. Foi prevista a realização de um grupo focal em cada

município.

Antecedendo a realização dos grupos focais, a pesquisadora encaminhou ofícios para as Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde e Assistência Social dos Municípios, participou de reuniões ordinárias de alguns dos conselhos, manteve contatos telefônicos, a fim de prestar esclarecimentos em relação à pesquisa, solicitar a participação e proporcionar orientações quanto à indicação dos participantes. Contudo, nas datas de realização dos grupos focais, a presença não obedeceu totalmente às orientações. Respeitando e reconhecendo a disponibilidade, as entrevistas foram realizadas com aqueles que compareceram.

Foram realizados 4 (quatro) grupos focais, nos Municípios 1, 2, 3 e 4, que contaram, respectivamente com 5, 8, 6 e 7 participantes. Esses grupos tiveram, em média, 1h 40min. de duração, proporcionando uma riqueza de informações.

Os grupos foram realizados mediante roteiro (Apêndice B), contendo as principais questões norteadoras da investigação.

Antecedendo o início das atividades do grupo, os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) e disponibilizaram informações pessoais que, sistematizadas, demonstram o perfil desses participantes.

Do total de 26 participantes, 17 são membros de Conselhos de Saúde e 9 de Conselhos de Assistência Social, indicando que as respostas aos convites para a participação foram majoritariamente do conselho de saúde.

Do conjunto dos participantes, 18 são mulheres e 8 são homens e representam diferentes segmentos que compõem os conselhos municipais, conforme apresentado no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Participantes dos grupos focais, segundo o segmento que representam

Segmento	Nº de Conselheiros	Instituição/organização de origem
Poder Público/Gestor	09	06 representantes das secretarias de saúde e 03 representantes das secretarias de assistência social
Prestadores de Serviços/Entidades	04	03 representantes de entidades de assistência social na área de atendimento ao adolescente, 01 do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região
Trabalhadores das áreas/setores	08	02 representantes dos trabalhadores no CRESS, 03 do COREN, 02 do SINDSAÚDE/Pr, 01 CRO ⁶⁸
Usuários ou organização de usuários	05	03 representantes de igrejas (pastorais) e 02 associações comunitárias
Total	26	

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Quanto ao Quadro 1, vale mencionar um aspecto observado em relação à representação dos prestadores de serviços/entidades que contou com a menor número de participantes (04). Foram três entidades prestadoras de serviço na Política de Assistência Social e uma da Política de Saúde

A segunda menor participação foi do segmento dos usuários, provavelmente dado o horário de realização dos grupos focais que ocorreram no período diurno⁶⁹.

É importante destacar, também, que, dos cinco representantes de usuários (ou de organizações de usuários), quatro são do Conselho de Saúde. Portanto, contou-se com a participação de apenas um representante de usuários da Política de Assistência Social.

A esse respeito ressaltam-se dois aspectos que podem justificar essa

⁶⁸ Respectivamente, Conselho Regional de Serviço Social, Conselho Regional de Enfermagem, Sindicato dos Servidores Estaduais da Saúde do Estado do Paraná e Conselho Regional de Odontologia.

⁶⁹ Embora houvesse disposição da pesquisadora em realização em horário noturno, os demais representantes preferiram realiza-los nos horários “normais” de reunião dos conselhos. Estes horários “normais” tem se constituído uma das dificuldades para a participação dos representantes de organizações de usuários nas reuniões e outros eventos realizados pelos conselhos.

diferença numérica em relação aos usuários das duas políticas. O primeiro deles, se relaciona ao fato de, nos conselhos de saúde, a representação dos usuários ser paritária em relação aos demais segmentos (gestor, prestadores de serviços e trabalhadores do setor). De forma diferente, nos conselhos de assistência social, a paridade deve ser garantida entre poder público e sociedade civil, esta última contemplando as representações de prestadores de serviços, trabalhadores da área e usuários. Portanto, os usuários da política de assistência têm garantido espaços de participação nos conselhos significativamente menores, se comparado à política de saúde.

O outro aspecto diz respeito à invisibilidade política dos usuários da assistência social, decorrentes de uma concepção que historicamente predominou nessa área e que os colocou na condição de assistidos, desfavorecidos e necessitados⁷⁰. Essa condição ainda tem contribuído para sua reduzida presença nos espaços públicos de discussão da política.

Assim, os dois segmentos com maior número de participantes foram o do Poder Público/Gestor (9) e dos trabalhadores das áreas/setores (8).

Quanto ao tempo de atuação nos respectivos conselhos, as informações contidas no Quadro 2 revelam que a maioria (cerca de sessenta por cento) dos participantes exercem a função de conselheiros por mais de um mandato, considerando que o período de mandato desses órgãos colegiados é de dois anos.

Quadro 2 - Participantes dos grupos focais, segundo tempo de atuação no conselho

Tempo (anos)	Nº de Conselheiros
1 a 2 anos	10
3 a 5 anos	05
6 a 10 anos	08
+ de 10 anos	03
Total	26

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

⁷⁰ O protagonismo dos usuários constitui um dos desafios para a Política de Assistência Social e foi enfatizado na PNAS/2004, na VII Conferência de Assistência Social realizada em 2009, e motivo de deliberações do Conselho Nacional de Assistência (CNAS), dentre as quais citamos a Resolução nº 24/2006.

Pode-se também observar que há conselheiros que têm larga experiência na função, uma vez que mais de 40% deles já a exercem por mais de 6 anos (3 mandatos). Além disso, quinze deles declararam já terem participado de outros conselhos de políticas setoriais e/ou de direitos.

A idade dos entrevistados varia entre 32 e 68 anos, sendo a maior concentração (cerca de 35 por cento) entre 51 e 60 anos.

Das informações prestadas pelos participantes também foi possível identificar suas profissões/ocupações, conforme demonstrado no Quadro 3

Quadro 3 - Participantes dos grupos focais, segundo profissão/ocupação

Profissão/ocupação	Quantidade
Assistente Social	06
Enfermeira	04
Odontólogo	03
Aposentado	02
Professora	02
Pedagoga	01
Advogado	01
Administrador de Empresas	01
Técnico administrativo	01
Técnico em enfermagem	01
Técnico em gestão pública	01
Técnico em Vigilância Sanitária	01
Técnico em Mecânica	01
Não informou	01
Total	26

Fonte: Elaborado pela autora (2015).

Pode-se verificar que as profissões representadas com os maiores números de participantes são os assistentes sociais e enfermeiros, o que é coerente com o maior contingente de trabalhadores dessas categorias, respectivamente nas políticas de assistência social e saúde

Essas são, portanto, algumas informações que possibilitam a identificação de algumas características dos participantes.

Para a garantia do anonimato destes sujeitos, foram adotados códigos formados por CS ou CAS, que indica tratar-se de membro do Conselho de Saúde ou Assistência Social; M1, M2, M3 e M4, que designam o município de origem, e pelas letras G, T, P, ou U para indicar a origem de sua representação no conselho: **G**estão/Poder Público, **T**rabalhador da área, **P**restadores de Serviços ou **U**suários. Por exemplo, o código CSM2U indica tratar-se de participante que é membro do Conselho de Saúde do Município 2, representante da organização de usuários.

Isso posto, passa-se a análise e discussões do conteúdo obtido nos grupos focais, o que será realizado a partir dos seguintes subeixos: significado da intersectorialidade e sua relevância; a intersectorialidade na implementação das políticas; dificuldades para a efetivação da intersectorialidade; e requisitos e desafios para a intersectorialidade.

5.1 O SIGNIFICADO DA INTERSETORIALIDADE E SUA RELEVÂNCIA

Neste item aponta-se como a intersectorialidade é definida pelos participantes do estudo (conselheiros de saúde e da assistência social), assim como sua percepção a respeito da importância da adoção da perspectiva da intersectorialidade no âmbito da gestão das políticas sociais.

No conteúdo das falas dos participantes, foram identificadas diversas formas de interpretação da intersectorialidade. Dentre elas, aquelas que entendem a intersectorialidade como espaço de comunicação, diálogo e troca de informações sobre situações que envolvem a ação de mais de uma política ou setor. Conforme apontado pelos participantes, intersectorialidade

É conversar entre si, porque, no nosso caso, que a gente atende paciente, usuário do sistema de saúde, às vezes a gente conduz de um jeito e outra política está conduzindo de outro. Eu acho que a gente tem que conversar para decidir, para discutir qual é o melhor caminho para aquele caso. (CSM2G).

É uma forma de abordar um assunto com diversas entidades, diversos setores, diversos órgãos [...] é não tratar assuntos de forma fragmentada. (CSM2T).

É uma troca de informação que facilita a vida do cidadão. [...]. Do meu ponto de vista, uma das formas de você vencer obstáculos é somando força e esforços e você só consegue fazer isso quando tem aquela troca de informação, troca de experiências. (CSM3U).

Eu acho que, quando a gente fala de intersetorialidade, nós queremos falar sobre o diálogo entre os diversos setores. Como a política de assistência conversa com a política da saúde, conversa com a política de educação, como que acontece essa comunicação. [...]. Porque o foco também é o mesmo, são as famílias de um dado território. Mas, acontece essa conversa? (CSM4P).

Esses depoimentos, que se originam de conselheiros representantes dos quatro segmentos, indicam a compreensão de que os cidadãos usuários das diferentes políticas são os mesmos; por isso, o diálogo, a troca de informações, a “conversa” permitem a articulação dos saberes e experiências acumuladas em cada uma das áreas, assim como a construção de soluções de forma integrada.

Essa é a direção registrada por Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), ao afirmarem que

A intersetorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas [...]. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, [...]. (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 24).

Os impactos nas condições de vida da população, resultantes da articulação de saberes e informações e da troca de experiências, também são apontados pelo CSM3U quando se refere a “*facilitar a vida do cidadão*”.

Isso pode ser também verificado no depoimento de CSM4P, quando menciona à noção de território, permitindo supor que está se referindo à comunicação e ao diálogo que devem ocorrer no espaço local, no âmbito da área de atuação da Unidade de Saúde, do CRAS, da escola. Para Koga (2003) e Sposati (2006), a perspectiva de atuação territorial demanda a intersetorialidade, a articulação entre as políticas, uma vez que o conjunto das ações se dirigem aos mesmos indivíduos, mesmas famílias, à mesma realidade.

Koga (2003) ressalta, ainda, a importância de ações totalizantes no enfrentamento da totalidade do cotidiano, o que exige interdependência entre as políticas setoriais.

A ideia de totalidade também desponta no depoimento de um dos conselheiros, contudo, relacionada à indivisibilidade dos indivíduos/cidadãos.

O cidadão quebra a perna, mas aquele indivíduo que está ali tem “n” problemas não é só a perna. [...]. O indivíduo é um todo e se você não

consegue reconhecer isso, não consegue resolver ou suprir a necessidade dele de forma efetiva. Então é aí que eu acho que entra todos os outros profissionais e setores envolvidos. (CSM3G).

Assim, é no compartilhamento de informações e responsabilidades que podem ser encontradas alternativas para a apreensão do cidadão na integralidade de suas necessidades. Como apontam Mioto e Nogueira (2009), a intersectorialidade constituiu um dos pilares da integralidade.

Compreendida nessa perspectiva da articulação de saberes e experiências, a intersectorialidade é considerada fundamental para se obter melhores resultados na gestão das políticas sociais. Nessa direção, a intersectorialidade implica em comunicação e diálogo como forma de identificar demandas dos cidadãos, tendo em vista a eficiência e eficácia, ou seja, como forma de potencialização das ações e dos resultados.

Tem que ter essa comunicação. Como uma política vai trabalhar sozinha? Não vai ter resultado trabalhando sozinha. (CASM4T).

A importância da intersectorialidade, no sentido do diálogo entre os setores, da conversa entre os setores é porque o conhecimento que o outro tem eu não tenho e o que eu tenho ele não tem. Daí a importância de sentar junto, de conversar, de planejar, junto, aqueles serviços, aqueles programas, aqueles projetos que dizem respeito a várias políticas. Porque uma andorinha sozinha não faz verão. [...] a importância da intersectorialidade seria essa conversa, esse diálogo entre os setores para construir uma política pública mais eficaz. (CASM2G).

Ninguém consegue sozinho. Vai focar saúde se a gente depende da assistência, depende da educação? Sozinho é complicado. [...] Acho que a chance de a gente ter um melhor resultado depende dessa comunicação dos setores. (CSM3U).

Importa, contudo, destacar que, no conjunto das necessidades e demandas sociais, cada política atua sobre um recorte, o que lhe confere o caráter setorial. Isso exige um conjunto de conhecimentos, estratégias e ações que constituem as particularidades, ou especificidades, de cada uma dessas políticas e que implicam na responsabilidade por determinados direitos sociais que devem ser garantidos aos cidadãos. Conforme apontam os depoimentos a seguir, é preciso que os atores envolvidos nas políticas tenham claras as suas especificidades. Assim, mediante a comunicação, o diálogo, a articulação de conhecimentos e saberes específicos podem ser construídas estratégias para intervenção nas demandas que chegam aos serviços.

A intersetorialidade é muito importante, mas às vezes a gente tem dificuldade de assumir o que é de cada política [...] e leva o usuário a passar por situações que não precisa – repassar a história várias vezes e isso não é necessário. Essa comunicação e essa conversa é importante porque ela vai levar também cada um a assumir a sua responsabilidade como política. A gente também não pode esquecer que tem coisas que são do âmbito da política de assistência, tem coisas que são do âmbito da educação, tem coisas que são coisas do âmbito da política de saúde. (CASM2G).

Eu entendo de uma forma que cada setor contribui com aquilo que lhe é específico, que tem o conhecimento maior, e de uma forma articulada. Não em lógica de encaminhamento, porque tem muita gente que pensa em intersetorialidade assim: eu não consigo atender na assistência social, então eu encaminho pra lá e fica os dois setores atendendo a mesma questão, mas sem a comunicação entre eles. O benefício é quando as políticas sentam e discutem o que é melhor e traçam juntas aquilo que são as condutas a serem tomadas. (CSM2G).

É cada um fazer sua parte, aquilo que é dela, mas tem que se juntar naquilo que é de todas. [...]. Eu acho que iria facilitar sim. Iria acabar com esse jogo de empurra-empurra (CASM1G).

Esses depoimentos, que procedem de representantes da gestão de ambas as políticas, sinalizam a necessidade de transcendência das especificidades, do escopo de cada uma das políticas, trazendo uma visão de complementaridade entre os setores.

A fala do CSM2G ressalta, entretanto, que a intersetorialidade não se confunde com a lógica de encaminhamentos, especialmente quando estes têm o propósito de desresponsabilização dos setores por determinadas demandas para as quais se sentem incapazes de encontrar soluções.

Nos termos colocados por CASM1G, a articulação intersetorial “*Iria acabar com esse jogo de empurra-empurra*”. Ou seja, sinaliza o reconhecimento de que os usuários dos serviços providos pelas diferentes políticas são cidadãos de direitos legalmente constituídos, cabendo aos poderes públicos, nas suas diversas esferas, sua efetivação, mediante serviços públicos de qualidade e resolutivos.

Os depoimentos reforçam também a ideia de que a desarticulação expõe a população usuária das políticas sociais ao paralelismo de ações e à ausência de resultados no atendimento de suas demandas. Além disso, corroboram o apontado por Andrade (2006), Sposati (2006), Monnerat e Souza (2014), que a ação intersetorial não elimina a importância de espaços que são específicos das políticas setoriais. Ao contrário, o sucesso da proposta de ação governamental organizada com base no paradigma intersetorial está condicionado ao bom desempenho interno de cada área, “que assim consegue identificar suas fragilidades e lacunas para o

enfrentamento matricial dos problemas complexos que se apresentam e exigem a parceria com outros setores para o seu enfrentamento”. (MONNERAT; SOUZA, 2014, p. 49).

A intersetorialidade é também compreendida pelos participantes como “união”, como “cooperação” entre os setores para o alcance de objetivos comuns.

É tipo uma união entre os setores. Até um dos cursos que eu tive já falaram que nunca é para fazer nada sozinho, para não se desfortificar. Quando for fazer alguma coisa, reúnam vários membros para atingir um alvo. (CSM1U).

Tem certos casos que um departamento não consegue chegar lá, só um departamento não consegue resolver o problema. Ai o outro entra e um ajuda o outro. (CASM1T).

É a interação dos departamentos. É integrar. Um ajudar o outro, um trabalhar junto com o outro para atingir um objetivo comum. (CSM1G).

Nessa vertente, as diferentes políticas setoriais compartilham objetivos que são convergentes, o que se supõe ser a qualidade de vida da população⁷¹, e que, a medida que se articulam e se integram, também se ampliam as possibilidades de serem alcançados. É o que Sposati (2006, p. 140) aponta como “princípio da convergência”, definido como “o pacto de uma ação coletiva, integrada para um objetivo”.

Associada à noção de “cooperação”, de “união”, a intersetorialidade é compreendida como complementaridade entre os setores, trazendo a ideia de “força” para o alcance de objetivos comuns.

Os entrevistados ressaltam a importância da ação intersetorial principalmente, quando envolve situações de múltiplas determinações e dimensões. Portanto, trazendo a noção de complexidade da realidade e das demandas.

Quando a gente se depara com as vulnerabilidades, o que a gente pode fazer é muito pequeno diante daquilo que precisa ser estruturado para aquele usuário, para aquela família, grupos de usuários ou para aquela população. A gente entende que isso exige um trabalho intersetorial, mas parece que aquilo está dentro da nossa cabeça, na nossa política, na cabeça de quem trabalha na assistência social. Porque a gente sabe que só vai conseguir romper com essa vulnerabilidade, se a gente conseguir trabalhar aquela população em todas as suas demandas. [...] A gente precisa pensar nas ações e quando a gente pensa nelas a gente percebe que elas não são só nossas. (CASM2G).

⁷¹ Conforme descrito na PNAS/2004, “o objeto da ação pública, buscando garantir a qualidade de vida da população, extravasa os recortes setoriais em que tradicionalmente se fragmentaram as políticas sociais [...]. (BRASIL, 2004b, p. 37).

A família que está em situação de vulnerabilidade, ela não está em situação de vulnerabilidade só de alimentação, só de ações da assistência social. Ela também está vulnerável porque não tem acesso às ações de saúde, de trabalho, de educação. (CASM2T).

Há, nesses depoimentos, a percepção de que as situações de vulnerabilidade e riscos exigem abordagens mais abrangentes como forma de atuar sobre as condições que as produzem. Assim, a articulação intersetorial é requerida pela complexidade da realidade social e das demandas e apresentada como alternativa para a superação dessas situações, como uma possibilidade de obtenção de resultados que, efetivamente, promovam impactos nas condições de vida da população.

Trabalhando em parceria teria melhores resultados. Nós trabalhamos sempre com os mesmos usuários, em cidade pequena é mais ainda. (CSM1T).

Traria melhores resultados (CSM1U).

A família, os usuários são os mesmos. [...] bastante gente pensando vai ter uma solução melhor. (CASM1G).

A questão da integração atinge também a resolutividade. (CSM3T).

Sem essa integração as coisas realmente não funcionam. Sozinhos não vão conseguir fazer um trabalho diferente e levar alguma coisa para a população, por isso tem que trabalhar realmente integrados. (CSM3U).

Esses depoimentos reforçam a compreensão de que as necessidades dos cidadãos, assim como seus direitos, são indivisíveis, e que a intersetorialidade amplia a possibilidade de um atendimento menos compartimentado aos cidadãos que dela se utilizam. (COUTO et al., 2014).

Especialmente na fala do CSM1T, portanto, um trabalhador da Política de Saúde, de um pequeno município, há o reconhecimento de que, na realidade concreta, de um território específico, as ações das diferentes políticas incidem sobre as mesmas pessoas.

Esse depoimento assinala a importância da intersetorialidade como requisito para a atenção integral dos cidadãos. Como aponta Koga (2003), é pela perspectiva intersetorial que podem ser mobilizados recursos e potencialidades locais.

Por fim, os participantes do estudo associam a intersetorialidade ao trabalho em rede, apontando os vínculos de interdependência, de agregação, de articulação entre os setores.

Eu percebo a intersetorialidade mais como uma questão de trabalho em rede. (CASM2P).

A intersetorialidade é o trabalho em rede. O trabalho em rede é o quê? Trabalhar a mesma pessoa em todos os setores. [...] o trabalho como rede, mas todo mundo saber, na troca de informação entre os setores e a rede. (CASM2U).

A gente tem que trabalhar em rede, unidos, ajudando o outro. (CASM1T).

A questão da intersetorialidade é a questão da articulação em rede. Então nessa articulação quem ganha é o usuário. (CASM4G).

As redes a que se referem são as intersetoriais, entendidas como aquelas que articulam o conjunto de serviços das diferentes políticas tendo em vista a priorização do atendimento integral às necessidades dos usuários das políticas.

O depoimento a seguir sintetiza a concepção de intersetorialidade apontada pelos participantes. Ao mesmo tempo, indica onde tem ocorrido, de alguma forma, a articulação entre as políticas.

Na verdade, é assim: a intersetorialidade é tudo isso que já foi falado, a conversa entre as políticas, é o compartilhamento das informações. É trabalho em rede e ela tem acontecido sim a nível micro, mas em uma conversa com o Secretário de Saúde, nós percebemos que na gestão não há. Existe uma conversa particular de CRAS, CREAS, UBS que é muito importante e o trabalho avança muito, mas na gestão não. [...] não que a gente seja contrário, na verdade nós somos amigos, mas não existe a conversa da gestão, da direção. Não existe diálogo. (CASM4G).

É importante destacar que se trata do gestor da Política de Assistência Social, que reconhece que a articulação se dá nos serviços, pelos agentes operadores da política, no âmbito dos territórios. Portanto, as redes se configuram como arranjos locais, como forma de enfrentamento da fragmentação das ações, decorrentes da desarticulação entre as políticas.

Contudo, não pode se limitar ao nível local. É necessário que o nível de decisão central também estabeleça diálogos e articulações para que se estruture e se fortaleça a articulação intersetorial como uma estratégia de gestão.

Diante do exposto, nos depoimentos relacionados à concepção intersetorialidade, pode-se identificar que, conceitualmente, os entrevistados compreendem a intersetorialidade e os benefícios que ela pode proporcionar, tanto em relação à organização dos serviços, quanto para os seus usuários. Pressupõem, sobretudo, que a articulação entre os setores amplia a capacidade de interferência sobre os problemas e o desempenho das políticas setoriais.

Essas concepções, expressas nos depoimentos dos gestores, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários, trazem referências às categorias de análise propostas no Capítulo 2 deste trabalho, quais sejam: a setorialidade, a integralidade e complexidade, inclusive com associações às noções de território e de redes.

5.2 A INTERSETORIALIDADE NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS

Em seguida às reflexões a respeito do significado da intersetorialidade, os participantes foram estimulados a identificar e relatar as ações intersetoriais existentes nos municípios e, como se poderá observar, foram apontados, de forma especial, os programas criados pelas demais esferas de governo. Entre eles estão: Programa Bolsa Família (PBF), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa Família Paranaense, Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico (PRONATEC), Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O Bolsa Família é identificado como um programa de caráter intersetorial, desenvolvido nos municípios. Importa resgatar que esse Programa, considerado o “carro-chefe” nos governos Lula e Dilma, é estruturado a partir de três eixos principais: a transferência de renda, as condicionalidades e os programas complementares.

As condicionalidades envolvem, de forma direta, as políticas de assistência social, saúde e educação. Conforme disposto na Lei 10.836/2004 (BRASIL, 2004a), que o instituiu, a concessão do benefício depende do cumprimento de condições relacionadas ao exame pré-natal, acompanhamento nutricional e de saúde de gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes e à frequência escolar de crianças e adolescentes em estabelecimento de ensino regular. Os programas complementares visam ao desenvolvimento de ações que possam contribuir para a superação de situações de vulnerabilidades das famílias beneficiárias. (BRASIL, 2004a).

Embora haja responsabilidades que são partilhadas pelas três esferas de governo, a implementação do Programa constitui uma atribuição direta dos municípios, aos quais competem, especialmente, a oferta de serviços para o cumprimento das condicionalidades e o desenvolvimento de programas complementares. Isso requer integração e articulação dos setores envolvidos, na

perspectiva da intersetorialidade.

Contudo, os participantes do estudo, especialmente no M2 e M3, indicam que a perspectiva intersetorial não tem sido incorporada na gestão do programa, conforme expresso nos seguintes depoimentos:

Eu não sei se chega a ser uma ação intersetorial. Eu penso que seja até um pouco fragmentada porque cada setor está fazendo a sua parte, mas não vejo esses setores sentando e conversando juntos para elaborar alguma estratégia. [...]. É cada um fazendo a sua parte. (CSM2T).

Eu vejo assim: os três setores estão envolvidos [...], porém, não é “inter”, porque elas não conversam para fazer a ação. [...]. Pelo menos na saúde a gente nunca teve. A gente recebe aquelas planilhas, por exemplo do bolsa família, mas a gente vai fazer a nossa parte. Não tem nenhuma reunião, nenhuma discussão de falar sobre aquelas famílias. (CSM2G).

A educação faz o controle das frequências e tem a saúde que faz a questão da pesagem, mas cada um faz o seu trabalho. É aquilo ali e mais nada. (CASM2T).

No próprio Bolsa Família, a gente trabalha com a parte mais de pesagem, do acompanhamento de saúde. A parte da assistência a gente não tem conhecimento [...]. (CSM4T).

O que se constata é que o Bolsa Família, em sua concepção, pressupõe a articulação e integração, notadamente, das políticas de assistência social, saúde e educação e, conforme apontado por Monnerat e Souza (2011), é dependente das capacidades de diálogo entre esses setores. Contudo, embora os participantes do estudo o identifiquem como ação intersetorial desenvolvida nestes municípios, afirmam que, nesses mesmos municípios, a pretendida intersetorialidade não tem se concretizado.

Outra experiência reconhecida como de caráter intersetorial, também no M2, se refere ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI⁷², que, gerido pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, visa proteger e retirar crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos da prática do trabalho precoce. (BRASIL, 2016).

⁷²Foi criado pelo Governo Federal em 1996, sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS), do então Ministério da Previdência e Assistência Social, com o apoio da Organização Internacional do Trabalho (OIT). A partir de 2005 foi integrado ao Programa Bolsa Família. Em 2011, por meio do Art. 24-c da Lei 12.435, foi inserido na LOAS como um Programa de caráter intersetorial, integrante da Política de Assistência Social, no âmbito do SUAS, compreendendo transferências de renda, trabalho social com famílias e oferta de serviços socioeducativos para crianças e adolescentes que se encontram em situação de trabalho (BRASIL, 2012a).

Previstas desde a sua criação, no âmbito dos municípios, são instituídas comissões com o objetivo de contribuir na implantação e implementação do Programa, prevendo-se que, em sua composição, além dos órgãos de fiscalização e de defesa dos direitos da criança e do adolescente, fossem contemplados os órgãos gestores das áreas de assistência social, saúde, educação e trabalho.

De acordo com o entrevistado que o apontou, esse programa configurou-se, na prática, como ação que promoveu e vem promovendo a articulação e integração entre os diversos órgãos e setores de políticas públicas, conforme pode ser observado.

Uma ação que eu posso dizer que, na verdade, é uma ação intersetorial é o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, onde houve o envolvimento do Ministério Público do Trabalho, da Procuradoria Regional do Trabalho, do Conselho Tutelar e também a Superintendência Regional do Trabalho. [...]. Então, dentro desse Programa de Erradicação do Trabalho Infantil houve uma intersetorialidade, porque o pessoal viu que precisa ter a ação do Ministério Público, da Superintendência do Trabalho. Então fizeram uma ação conjunta para o combate do trabalho infantil. Eu acho que foi uma ação exitosa, achei bacana! (CSM2T).

A Estratégia Saúde da Família, criado em 1994, tendo em vista promover mudança no modelo de assistência à saúde, a partir de uma lógica centrada nas famílias e nos problemas identificados em determinados territórios, foi citada por um dos participantes do M4.

Acho que, na própria Estratégia da Saúde da Família, existe a intersetorialidade. Quando houve a territorialização da saúde da família, às vezes o paciente que é de outra área vinha para uma determinada unidade e perguntavam para ele: onde o senhor mora? Ele respondia: eu moro na rua tal, no bairro tal. Aí ele ouvia: aqui não é a UBS do senhor, vai lá na UBS tal. E ele argumentava, mas eu estou aqui próximo. E o funcionário respondia: não o senhor vai lá para ser atendido. O paciente não se dá conta, ele deveria falar assim: olha, eu sou um usuário do SUS e tenho o direito de ser atendido aqui.[...]. Então, ele está mesmo fatiado. (CSM4G).

No conteúdo desse depoimento verifica-se que houve apenas a referência à ESF como uma ação de caráter intersetorial, porém não explicitou a forma como isso ocorre no município. Na sequência desta constatação, aponta para os efeitos do processo de territorialização⁷³ ocorrido a partir da implantação do ESF que, na sua

⁷³Considerada um dos pressupostos da ESF, a territorialização constitui instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, a partir da definição de uma base territorial previamente delimitada. (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

percepção, promoveu a fragmentação do usuário dentro do próprio setor.

Como já apontado nas discussões a respeito da planificação da Política de Assistência Social, o Programa Família Paranaense é também uma ação intersetorial identificada pelos participantes no âmbito dos municípios.

O Programa é considerado como um “novo modelo” de articulação intersetorial, conforme relatos do conselheiro da assistência social.

Nós tivemos experiência agora com o Família Paranaense que é um programa do Estado e tem como princípio a intersetorialidade, que é trabalhar em outros setores, né? Essas famílias migram do CADÚNICO. O Estado fez essa análise e elencou algumas famílias como as mais vulneráveis, tem uma lista, e o município tem que trabalhar com elas. A gente começou a trabalhar com 80 famílias. Esse trabalho tem que ser todo intersetorial. Tem um plano que você faz com a família e tem as ações que cada setor vai propor para trabalhar com aquela família. Tem as ações que a saúde vai propor, que a educação vai propor, que a assistência vai propor e que se reúnem. São comitês locais, tem o comitê estadual, regional, municipal e os comitês locais. (CASM2G).

Contudo, apesar de inicialmente demonstrar entusiasmo com o Programa, o entrevistado assume posição, já apresentada nas discussões relacionadas a outros programas federais, a respeito da dificuldade de promover a articulação entre os setores de políticas públicas, embora esteja contemplada no formato do Programa.

Embora seja um programa municipal, quem faz a adesão a ele é o prefeito, não é a secretaria de assistência social, é o município que adere ao programa, mas fica muito a cargo da assistência essa questão de gerenciar, de buscar e de chamar e de trazer as políticas. Mas as políticas têm dificuldade de entender essa questão de proteção integral. Embora todo mundo fale de proteção integral – a saúde fala de proteção integral, a assistência fala de proteção integral, mas, na hora de trabalhar essa proteção integral, cada um trabalha no seu quadrado. (CASM2G).

Aponta, ainda, que a integralidade tem sido enfatizada nos discursos dos atores das diferentes políticas, destacando saúde, assistência e educação, mas que, efetivamente, não se materializa no cotidiano dos serviços. Esta posição é compartilhada por representante da gestão no M1 que, tratando especialmente dos comitês locais, enfatiza: “*não consegue juntar. Não consegue. Tem [articulação intersetorial], mas só no papel*”. (CASM1G).

Pode-se constatar que, mesmo se apresentando como uma “nova proposta”, o Programa Família Paranaense, assim como verificado na execução dos demais programas com desenhos intersetoriais, a articulação intersetorial, no âmbito da

implementação das políticas, ainda constitui um desafio, o que será discutido nos momentos seguintes.

São, ainda, mencionadas como experiências intersetoriais, particularmente no M2, as reuniões realizadas entre a Política de Assistência Social e a agência do INSS para o estabelecimento de protocolos em relação ao Benefício de Prestação Continuada e a realização de cursos do PRONATEC em parceria com a Agência do Trabalhador.

Dessa forma, o que se faz notar quanto às articulações intersetoriais até aqui mencionadas é que, além de fazerem referência especialmente a Programas de outras esferas de governo, estão em sua maioria, relacionados diretamente à Política de Assistência Social.

Esse aspecto foi também apontado pelos participantes, conforme se poderá observar nas falas a seguir.

A gente entende que isso exige um trabalho intersetorial, mas parece que aquilo está dentro da nossa cabeça, na nossa política, na cabeça de quem trabalha na assistência social. (CASM2T).

[...] tenho percebido que quem tem promovido a intersetorialidade é a assistência e não dá só para a assistência ficar puxando esse trabalho de rede, não pode ficar só a assistência puxando esses encontros, só para a assistência trabalhar a promoção. Eu acho que a saúde a educação, também têm que entender a intersetorialidade.(CSM4P).

O CRAS, o CREAS buscam mesmo. São eles que convocam, são eles que chamam e a gente da educação, da saúde também, pois a gente não sente essa necessidade, infelizmente. [...] A gente ainda está trabalhando como bombeiro, apagando fogo. (CSM4T).

É importante destacar que a primeira fala procede de um trabalhador da Política de Assistência Social que manifesta a percepção de que os outros setores não estariam preocupados com a articulação intersetorial. Contudo, os outros dois depoimentos são de prestador e trabalhador da Política de Saúde, que expressam o reconhecimento do protagonismo da Assistência Social em relação à intersetorialidade.

Essas opiniões confirmam as reflexões feitas por Monnerat e Souza (2011) e Pereira (2004) de que a Política de Assistência Social tem, por natureza, um propósito intersetorial, o que propicia maior clareza entre os gestores e trabalhadores dessa política sobre a importância do estabelecimento de estratégias de intervenção integrada e articulada com os diferentes setores de políticas públicas.

Importa, ainda, ressaltar que, embora as experiências de articulação intersetorial sejam relacionadas, majoritariamente, aos programas das esferas nacional e estadual, foram também mencionadas, no grupo focal do Município 3, outras iniciativas de intervenções articuladas.

Entre elas, encontram-se ações de combate à dengue, apontando para a articulação ocorrida dentro do setor saúde e com a sociedade, tendo em vista a mobilização no enfrentamento coletivo de uma situação de risco à saúde e, um projeto habitacional em uma localidade constituída por sub-habitações em que, dada a complexidade dos fatores envolvidos nesse processo, houve uma atuação articulada das diferentes secretarias, especialmente da assistência social e saúde.

Foi também citada a realização de um curso/projeto de integração entre as secretarias do município. *“Teve um curso aqui ou foi um projeto, nem me lembro o nome, que integrava todas as secretarias, alguma coisa assim, foi muito interessante isso aí. A gente ia para todas as secretarias”*. (CSM3G).

Embora considerado “interessante”, não acrescentou outras informações que permitissem conhecer os desdobramentos desse projeto.

Por fim, ainda no M3, foi apontada a articulação na construção do Plano Decenal dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente. Porém, antes de discutir sobre isso, é importante registrar que, em dezembro de 2014, o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) publicou a Resolução 171, estabelecendo parâmetros para discussão, formulação e deliberação dos Planos Decenais dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente em âmbito estadual, distrital e municipal, com prazo até 3 de dezembro de 2016, para as esferas municipais. Uma das disposições dessa Resolução determina a constituição de uma Comissão Intersetorial com a atribuição primeira de definir plano de atividades para discussão e elaboração do plano decenal, bem como elaborar a proposta do plano decenal dos direitos humanos de crianças e adolescentes no seu âmbito de atuação. (BRASIL, 2014). Portanto, no período da coleta de dados, o município se encontrava neste processo de elaboração, o que foi relatado pelos entrevistados CASM3G e CSM3G.

Um exemplo é o Plano Decenal da Criança e do Adolescente. O jeito que estão fazendo é fantástico. Estão juntos a saúde, a educação, os conselhos, e o que está acontecendo hoje? Estão todos reunidos pensando, por exemplo, levantando os casos de trabalho infantil. Estão fazendo um diagnóstico. Este grupo está trabalhando junto. Essa é a base para a

construção do Plano Decenal. Estão todas as áreas juntas: saúde, esporte, educação, cultura, assistência social, tudo que envolve o adolescente, mas quem puxou? A assistência social. (CASM3G).

Está acontecendo no Paraná a elaboração do Plano Decenal da criança e do adolescente, eu estou participando do grupo de trabalho, pelo município, como conselheira e o grupo da cidade está de dar orgulho. (CSM3G).

Como se pode constatar nesses depoimentos de representantes da gestão da assistência social e da saúde, a elaboração conjunta desse Plano tem sido considerada uma experiência muito positiva no município. Especialmente na fala do CASM3G, destaca-se um aspecto relevante na construção do Plano: a articulação entre os setores deve se dar no início, no processo de planejamento, sobretudo, no momento do diagnóstico. Ao concluir seu depoimento, o mesmo entrevistado traz novamente à tona a protagonismo que a Política de Assistência Social exerce na articulação intersetorial.

Concluindo este subeixo, o que pode constatar é que, de forma geral, tratam-se de ações pontuais, não obstante revelem esboços de articulações intersetoriais. Verifica-se também que não se estabelecem relações entre essas experiências e iniciativas e as ações previstas nos Planos de Saúde e Assistência Social dos municípios.

Embora a intersetorialidade esteja contida nas normatizações das políticas, no formato dos programas federais e estadual, e de haver entre os participantes uma apreensão de seu conceito e dos benefícios que ela possa trazer tanto na organização dos serviços quanto no atendimento dos cidadãos em sua integralidade, a intersetorialidade não tem se materializado no cotidiano da implementação das políticas. Portanto, ficam as indagações: Por que ela não se materializa? Que fatores têm constituído obstáculos para a sua efetivação?

É a respeito dessas dificuldades, consideradas a partir da perspectiva dos participantes do estudo, que se pretende refletir na sequência.

5.3 DIFICULDADES NA EFETIVAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE

Estimulados a falarem sobre as dificuldades, os sujeitos trazem um conjunto de questões que, de forma direta e indireta, acabam comprometendo a construção da intersetorialidade, considerando suas posições de gestores, prestadores de

serviços, trabalhadores e usuários das políticas de saúde e assistência social.

Inicialmente é preciso registrar que há participantes que entendem que as dificuldades para a efetivação da intersetorialidade decorrem de condições geradas pelos próprios trabalhadores das políticas, seja por seu despreparo, seja por sua falta de informação ou de compromisso. Isso pode ser observado especialmente nos seguintes depoimentos.

Às vezes é a posição do profissional. O profissional impede também essa articulação. [...] se a política fala que tem que ter, então é a posição do profissional que impede essa articulação. (CASM4G).

É que há muita falta de compromissos de quem está lá trabalhando nos programas. Por quê? As pessoas falam assim: eu faço a minha parte e se ele não fizer a dele tudo bem, se eu fiz a minha. Então, fica um individualismo assim: se eu conseguir uma coisa boa “eu cheguei lá”, agora, o outro não fez e foi culpa dele. Para mim, o que mais fica aí é que há uma falta de compromisso. (CSM2U).

As pessoas estão preocupadas em fazer o mínimo de trabalho possível, ali na sua função, sem ter que pensar em coisas novas, em melhorar o serviço, né? Quando a [referindo-se a outra participante] falou da política, do Programa Família Paranaense, ficou como se a assistência social tivesse um programa, querendo impor um programa, querendo empurrar, desculpe o termo, mas foi isso, empurrar para as outras políticas e aí as pessoas não se sentem comprometidas com aquilo. Se tem a reunião, ela até vai, ela ouve, mas depois ela não dá continuidade porque ela não tem um compromisso. As pessoas não enxergam a “inter” como uma coisa construtiva. É como se fosse aumentar o serviço, e “por que eu quero que aumente o que já tem para fazer”? (CSM2G)

O descaso, a pouca vontade, a falta de disponibilidade das pessoas, o individualismo. [...]. Eu acho que a gente tem que se abrir para coisas diferentes. (CSM3U).

Nos enclausuramos em uma redoma e achamos que é nosso e pronto, acabou. O problema do outro é dele e pronto acabou. A falha maior é nossa. (CSM3U).

É importante observar que estes posicionamentos são provenientes de representantes da gestão (por vezes os próprios gestores das políticas) e de representantes dos usuários dos Municípios 2, 3, e 4.

A responsabilidade pela inexistência da articulação entre os setores recai sobre os trabalhadores que, supostamente, não querem, não se interessam, “não têm compromissos”.

Dessa forma, desconsideram a precariedade das condições objetivas de trabalho e os fatores estruturais, conjunturais presentes no cotidiano dos serviços e colocam como uma questão de decisão dos trabalhadores. Entre esses outros

motivos, estão aqueles ainda apontados nos seguintes depoimentos, especialmente do M2.

Eu penso que realmente nos falta Know-how. Nós não temos histórico de trabalharmos dessa forma [intersectorialmente]. Acho que o nosso histórico sempre foi de um trabalho fragmentado. (CSM2T).

[...] é uma coisa histórica e cultural [...]. Eu acho que existe um preconceito muito grande, não sei se é preconceito ou um estigma, mas as pessoas encaram mal a questão de conversar. Acham que isso não é importante. Eles [gestores, chefias] querem números, né? Quantas pessoas você vai atender [...]. Aí as outras pessoas [trabalhadores] acham mais fácil cada um trabalhar no seu cantinho, sem ter que envolver. (CASM2G).

Os depoimentos indicam que a dificuldade não reside na falta de compromisso, mas, sobretudo, na falta de conhecimento e compreensão de como trabalhar de forma intersectorial. Por outro lado, indicam que o desempenho dos trabalhadores tem sido avaliado pela quantidade de atendimentos realizados e não por sua qualidade. Assim, o foco nas próprias atividades pode conduzir a maior eficiência.

Desta forma, o desconhecimento, a falta de compreensão dessa nova lógica, somados às condições de trabalho, com sobrecarga aos poucos profissionais, podem gerar apatia e indiferença em relação aos novos processos de trabalho impostos pela gestão intersectorial.

É com base nessas considerações que a formação dos trabalhadores das políticas sociais é apontada como uma das maiores dificuldades na efetivação da intersectorialidade.

O profissional não sai da universidade, da faculdade, com essa formação para atuar intersectorialmente; ele não sai com uma visão ampla, ele sai focado no trabalho dele. Eu sou profissional de odontologia, eu saio focado em procurar cárie, focado na questão dentária. O médico sai focado em doença, não sai focado em trabalho social, em outra disciplina. A formação é o maior problema. Aí você pega uma empresa pública, como a Autarquia de Saúde, e faz um concurso público e não tem como você medir nesse concurso se aquela pessoa tem afinidade com aquele tipo de trabalho, para trabalhar em grupo no PSF, por exemplo. Então não tem como medir isso. Você tem ótimos profissionais, mas você tem profissionais que não se enquadram no tipo de trabalho que você tem que prestar para a população, um tipo de serviço que tem que ser prestado. Trabalhando assim, separado, a gente não vai causar impacto algum nas condições de vida da população. A formação profissional hoje já é assim egoísta, para você que é novo entrar no mercado de trabalho, tem que ser o melhor e danem-se os outros. É você no mercado de trabalho. Hoje, isso é muito agressivo. A globalização torna as pessoas agressivas. Você quer se formar, quer

ganhar dinheiro e não está nem aí para o social. Você quer que se dane. (CSM4G).

Realmente, no nível superior, talvez tivesse que mudar a grade curricular, tudo é muito técnico hoje. Mudar a grade lá em cima, dos cursos mesmo. A formação tem que ser voltada para essa nova lógica, que é o que o Ministério da Saúde, que o governo preconiza. [...] (CSM4T).

A esse respeito, importa, inicialmente esclarecer que não são os governos ou os órgãos responsáveis pela coordenação das políticas em nível federal que preconizam esta “nova” forma de gestão intersetorial. Ela resulta dos princípios constitucionais de universalidade, de integralidade, de equidade, assegurados mediante a luta de trabalhadores, gestores e da sociedade como um todo, no processo constituinte e na regulamentação das diferentes políticas sociais, notadamente, da saúde e da assistência social.

Em segundo lugar, destaca-se que, a partir das inovações trazidas pela Constituição Federal de 1988, em relação à gestão das políticas sociais, a questão da formação e da qualificação dos trabalhadores para atuar na lógica da democratização e garantia de direitos tem se constituído um dos grandes desafios. Isso tem suscitado discussões e a definição de estratégias que possam contribuir para a qualificação e valorização dos trabalhadores.

Não obstante outras estratégias, o que se quer destacar, aqui, é a Política de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente do SUAS (PNEP/SUAS), instituídas, respectivamente, nos anos de 2004⁷⁴ e 2009. De forma geral, essas apontaram a necessária formação e o desenvolvimento técnico e político dos trabalhadores, de modo a qualificá-los para uma atuação compatível com as exigências requeridas pelo SUS e SUAS, entre elas, a perspectiva da intersetorialidade.

Conforme descrito no texto da PNEP/SUAS (BRASIL, 2013, p. 30),

[...] a Educação Permanente no SUAS deve buscar não apenas desenvolver habilidades específicas, mas problematizar os pressupostos e os contextos dos processos de trabalho e das práticas profissionais realmente existentes. Via pela qual se buscará desenvolver a capacidade crítica, a autonomia e a responsabilização das equipes de trabalho para a construção de soluções compartilhadas, visando às mudanças necessárias no contexto real das mencionadas práticas profissionais e processos de trabalho.

⁷⁴ Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, promoveu significativas alterações na Portaria

Tais estratégias não superam a necessidade de uma formação acadêmica que, para além de competências específicas, incorpore o desenvolvimento de habilidades gerais, em consonância com o referencial teórico das políticas sociais públicas, tendo em vista que têm se constituído em significativo espaço sócio ocupacional de diferentes profissões.

A propósito dessa discussão, considera-se relevante registrar que, ao tratarem da dificuldade relacionada à formação dos trabalhadores, que não tem se voltado para a lógica da intersectorialidade, ressalvam a formação dos profissionais de Serviço Social. Assim, considerando o expressivo envolvimento dessa categoria, a Política de Assistência Social vem exercendo protagonismo na construção da intersectorialidade.

Ressalta-se que esses posicionamentos estão contidos, especialmente, nos depoimentos de um prestador e de um trabalhador da política de saúde.

Eu acho que essa questão da intersectorialidade é maior na assistência social, porque tem mais assistentes sociais, porque eles estão mais no cotidiano. É pela formação dos profissionais que estão na assistência social. (CSM4P).

A formação dos assistentes sociais já é voltada para a política social, ela sai de uma visão diferenciada. Na saúde, cada profissional é formado para fazer um trabalho específico – o enfermeiro para a enfermagem, o fisioterapeuta para a fisioterapia, a nutricionista para a nutrição [...] A assistência, eu acredito, tem as melhores cabeças, voltadas para assistência social e eles buscam atender as necessidades da população. (CSM4T).

O destaque à Política de Assistência Social se dá, especialmente, considerando que, após seu reconhecimento como política pública, com a aprovação da LOAS e a implantação do SUAS, esta área tem se constituído importante espaço sócio ocupacional dos assistentes sociais, embora outras profissões, como psicólogos e pedagogos, venham integrando os quadros desta política.

Em que pese a questão da formação, outro importante aspecto foi amplamente indicado, em todos os grupos, como dificuldade para a construção da intersectorialidade: as exigências burocráticas e as condições efetivas de trabalho,

expressas, sobretudo, na quantidade insuficiente de trabalhadores para dar conta das demandas que chegam aos serviços.

Nós estamos com muita escassez de recursos humanos e então se torna mais difícil. No dia a dia a gente apaga muito incêndio. [...] você acaba deixando de interagir porque é muito sistema para você alimentar, é muito ofício para você responder, é muita coisa para você fazer e não tem tempo hábil para isso. Então você pensa: Nossa!! Tem que fazer essa reunião? Puxa vida!!! Eu tenho que resolver assim aqui, eu tenho que ver exames dos pacientes, eu tenho que ver o carro, eu tenho que ver se aquele sistema foi alimentado, tenho problema lá no posto, tenho que conversar com o médico. Então é assim, você acaba deixando de ir a uma reunião para discutir questões comuns aos setores porque tem os incêndios que você tem que apagar ali. A burocracia é grande e você acaba deixando de interagir com os outros setores. [...]. Você fica envolvida com isso e acaba deixando a intersectorialidade de lado. A minha realidade é essa. (CSM1G).

Na verdade, no município pequeno, nós aqui estamos sofrendo muito com a falta de funcionários. Então é muita função para poucos recursos humanos. Então a gente sofre com isso. Cada um pensa assim: eu vou resolver o meu problema e o colega que se vire por lá. [...]. Nós estamos com muita escassez de recursos humanos e então se torna mais difícil e isso não é só conosco que acontece. [...]. Todo mundo está com mais de uma função. Eu até não sei se é a realidade de municípios maiores, que pode até ter cada um na sua função, mas nos municípios pequenos não tem e o que a gente vê é que tem aquela questão do índice lá da folha de pagamento que não pode ultrapassar também. (CSM1T).

A correria do dia a dia, os setores estão sempre abarrotados de afazeres, então é difícil ter um tempo para discussão. (CSM2G).

Nestes depoimentos, os participantes reconhecem a sobrecarga decorrente do excesso de demandas, inclusive de ordem administrativa, que limita a possibilidade de estabelecer diálogos e articulações com os demais setores.

Embora apontem dificuldades decorrentes da insuficiência de trabalhadores, atribuem essa situação aos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal para gastos com pessoal, conforme pode ser exemplificado pelo depoimento do CSM1T.

Assoberbados com as demandas dos serviços, os trabalhadores não têm tempo para refletir sobre a intersectorialidade. Mais que isso, não se dão conta de que essa intersectorialidade, na perspectiva de democratização, da ampliação ao acesso aos direitos, em sua integralidade, está na contramão do modelo gerencial de Estado que passou a ser difundido no Brasil a partir dos anos de 1990.

Assim, sem estabelecer relação com estas determinações, os depoimentos a seguir sugerem que são eles (os próprios gestores e trabalhadores) que "não dão conta" e, portanto, se impõem a atribuição de "criar um tempo" para a articulação,

pois reconhecem que, dessa forma, poderiam encontrar respostas resolutivas para as demandas apresentadas.

Na verdade, o que falta mesmo é a gente criar um tempo mesmo, tempo para participar das reuniões que tem para podermos conversar. A gente conhece toda a realidade, eu conheço a realidade da saúde e a [trabalhadora da Política de Assistência Social] conhece a realidade da assistência social e a gente sabe que se sentar e conversar, uma cabeça, dois, três podem achar soluções bem melhores para o problema. [...] eu estou lá com um monte de coisas, ela aqui também e a gente não tem tempo de sentar e conversar. Então é isso que falta. Realmente está faltando tempo. (CASM1G)

Eu acho que, o dia a dia, ele sufoca, porque às vezes você fica ali tão focada naquilo que você já faz que você às vezes não tem tempo, ou porque às vezes não quer ou por causa disso tudo que foi falado, mas você fica ali naquela coisinha do dia a dia e você não procura, você não vai atrás, você não procura uma secretaria. Às vezes você tem que marcar uma reunião e aí “ah hoje não dá” e o tempo vai passando e aquele projeto não vai para frente porque a gente trabalha muito também. Acho que a maioria tem boa vontade e quer fazer, mas fica naquele mundinho. (CSM3G).

Eu acho que a gente fica muito no imediatismo. Às vezes a gente não tem nem tempo para refletir sobre o processo de trabalho. [...] Então, está todo mundo resolvendo o seu. Mas eu acho que não é problema burocrático. Todo processo de trabalho requer uma certa burocracia, até para controle, mas é muita burocracia. (CASM4P).

Muitos problemas que a gente tem atualmente enfrentado e que está relacionado ao nível superior, e quando eu falo superior é governo federal mesmo, é que hoje nós temos um grande problema na Estratégia Saúde da Família, que são os relatórios. A gente tem metas a cumprir e hoje se criou um tal de E-SUS, que antes a gente alimentava pelo SIAB. O que a gente faz hoje? O SIAB e o E-SUS, temos que alimentar os dois sistemas. Pera aí, foi criado um negócio para melhorar e agora viraram dois. (CSM4T).

Esses depoimentos trazem, ainda, a compreensão de que, no cotidiano, existem perspectivas imediatistas na busca de soluções para problemas imediatos; de que há uma supervalorização do imediato em detrimento do mediato.

Significa que as demandas que se apresentam exigem respostas rápidas e imediatas, o que consome o tempo necessário para uma reflexão mais aprofundada dos problemas, mediante a articulação com os demais setores. A esse respeito Telles (1999, p. 27-28) afirma que “é como se vivêssemos um presente inteiramente capturado pelas urgências do momento, e não nos restasse muito mais do que a sua gestão cotidiana [...]”.

Ao falar sobre “refletir sobre o processo de trabalho, ” a CASM4P sinaliza a possibilidade de que, por meio da reflexão e do conhecimento poderiam desenvolver estratégias para a atuação na perspectiva ampliada da saúde.

A mesma participante, em face das falas de outros participantes que apontam o caráter burocrático das atividades, especialmente em relação às requisições de outras esferas de governo, argumenta sobre a necessidade da burocracia para a organização e controle dos serviços. Essa posição se aproxima de um pressuposto nas discussões sobre Democracia e Gestão Pública elaborada por Souza Filho (2011), em que defende a necessidade de um Estado forte e de uma burocracia estruturada para, numa sociedade de classes, expandir direitos sociais. Dessa forma, indica que o problema não consiste na existência de procedimentos burocráticos, mas, em seu excesso, ou seja, quando isso restringe a possibilidade de viabilização de direitos.

Outra questão apontada pelos entrevistados como fator que cria obstáculos à intersectorialidade é a necessidade de preservação do espaço ocupado e, ainda, ao receio de que, ao expor suas ações, seja criticado. Portanto, o que poderia resultar na cooperação, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos usuários dos serviços, acaba por esbarrar na competição e no conflito de interesses. Os depoimentos a seguir apontam nesta direção.

Quando você faz uma reunião entre setores dá a impressão que as pessoas têm medo de críticas, de dizer o que ela deve fazer, não entendem como construtivo né? Então, às vezes, quando a gente tem algumas reuniões para discutir um caso, por exemplo, algumas pessoas entendem assim: Nossa! Mas, se ela está me vendo vai criticar o que eu estou fazendo ou está querendo interferir no meu setor. (CSM2G).

Eu acho que, em município pequeno, tem a competição, a rivalidade, um querendo aparecer mais que o outro. Então entra mais esse item, esse agravante. Sei lá, cada um tem um jeito de pensar, mas eu acho que tem isso também e aí fica essa competição, não por causa do emprego, porque está todo mundo empregado, está todo mundo bem, mas um quer aparecer mais que o outro. (CASM1G)

Quando você fala em setores públicos, você tem outro fator que é o fator político. E aí você vê um medindo força com o outro. [...]. Então, tem a questão política que atrapalha bastante. Dentro das próprias secretarias você tem esse atrito que acaba prejudicando. Com medo de que alguém que está em outro setor possa crescer politicamente, se desenvolver, eu vou fazer de tudo para não colaborar com o departamento dele, o setor dele. [...]. Então é isso que a gente encontra: conflitos em razão de interesses, [...] disputa, e isso aí atrapalha. Falta o consenso. Existe a dificuldade de se construir esse consenso, de se chegar a um determinado ponto em que atenda a coletividade. (CSM3U).

O depoimento do CSM3U revela a existência do aspecto político na medida em que o sucesso da articulação entre os setores poderia dar visibilidade à outra

política ou ao seu gestor.

É interessante observar que essa percepção, expressa nos depoimentos dos participantes, provém de dois representantes da gestão que, supõe-se, constata e vivenciam, no cotidiano da gestão, essas posições defensivas. Contudo, estão presentes também na fala do usuário. E é este que politiza a discussão e aponta o “prejuízo” para a coletividade.

A identificação destas dificuldades confirma o que tem sido discutido por Bidarra (2009), ao indicar que há uma propensão dos sujeitos envolvidos em um projeto de gestão intersetorial a defender seus espaços e posições.

[...] esse caminho não é tão simples na medida em que os sujeitos tendem manifestar posições corporativas e defensivas para assegurar a conservação do espaço ocupado. Pois, num plano imediato é comum que se tenha a sensação de que a articulação representa a diminuição (ou mesmo perda) de espaço.

Essa compreensão é também compartilhada por Bronzo e Veiga (2007), ao analisarem que essas resistências podem, também, ser provenientes de grupos de profissionais que supõem que, nos possíveis novos arranjos criados para viabilizar a articulação intersetorial, ocorram ingerências em seus campos de atuação. Portanto, como afirmam as autoras, “irá requerer negociação e convencimentos para reduzir as áreas de atrito [...]. (BRONZO; VEIGA, 2007, p. 14).

Os depoimentos dos participantes indicam que esses conflitos não somente existem, mas que, sobretudo, são percebidos pelos usuários, seja quando utilizam os serviços, seja nos espaços públicos de discussão e deliberação das políticas, considerando que são conselheiros.

Estes conflitos são apresentados sob o termo “falta consenso”, especialmente em questões em que o entendimento, os acordos, as negociações e, por que não dizer, as articulações intersetoriais, poderiam contribuir para a melhor qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.

Além das dificuldades até aqui arroladas, foram recorrentes as falas, cujos conteúdos apontam questões relacionadas às intervenções político-partidárias. Conforme sinalizam os entrevistados, especialmente no M2, estes constituem um dos maiores obstáculos a uma gestão orientada pela perspectiva da intersetorialidade.

Eu penso que o que dificulta muito a intersetorialidade é a questão dos gestores das políticas. A pessoa entra num setor que ela não conhece nada, então primeiro ela precisa conhecer o setor dela. Quando ela passa a conhecer o setor dela, que ela começa a entender e a se comunicar com os outros setores, que a coisa começa a fluir, tem uma troca, [...]. E aí, até a gente que é servidor público, a gente que está lá, até conseguir passar tudo aquilo prá uma pessoa nova, ela conseguir entender, ela conseguir confiar, conseguir ler a legenda daquele lugar... aí começa tudo outra vez. Eu acho que essa questão de não intersetorialidade passa por isso, porque isso tem que partir dos gestores, isso tem que partir de algo maior, partir de um pensamento de construir realmente uma política pública diferenciada. (CASM2G).

A cada quatro anos, e às vezes até menos, a gente está começando do zero novamente e que não é aproveitada toda a experiência dos profissionais que estão há longa data aí trabalhando. Todo esse conhecimento, essa coisa, não é levada em conta, não é aproveitada [...]. É colocado como gestor não aquele profissional que detém o conhecimento. Geralmente são colocadas pessoas que representam um número de votos. Por conta disso que eu acho que as políticas públicas acabam não indo. (CSM2T).

Na nossa área, vou dar um exemplo: o gestor municipal às vezes quer ajeitar a situação de uma pessoa, mas ele não está pensando como um todo, como melhorar a estrutura [...]. Então ele pensa no quê? É um voto aquilo que ele vai fazer. A gente vê que, infelizmente, as políticas públicas são atreladas à política [partidária]. [...] muda a gestão e essa gestão não está preocupada com o sistema como um todo, ela está preocupada com a possível reeleição. (CSM2G).

A esse respeito, Inojosa (2001) destaca que o aparato governamental tem sido objeto de loteamento político-partidário e de grupos de interesses. Para a autora, a cada novo governo, a gestão passa por novos loteamentos político-partidários como forma de acomodar politicamente, por meio de cargos comissionados, membros dos grupos políticos que forneceram as bases de sustentação de suas eleições.

Isso remete à trajetória histórica da cultura política brasileira, marcada pelo forte enraizamento do patrimonialismo, do clientelismo, típicos das “políticas dos coronéis”, que se refere à apropriação e uso privado da coisa pública. Neste caso, evidenciado no acomodamento de correligionários, mesmo que não detenham quaisquer afinidades com o cargo ou preparo para o desempenho da função.

No depoimento a seguir, o participante expressa sua opinião a respeito excessiva setorialização, nesse contexto de loteamentos político-partidários.

[...] são ilhas criadas artificialmente para atender a necessidade política de quem ocupa o poder. Isso é um fato. Se eu tenho uma secretaria A e essa secretaria A trabalha com 3 políticas públicas, eu teria apenas um secretário, mas por demanda política eu posso criar mais secretarias de

forma que eu teria mais dois cargos, 3 cargos, 4 cargos e assim por diante. (CSM2T).

Em que pese a longa tradição patrimonialista, com intensa ocupação dos espaços públicos para favorecimentos e benefícios particulares, é indispensável uma compreensão a respeito dos cargos comissionados a fim de não se cair na armadilha de uma generalização e tratamento de diferentes situações como se fossem absolutamente iguais.

Entende-se que a questão que se coloca não diz respeito propriamente ao cargo comissionado uma vez que os ocupantes de tais cargos, em sintonia e comprometidos com a perspectiva de um Estado responsável pela garantia de direitos e com os princípios de universalidade e integralidade da proteção social, trariam para a gestão o conteúdo ideopolítico de um dado governo. Portanto, não consistiria um problema para a efetivação da intersetorialidade. Ao contrário, a competência e a habilidade política, no sentido da arte de negociação e compatibilização de interesses, poderiam contribuir para promover a articulação entre os diferentes setores de políticas sociais públicas, inclusive, atuando em questões que envolvem resistências e conflitos.

Assim, da forma como foi colocada pelos participantes do estudo, a questão reside, sobretudo, no fato de que grande parte das indicações incide sobre pessoas que não detêm quaisquer conhecimentos e envolvimento com as políticas sociais e, muito menos, com a perspectiva de uma gestão democrática, da qual a intersetorialidade é uma das estratégias para a sua viabilização.

É, ainda, nessa vertente que são expressos os conflitos entre as dimensões técnica e política da gestão pública.

Existe a questão da política interferindo muito na questão técnica. Às vezes você tem lá um servidor de carreira de muitos anos que poderia contribuir muito com a política pública e acaba conflitando com os que ocupam os cargos por indicação política. O que acaba prevalecendo é a política em detrimento das questões técnicas. Existe esse conflito entre o técnico e o político. [...] às vezes as questões políticas fazem desastres dentro de uma secretaria e o técnico fala "eu vou pegar minha malinha porque eu não aguento isso". Então eu vejo dessa maneira (CSM2T).

[...] é muito difícil, porque eu acho que os gestores não veem a importância disso. [...] os governantes, os gestores, têm que entender e querer também porque senão a gente não consegue avançar não. (CSM2P).

Cria-se muitas Leis, normas e regras, principalmente na saúde. Vira e mexe tem capacitação em Curitiba. Aí você vai lá, capacita, vem e muitas vezes

morrem no berço, não sai dali. Falam muito em rede hoje e até agora eu não vi rede funcionando e faz três a quatro anos que estamos falando em rede. Fazer rede, construir rede e ninguém trabalha em rede. A gente que é só técnico não consegue isso. Depende do que a administração quer que a gente faça também. Eu vejo que tem que ter acompanhamento, monitoramento e até fiscalização, da onde eu não sei, municipal, estadual ou federal. (CSM4T).

De acordo com os depoimentos, por vezes, existe nos municípios uma relação conflituosa entre os servidores de carreira (notadamente da categoria técnica) e os ocupantes dos cargos comissionados, na qual prevalece a posição destes últimos. Dessa forma, apontam que é necessário acompanhamento e monitoramento dos órgãos responsáveis pela coordenação das políticas, das demais esferas de governo, tendo em vista contribuir para a garantia da efetividade dos princípios e diretrizes contidos nos marcos regulatórios das políticas e nos programas existentes, a exemplo da intersetorialidade.

Por fim, ainda apontando as dificuldades da articulação intersetorial, um dos participantes dá o seguinte depoimento:

Esta questão da fragmentação já um reflexo da nossa própria sociedade. A própria sociedade, hoje, não está pensando mais no coletivo. [...]. É cada um se preocupando com o próprio umbigo. [...]. Eu acho que as pessoas que tinham um pensamento mais coletivo, que pensavam de forma coletiva foram, de certa forma, estigmatizados, foram colocados num canto. E falaram assim: “vamos abafar”. A própria questão do sindicato. Quem vai para lado do sindicato, as pessoas dizem: “ah! Esse aí é baderneiro”. Então, eu acho que existe um poder muito forte para abafar essas coisas e falar assim: “não, esse pessoal que tem esse pensamento coletivo e essas coisas, vamos isolar essas pessoas” [...] Então, eu acho que isso é mesmo reflexo da nossa sociedade que está desse jeito. Infelizmente, está difícil conseguir fazer a mudança. (CSM2T).

O conteúdo deste depoimento apresenta reflexões que trazem à tona dificuldades decorrentes de determinações relacionadas às transformações promovidas pelo atual estágio do capitalismo, com reflexos em todos os aspectos da vida cotidiana.

Suas considerações remetem às discussões realizadas por Barroco (2011, p. 206) que, fazendo a análise deste contexto, afirma: “O pensamento dominante no capitalismo contemporâneo - a ideologia neoliberal e seu subproduto, a ideologia pós-moderna - exerce a função social de justificação das transformações operadas na vida social pela ofensiva do capital”. Continuando, assinala que essa ideologia, disseminando a vivência fragmentada e o individualismo, “joga por terra” os valores

emancipatórios, as orientações pautadas em valores universais e de totalidade.

Nessas reflexões, a autora cita Chauí (2006 apud BARROCO, 2011, p. 324), que aponta os efeitos da hodierna ofensiva do capital.

Em sua forma contemporânea, a sociedade capitalista caracteriza-se pela fragmentação de todas as esferas da vida social, desde a produção, com a dispersão espacial e temporal do trabalho, até a destruição dos referenciais que balizavam a identidade de classe e as formas de luta de classes.

Dessa forma, também estabelece estreita vinculação desses novos tempos em que predomina a ideologia neoliberal e a fragmentação, a individualização, a banalização do social e do coletivo.

Em seu depoimento, o participante ainda faz referência ao modo como são considerados os trabalhadores, militantes sindicais, que, do seu ponto de vista, seriam pessoas com “um pensamento mais coletivo”, mas que, aos olhos da sociedade em geral, são apontados como “baderneiros”.

A esse respeito, Barroco (2011) aponta uma importante característica do pensamento conservador que, na busca de legitimidade, reprime as organizações dos trabalhadores e criminaliza os movimentos sociais, negando o direito de existirem com suas diferenças.

Isso leva a um processo de fracionamento das lutas sociais trazendo, também, importantes consequências para as políticas sociais. Conforme aponta Pereira (2014), resulta, nesse campo, um reforço à focalização, ao pragmatismo, ao localismo e à concepção do todo como um aglomerado de diversos fragmentos.

Concluindo as análises a respeito das dificuldades da articulação intersetorial, na perspectiva dos participantes do estudo, constata-se que decorrem, sobretudo, da incompatibilidade entre os princípios democráticos e universalizantes das políticas sociais garantidos constitucionalmente (e das diretrizes para sua operacionalização) e o modelo gerencial que passou a ser difundido no Brasil a partir dos anos 1990. Como já enfatizado em momentos anteriores, esse modelo, em consonância com o ideário neoliberal, desobriga o Estado na medida em que defende sua redução, quer de seu tamanho, quer de seu papel e de suas funções.

Os desdobramentos dessa conjuntura política e econômica nem sempre são refletidos e reconhecidos pelos participantes do estudo, que, não raro, acabam por remeter as consequências das dificuldades enfrentadas no cotidiano para os

próprios trabalhadores. Mesmo quando falam, a partir da posição de servidores públicos, em que apontam a sobrecarga de serviços decorrentes da insuficiência de trabalhadores e da focalização nas demandas imediatas dos usuários, nem sempre estabelecem relações entre essas condições e a reforma gerencial do Estado com enxugamento dos gastos públicos, especialmente no que se refere às políticas sociais.

Todavia, sentem e apontam as dificuldades na implementação de políticas sociais na perspectiva da intersectorialidade, assim como indicam caminhos para que ela se efetive.

5.4 REQUISITOS E DESAFIOS PARA A INTERSETORIALIDADE

Por fim, procurou-se estimular os participantes a apontarem suas percepções a respeito das exigências e desafios para a efetivação da intersectorialidade na gestão das políticas sociais.

As opiniões foram unânimes em apontar que a intersectorialidade somente se efetivará se houver decisão política, seja dos gestores (prefeitos e secretários), dos trabalhadores, dos conselhos e até da sociedade.

Fazendo referência aos gestores, os participantes dão os seguintes depoimentos.

Acho que uma questão importante aí é a vontade política. [...] É necessário que de cima venha um compromisso político para direcionar melhor as coisas. Senão as coisas ficam a morrer na praia. (CASM2P).

Eu acho que tem que partir do gestor, ele tem que ter esse entendimento, porque não adianta o assistente social de um ponto de atenção da saúde querer promover a intersectorialidade e o chefe falar: o que você está fazendo lá no território? Então, eu acho que tem que ser uma coisa que parta do gestor da saúde, da assistência social e também do gestor municipal, do executivo. [...]. Eu acho que não é uma coisa que tem que partir do profissional executor. Eu acho que é alguma coisa que deve ser diretriz dentro da administração. (CSM4P).

A intersectorialidade é entendida, sobretudo, como resultado de uma decisão política por parte dos gestores. Assim, não depende somente da “boa vontade” e do perfil do trabalhador que está na execução da política, especialmente no âmbito dos territórios. Isso se evidencia quando informam:

Hoje na secretaria de assistência social todos estão lutando por algo em comum, todos estão falando a mesma língua, porque existe essa orientação da gestão e que rebate lá em nós, executores da política. (CASM4T).

[...] a visão da gestão influencia diretamente na intersetorialidade, eu concordo, porque se os gestores da assistência e da saúde não conversarem, não se articulam e tomam essa decisão, nós não vamos alcançar objetivo nenhum. (CASM4G).

Estas opiniões trazem a ideia da hierarquização, ou seja, de que, se a intersetorialidade constituísse uma determinação dos gestores, ela se efetivaria. Contudo, apontam também que a decisão dos gestores em adotar essa perspectiva, criaria as condições necessárias para a efetivação da intersetorialidade.

[...] precisa também o gestor querer e criar as condições para isso tem que ter mudanças na organização das secretarias, dos departamentos, que só o prefeito ou o secretário podem realizar. A gente não consegue. (CSM2P).

A própria estrutura, a prefeitura, que deveria ter um departamento ou não sei o que, que pudesse ajudar nisso, fazendo capacitações e outras coisas para dar suporte para isso. (CSM3G).

Essa é uma direção também apontada por autores que discutem a intersetorialidade. Raichelis (2006) afirma ser fundamental que a perspectiva de articulação, de interface entre as políticas, seja empreendida pelos gestores, não somente no âmbito dos municípios, como nas demais esferas de governo. Afirma, ainda, que constitui uma decisão política do Executivo que, ao priorizá-las em seus planos de ação, deve também garantir suporte para sua viabilização, mediante a instituição de instâncias organizativas e a alocação de recursos orçamentários para sua implementação.

Da mesma forma, Bronzo e Veiga (2007), tratando dos componentes requeridos para a construção de arranjos organizativos de natureza intersetorial, sinalizam a decisão política como uma exigência essencial, cujos desdobramentos podem resultar na definição de marcos institucionais e no estabelecimento de instrumentos de gestão apropriados para viabilização desta nova concertação.

Essa foi, portanto, uma direção apontada pelos entrevistados. Contudo, entre eles há também o entendimento de que dependência dos gestores pode encontrar limites à medida que estes (sejam eles prefeitos ou secretários) se ocupam dessas funções temporariamente. Assim,

[...] quando se muda de secretário, o prefeito, você vê que quebra esse elo. Uma secretária tem um relacionamento melhor e a outra não tem [...] tanto é que, às vezes, quando muda aquela pessoa a coisa caminha mais rápida, flui melhor. (CSM3U).

Vale ressaltar que diversos estudos, os quais, são citados a seguir, trazem relatos e análises de experiências, em geral do âmbito dos municípios, cujas administrações municipais tomaram a decisão pela adoção da perspectiva intersetorial como estratégia de gestão.

Andrade (2006) analisa resultados das experiências desenvolvidas nas cidades de Curitiba - Pr e Fortaleza - CE. Esta última tem sido objeto de estudos e publicações realizadas por Junqueira (1997), Westphal e Mendes (2000). Trata-se de um modelo semelhante ao apresentado por Sposati (2006, p. 136), implementado na cidade de São Paulo, onde a centralidade e homogeneidade do governo municipal foram substituídas por Núcleos Regionais de Planejamentos.

Monnerat e Souza (2010, 2014) expõem a experiência desenvolvida no município de Niterói-RJ, entre os anos 2006 e 2008, a partir da criação de Comitê Gestor Intersetorial formado por representantes das áreas de Educação, Assistência Social e Saúde. Todavia, ao concluírem o estudo essas autoras reconhecem que, em geral, os relatos de gestões intersetoriais foram resultado das decisões dos gestores locais, e que, em geral, enfrentam dificuldades de sua sustentação com as mudanças dos gestores. É nesse sentido que CSM3U manifesta suas preocupações.

Isso considerado, importa apontar que os entrevistados dos M2 e M3 sinalizam também outras necessidades e desafios, entendendo que a articulação intersetorial não depende ou deriva, exclusivamente, dos ocupantes dos cargos de direção.

A gente tem que se focar no coletivo. [...] A gente é servidor público, como o nome já diz: servir o povo. Então tem que pensar no coletivo, não só no meu trabalho, no meu quadradinho. [...] Tenho que deixar o meu ego e trabalhar no coletivo, senão não vou a lugar nenhum. (CSM3G).

Eu acredito ser possível um trabalho intersetorial, se enfrentarmos a zona de conforto. Nós precisamos entender o seguinte: isso é a zona de conforto de cada ser humano. Nós temos que achar uma fórmula de vencer essa zona de conforto de cada um. Acho que isso é uma coisa para vencer. (CSM2T)

Eu acho que o servidor público precisa exercitar a sua cidadania. A gente se acomoda. Essa zona de conforto que ele falou, o servidor público tem muito

isso e agora estou falando dos técnicos. A gente se acomoda nessa zona de conforto e deixa de confrontar os nossos gestores. [...]. Se a gente não começar a trabalhar como profissional, como agente transformador, que pode levar consciência para essa sociedade e que pode cutucar essa gestão, cutucar esses gestores de forma que eles possam entender, eu acho que a única solução é essa. Lógico que existe o ideal e o que é possível. O ideal seria que os gestores fizessem tudo certo, que fossem da área, que eles conhecessem da área, que a gente não tivesse que ser obrigada a trabalhar com uma pessoa que nem você desenhando vai entender. [...]. Aí a gente se acomoda e acaba caindo no cotidiano e fala “aí, deixa pra lá”, a gente faz isso né? Porque a gente cansa também. Então eu acho que a gente como profissional, os conselhos que estão postos, eu acho que tem que exercitar a cidadania. Eu acho que é possível porque, se não fosse possível, a gente não precisaria nem estar aqui discutindo. É difícil, mas é possível. (CASM2T).

Esses depoimentos revelam que, diante do despreparo técnico e político de muitos gestores, os trabalhadores das políticas sociais sentem-se desmotivados, tendendo a manter as práticas como estão e se colocando em uma “zona de conforto”.

Portanto, o desafio que se coloca é a resistência dos trabalhadores que, não se rendendo ao conformismo, assumem a condição de importantes atores políticos tanto no processo de gestão das políticas sociais, como também na transformação social, notadamente, no sentido de contribuir para a formação de uma consciência nos usuários das políticas sociais como cidadãos de direitos.

Neste processo há outros agentes políticos que podem oferecer significativas contribuições. Os conselhos, instituídos no âmbito das políticas setoriais, são reconhecidos pelos entrevistados de todos os municípios como relevante espaço para o fortalecimento do debate sobre a intersetorialidade. Contudo, esses conselhos vêm reproduzindo a lógica setorializada e fragmentada das políticas públicas.

Importa, contudo, resgatar que participantes destes grupos focais são conselheiros nas áreas de saúde e assistência social e, portanto, nesse momento, falam de suas próprias experiências no exercício desta função.

Eu vejo um papel importante dos conselhos municipais nesta questão da intersetorialidade, porque o conselho municipal que atua de forma isolada, somente dentro da sua área e que não consiga ter uma percepção da outra área, vai contribuir para que as políticas públicas do município atuem sempre da mesma forma. (CSM2T).

Eu acredito que, para a gente chegar num ponto comum, precisa ter mais essa comunicação, entre os próprios conselhos. Hoje, nós temos reunião do conselho de saúde e não vemos outros conselhos presentes, a não ser que o conselheiro de saúde seja também conselheiro da assistência. (CSM4T).

Precisa ter integração entre os conselhos. Por exemplo, o conselho de saúde não se volta para as outras secretarias. Só para a de saúde. (CSM3U)

A tônica dessas falas é a necessidade de articulação, de diálogo entre os diversos conselhos, o que vem sendo apontado em diversos trabalhos que versam sobre controle social, dentre os quais cita-se o de Raichelis (2006, p. 111), em que a autora afirma:

[...] os conselhos criados no âmbito das políticas sociais públicas acompanharam a lógica setorial, cada um voltado para ações específicas no seu campo de intervenção [...] a dinâmica própria de funcionamento de cada um e o envolvimento com pautas específicas contribuem, mesmo que involuntariamente, para manter a fragmentação e a segmentação das políticas públicas, dificultando, em última instância, o enfrentamento da lógica que estrutura a ação estatal e a capacidade de produzir respostas satisfatórias em cada uma das áreas.

A autora ressalta a contribuição dessa articulação para uma visão de totalidade da política social a ser implantada. Para isso, importa que os conselhos suplantem os limites de suas pautas específicas, mediante a criação de espaços coletivos, com a presença de membros e lideranças de diferentes conselhos. (RAICHELIS, 2006). Tal direção foi também indicada pelos participantes:

O conselho é excelente, só que o próprio conselho também é fragmentado, né? É o conselho da saúde, da assistência social. Então também é fragmentado. Então eu acho que talvez pudesse ter um “conselhão”, imagino, não sei, se existe um conselho onde tivesse parte de cada conselho, o da saúde, da educação. Um conselho geral, mais abrangente, que pudesse opinar sobre toda política pública. (CSM2T).

Eu tenho um sonho de ter um conselho com membros de cada conselho para criar um diálogo. Aí a gente falava o que estava acontecendo na saúde, na assistência, na educação. [...] Para quê? Para criar essa discussão. (CSM2U).

[...] a solução que eu vejo mesmo é a união dos conselhos. Talvez nem todos os conselheiros, mas pelo menos os presidentes, para ver o que está acontecendo, o que está sendo discutido em cada conselho para a gente chegar a uma conclusão e agir melhor sobre a demanda que nós temos e, também, para estar cobrando o direito que o povo, o usuário tem. (CSM1T).

Sob a denominação “conselhão”, há a indicação de um novo mecanismo de interlocução entre os conselhos, como forma de ampliar os espaços de discussão e imprimir pressão contrária à fragmentação das políticas, na perspectiva da

intersetorialidade⁷⁵.

Conforme aponta o participante do M2, isso passa também pela mobilização da sociedade que precisa manifestar o que deseja e exigir o que tem direito.

Isso teria que partir um pouco da sociedade. A sociedade civil organizada deveria fazer frente a essas coisas e não fazer o papel de cidadania apenas na hora de pôr o voto. Então a contribuição de cada um é mudar e não somente por o voto lá e ficar esperando que o presidente mude a nossa vida. Eu acho que a questão do protagonismo precisa ser colocada. O cidadão precisa entender que a “coisa” pública, a rés-pública é dele, não é só do prefeito, não é só do secretário. Eu acredito cegamente nisso, que, quando a sociedade mudar e decidir ser a protagonista das coisas, eu acho que as coisas melhoram. Acho que passou da época da sociedade reagir, da sociedade dizer: é isso que eu quero, não esperar um pacote lá de cima, não esperar um líder aparecer. Passou do tempo da sociedade entender que ela é que tem que produzir a mudança, é ela que vai ter que fazer isso, ela é que vai dizer para o gestor. Não vamos esperar o gestor dizer o que a gente quer, a sociedade vai se organizar e dizer: é isso o que nós queremos. (CSM2T)

O conteúdo desse depoimento revela que nas mudanças, seja em relação às políticas públicas e sua gestão ou de outras questões relevantes, há também um papel a ser desempenhado pela sociedade civil organizada. É preciso que haja a recusa das organizações sociais em aguardar “pacotes” e que se disponham a ser protagonistas das conquistas que dizem respeito à universalização dos direitos sociais e a ampliação da cidadania. Nesta sua concepção, o participante sinaliza a importância da participação social na defesa da construção de políticas sociais articuladas, tendo em vista a atenção/proteção dos cidadãos em sua integralidade.

São esses, portanto, os desafios que, do ponto de vista dos sujeitos deste estudo, devem ser enfrentados para a efetivação da intersetorialidade no cotidiano da gestão das políticas.

Ao concluir este capítulo, que trata da intersetorialidade na implementação das políticas de assistência social e saúde, na interpretação dos conselheiros municipais de ambas as políticas, vale resgatar alguns aspectos que se destacam na análise dos depoimentos.

Para os participantes, a atuação isolada das políticas sociais não vem produzindo resultados que promovam impactos nas condições de vida da população usuária dos serviços ofertados por essas políticas. Dessa forma, entendem que a

⁷⁵Considera-se relevante mencionar que, a partir da realização do grupo focal, iniciou-se um processo de discussões no M2 e, no segundo semestre de 2015, a pesquisadora foi convidada a falar sobre articulação intersetorial em evento que reuniu cerca de 15 conselhos desse município.

intersetorialidade, definida como “união”, “cooperação”, “integração”, “articulação em rede,” pode ampliar a capacidade de desempenho das políticas e, por conseguinte, de interferência nas situações que afetam a vida dos cidadãos.

Importa observar que, mesmo com esse reconhecimento, identificam, como experiências de atuação intersetorial, em geral, programas de outras esferas de governo que têm a intersetorialidade como princípio e diretriz organizativa. Todavia, reconhecem que a intersetorialidade almejada não se materializa em sua implementação.

Foi da reflexão sobre essa contradição que indicaram as dificuldades enfrentadas, entre as quais sobressaem: a sobrecarga dos serviços decorrentes das condições objetivas de trabalho, expressas especialmente na incompatibilidade entre, quantidade e tipo de demandas (imediatas) que chegam aos serviços e a quantidade de trabalhadores disponíveis; o despreparo dos gestores das pastas, resultantes das ingerências político-partidárias; e a própria fragmentação da sociedade, reflexo do pensamento dominante no capitalismo contemporâneo.

Diante dessas e de outras dificuldades mencionadas e admitindo que a intersetorialidade constitui uma estratégia com potencial para o enfrentamento da fragmentação entre as políticas, apontam os desafios para a efetivação da intersetorialidade que passa por decisões políticas dos gestores municipais e das políticas sociais, trabalhadores, conselhos e sociedade.

Isto considerado entende-se que os participantes indicam a possibilidade de que a intersetorialidade se materialize no processo de implementação das políticas sociais. Este é um tema que precisa continuar sendo investigado por aqueles que buscam explicações e alternativas para que os cidadãos possam ser atendidos na integralidade de suas demandas.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar estas considerações, ressalta-se que se tem como pressuposto que a forma como as políticas sociais se apresentam no contexto brasileiro, constitui apenas um elemento da totalidade da política social engendrada pelo Estado em uma sociedade capitalista. Apesar de não ter o potencial de reverter o quadro no contexto do capitalismo, a ampliação da cobertura das políticas sociais é fundamental, uma vez que envolve o atendimento às necessidades básicas da população, com impacto real nas suas condições de vida.

Salienta-se ainda que, as particularidades e fundamentos que conformaram o Estado brasileiro, conferiram características marcantes à gestão pública, ou seja, a forma de conduzir a “coisa pública”. O pacto de dominação conservadora consolidou, na trajetória histórica do país, uma combinação de patrimonialismo e burocracia.

Porém, nas últimas décadas, a esta combinação se acrescenta o gerencialismo, cujas bases no pensamento neoliberal apontam para um modelo de gestão pautado pela eficiência no serviço público, com menor custo possível. Este é o cenário, em que se busca avançar na construção de políticas sociais públicas orientadas pelos princípios universalistas, consagrados na Constituição Federal de 1988.

É também nesse contexto que se propôs a realização deste estudo, problematizando a intersetorialidade como uma das estratégias de gestão das políticas de assistência social e de saúde, a partir do estabelecimento de um diálogo entre o conteúdo da produção intelectual contemporânea sobre este tema e o que, efetivamente, ocorre no cotidiano da gestão destas políticas, a partir de municípios de diferentes portes, localizados na região norte do estado do Paraná.

Da aproximação às produções teóricas, especialmente de autores do Serviço Social, da Saúde Coletiva e da Administração Pública, identificou-se as principais categorias que vêm pautando a intersetorialidade como estratégia de gestão, quais sejam: a setorialidade, a complexidade da realidade social, a integralidade e o território. Estas categorias serviram de mediação na análise e apreensão dos dados coletados na pesquisa documental e na pesquisa de campo.

Isto considerado, aponta-se que a análise do marco regulatório, de ambas as

políticas, sob a égide dos postulados constitucionais, revelou inúmeras referências à intersetorialidade, como direção e orientação para a sua gestão. Sob diferentes termos, indicam a necessária articulação intersetorial para compreensão da realidade e à atenção/proteção integral aos usuários das políticas de saúde e de assistência social.

Evidenciou-se, na análise das interpretações que os participantes dos grupos focais (compostos majoritariamente por gestores, prestadores de serviços e trabalhadores de ambas as políticas) fazem da intersetorialidade, que há uma compreensão conceitual, assim como do seu potencial em ampliar a capacidade de interferência sobre as demandas apresentadas pelos cidadãos e o desempenho das políticas setoriais.

Contudo, de forma geral, pode-se constatar que foram poucas as indicações de articulações intersetoriais na planificação e, sobretudo, verificou-se que o que está posto nos textos dos planos, não se expressa no cotidiano da implementação das políticas. Da mesma forma, quando indagados sobre quais são, efetivamente, as ações intersetoriais nos municípios, apontaram programas com formato intersetorial de outras esferas de governo, nos quais as articulações previstas também não vêm se concretizando, conforme previsto no desenho destes programas.

Isso permite concluir, parafraseando Andrade (2006), que a intersetorialidade tem se constituído consenso normativo e discursivo, porém, ainda é um desafio prático.

Portanto, não obstante as diretrizes postas na normatização das políticas, no processo de implementação há dificuldades na materialização desta concertação intersetorial que, na análise dos depoimentos dos sujeitos do estudo, indicam que são obstáculos que passam por questões de ordem conjuntural, históricas e políticas.

Dentre estes obstáculos para a efetivação da intersetorialidade, destaca-se o modelo contemporâneo de Estado no Brasil.

Em que pesem as inovações consagradas na Constituição Federal de 1988, na qual as políticas sociais foram pautadas por princípios de universalidade e integralidade, trazendo uma perspectiva de articulação e integração entre as políticas, neste contexto, coexistem no país, traços patrimonialistas, burocráticos e, sobretudo, com a forte direção do gerencialismo – modelo de gestão pública cujas

bases estão em consonância com as orientações das instituições financeiras internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM).

Conforme já apontado neste trabalho, a reforma gerencial do Estado trouxe importantes consequências para as políticas sociais brasileiras, particularmente para a Seguridade Social. A redução de gastos sociais, o sucateamento da máquina pública e a redução de trabalhadores para atuar nas políticas traduzem uma direção pautada por uma lógica de minimização do Estado no campo social. Nesta perspectiva, as políticas sociais públicas se voltam somente àqueles que não têm condições de acessar os serviços ofertados pelo mercado, favorecendo, assim, a atuação da iniciativa privada.

Estas questões podem ser constatadas, especialmente quando, em seus depoimentos os participantes fazem referência à sobrecarga de trabalho e ao predomínio do atendimento de demandas imediatistas, que impedem que “tenham tempo” para se articular com as demais políticas sociais.

Além dos efeitos do modelo de gestão gerencial, neste momento, os traços patrimonialistas e burocráticos presentes na gestão pública, adicionam dificuldades na operacionalização das políticas, expresso pelos participantes como “ingerências político-partidárias”. Essas se evidenciam especialmente nas indicações de pessoas sem quaisquer conhecimentos, habilidades ou afinidades com a gestão de políticas sociais para ocuparem funções de secretários das pastas ou diretores de áreas, dentro das secretarias.

Além dessas, a forma de atuação tradicionalmente fragmentada nas políticas, demonstra que uma gestão orientada pela perspectiva da intersetorialidade constitui um processo de difícil operacionalização, podendo, inclusive, gerar resistências por parte de outros setores ou grupos de profissionais que vêm, nos arranjos intersetoriais, ameaças das posições anteriormente ocupadas e/ou interferências na forma como tradicionalmente executam as ações.

Importa ressaltar que, a intersetorialidade, como vem sendo abordada nas produções intelectuais dos autores privilegiados neste estudo, não busca a superação do aparato governamental setorializado, nem desconsidera a importância de ações setoriais. A intersetorialidade supõe a articulação entre as políticas, na perspectiva da complementaridade das especificidades, tendo em vista a busca de respostas efetivas à complexidade das situações que envolvem a população. Supõe, portanto, que não são as ações setoriais que fragmentam as necessidades

humanas, mas a ação isolada dos setores.

Visto sob esta ótica, importa registrar que se entende que esta forma de atuação tem forte relação com o modelo de gestão gerencial que, ao promover a redução do Estado, que impõe aos insuficientes operadores das políticas inúmeras responsabilidades, impedindo que construam estratégias que, efetivamente atendam às necessidades dos usuários. Impedem, sobretudo, que percebam as estratégias ideológicas contidas no discurso do gerencialismo.

Isto pode ser evidenciado, especialmente quando os sujeitos do estudo colocam, entre as dificuldades, a falta de interesse e compromisso dos trabalhadores ou, ainda, quando atribuem a si mesmos a tarefa de “arrumar um tempo” para discutir e estabelecer relações intersetoriais.

Em que pesem tais obstáculos, há entre os participantes do estudo a compreensão de que a articulação intersetorial pode trazer mais qualidade aos serviços prestados à população. Dessa forma, apontam os desafios da articulação intersetorial.

Destaca-se que, há entre os sujeitos, um consenso de que esses desafios passam, também, por decisões políticas no âmbito dos municípios, sobretudo, com ênfase na responsabilidade dos gestores municipais (prefeitos) e das políticas (secretários).

Esta posição sinaliza que, além de um caráter técnico, a intersetorialidade possui uma natureza política. Portanto, no âmbito dos municípios, para se constituir em uma estratégia de gestão, deve se contar com o comprometimento e apoio daqueles que ocupam as funções de direção, os gestores municipais e/ou das políticas.

Isto também foi evidenciado quando, entre os municípios pesquisados, especialmente no M3, foram identificadas articulações intersetoriais tanto na planificação como na implementação. A título de exemplo, vale destacar que, no Plano da Política de Assistência Social, desse município, a intersetorialidade está posta entre as diretrizes, objetivos e estratégias de ação, a partir de considerações de que, diante da complexidade da realidade social, constitui uma estratégia para enfrentamento da fragmentação dos serviços, tendo em vista a ampliação da capacidade de respostas às demandas de seus usuários. No âmbito da implementação, há relatos de articulações nos territórios da área de abrangência dos CRAS, além da ação coletiva das diversas políticas sociais na construção do

Plano Decenal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Conforme mencionado nos depoimentos, essas articulações decorreram, de forma especial, da orientação do gestor da política, com o respaldo do gestor municipal.

Importa, neste momento, justificar que, a decisão de realizar o estudo em municípios de diferentes portes, teve como propósito identificar a interferência deste fator na existência ou não de articulações intersetoriais, quer no planejamento quer na implementação. Embora sejam apenas 4 municípios, não se pôde evidenciar tal relação. O que se constatou, na análise realizada, é que a articulação intersetorial é identificada especialmente no M3, como resultado da decisão e direção dada pelo gestor da Política de Assistência Social.

Feitas estas considerações a respeito das principais conclusões a que se chegou com a realização do estudo, considera-se relevante registrar que, em todos os municípios, na realização das entrevistas e dos grupos focais, as discussões sobre o tema trouxeram inquietações e decisões.

Nesse sentido, importa relatar que, no M4, o grupo focal foi realizado algumas semanas após a entrevista com o profissional envolvido na elaboração do Plano (o próprio gestor) e que, no grupo, houve depoimentos a respeito dos desdobramentos das reflexões realizadas durante a entrevista. Como afirma a gestora da Política de Assistência Social, *“Essa provocação, essa conversa que foi feita antes com quem elaborou o Plano, foi muito positiva, porque o gestor começou a pensar o que ele faz para que essa intersectorialidade aconteça [...]”*. (CASM4G).

Essa afirmação confirma o que vem sendo apontado, nestas considerações que, os implementadores das políticas, assoberbados com as exigências cotidianas, não conseguem refletir sobre a importância da intersectorialidade, como uma estratégia com potencial de contribuir para dar respostas mais resolutivas às necessidades dos cidadãos. Dessa forma, a entrevista proporcionou momentos de reflexão, com repercussões que podem levar a decisões que promovam articulações entre as políticas, no âmbito deste município.

Situação semelhante ocorreu no M1, em que, após a realização do grupo focal, os conselheiros permaneceram no local para discutir estratégias de articulação entre os setores, o que levou a proposição de que o tema intersectorialidade fosse abordado nas conferências de saúde e de assistência social, no ano seguinte a sua realização.

Ainda, conforme já mencionado neste trabalho, em dezembro de 2015, a pesquisadora foi convidada para falar sobre a importância da articulação intersetorial, em evento promovido pelo conjunto dos conselhos do M2.

Isso permite considerar que, apesar das dificuldades enfrentadas, de ordem conjuntural, históricas ou políticas, os diferentes atores envolvidos na gestão das políticas de assistência social e de saúde, desses municípios, ao refletirem sobre a intersetorialidade se sentiram motivados e tomaram iniciativas de empreender uma discussão coletiva sobre o tema.

Diante desses desdobramentos imediatos, ocorridos a partir da realização das entrevistas e dos grupos focais, aponta-se para a indispensável necessidade de que os demais entes federados, cumpram suas competências, além daquela que diz respeito à garantia dos recursos necessários ao cofinanciamento das políticas, de apoiar tecnicamente os municípios na implementação do SUS e do SUAS, em especial, no que diz respeito aos seus princípios e diretrizes. De forma especial, cabe aos estados, por meio das equipes técnicas de suas unidades descentralizadas – Regionais de Saúde e Escritórios Regionais da SEDS, realizar este assessoramento.

Por fim, cabe registrar que se compreende que a intersetorialidade, como estratégia de gestão, não supera a forma de organização setorializada das políticas sociais. Sobretudo, não muda a forma como o Estado, no modo de produção capitalista, enfrenta as expressões das desigualdades sociais. Contudo, pode contribuir, significativamente, no enfrentamento da ausência de articulação, de comunicação e da fragmentação das políticas sociais, que impedem a visão de totalidade da realidade social e a garantia da integralidade da proteção social.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, Luiz Fernando. A trajetória recente da administração pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 67-83, 2007.

AKERMAN, Marco et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 4291-4300, jan. 2014.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ASSUMPÇÃO, Patricia F. S.; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Revisitando o conceito de integralidade em saúde a partir da teoria crítico dialética. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS (JOINPP), 4., 2009, São Luiz. **Anais...** São Luiz, 2009.

BARBOSA, Nelson. Dez anos de política econômica. In: SADER, Emir (Org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2013. p. 69-102.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROCO, Maria Lucia. Barbárie e neoconservadorismo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 106, p. 205-218, abr./jun. 2011.

BATISTA, Alfredo. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 20, n. 61, p. 63-90, nov. 1999.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BENTO, Leonardo Valles. **Governança e governabilidade na reforma do Estado: entre eficiência e democratização**. Barueri: Manole, 2003.

BIANCARELLI, André M. A era Lula e sua questão econômica principal: crescimento, mercado interno e distribuição de renda. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, São Paulo, n. 58, p. 263-288, jun. 2014.

BIDARRA, Zelimar Soares. Pactuar a intersetorialidade e tramar redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 99, p. 483-497, jul./set. 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. III unidade: produção e reprodução da vida social. Brasília: CFESS, ABEPSS, CEAD-UnB, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social -NOB/SUAS. Brasília, DF, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 182, de 20 de julho de 1999**. Explicita procedimentos operacionais proporcionando avanços no processo de municipalização das ações de assistência social. Brasília, DF, 1999.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 207, de 16 de dezembro de 1998**. Aprova por unanimidade a Política Nacional de Assistência Social - PNAS e a Norma Operacional Básica da Assistência Social - NOB2. Brasília, DF, 1998a.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA. **Resolução nº 171, de 04 de dezembro de 2014**. Estabelece os parâmetros para discussão, formulação e deliberação dos planos decenais dos direitos humanos da criança e do adolescente em âmbito estadual, distrital e municipal, em conformidade com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e com os eixos e objetivos estratégicos do Plano Nacional Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e altera os prazos dispostos na Resolução N.º 161, de 03 de dezembro de 2013. Disponível em: <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-171.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2015.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal: Centro Gráfico, Brasília, 1988.

_____. **Decreto de 13 março de 2006**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn10788.htm>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. **Decreto nº 6.286, de 5 dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. **Decreto nº 6025, de 22 de janeiro de 2007**. Institui o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2007b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6025.htm>. Acesso em: 23 maio 2015.

_____. **Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011**. Institui o Plano Brasil sem Miséria. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm>. Acesso em: 5 out. 2015.

_____. **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: 5 out. 2015.

_____. **Decreto-Lei nº 579, de 30 de julho de 1938**. Organiza o Departamento Administrativo do Serviço Público, reorganiza as Comissões de Eficiência dos

Ministérios e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-579-30-julho-1938-350919-publicacaooriginal-126972-pe.html>>. Acesso em: 27 set. 2014.

_____. **Emenda Constitucional nº 26, de 14 de fevereiro de 2000.** Altera a redação do art. 6º da Constituição Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc26.htm>. Acesso em: 27 set. 2014.

_____. **Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010.** Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc64.htm>. Acesso em: 9 fev. 2016.

_____. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. 2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm>. Acesso em: 5 nov. 2015.

_____. **Lei nº 11.513, de 26 de outubro de 2011.** Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – PRONATEC. 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12513.htm>. Acesso em: 5 out. 2015.

_____. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 5 out. 2015.

_____. **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960.** Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm>. Acesso em: 9 abr. 2016.

_____. **Lei nº 8.080, de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 set. 2015.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 1993a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. 1998b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 9 abr. 2016.

_____. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE). **Plano diretor da reforma do aparelho do estado.** Brasília, 1995. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Contrato organizativo da ação pública em saúde.** Brasília, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf>. Acesso em: 5 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002.** Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm>. Acesso em: 23 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2.135 de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 5 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 9 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997.** Aprova as Normas e Diretrizes do Programa Agentes Comunitários de saúde e do Programa Saúde da Família. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 06 de novembro de 1996.** Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011e. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 5 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Pacto pela saúde. 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 5 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 4 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 24 de maio de 1993**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/93. Brasília, DF, 1993b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991**. Aprova a Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: NOB-INAMPS 01/91. Brasília, DF, 1991.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política nacional de assistência social e norma operacional básica (NOB-SUAS)**. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política nacional de educação permanente do SUAS**. Brasília, 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional e Assistência Social. **Política nacional de assistência social**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional e Assistência Social. **Programa de erradicação do trabalho infantil (PETI)**. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/servicos-e-programas/peti>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC). **Plano Brasil maior (2011-2014)**. Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <http://www.brasilmaior.mdic.gov.br/wp-content/uploads/cartilha_brasilmaior.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2014.

_____. Ministério do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de assistência Social. **Anais da V Conferência Nacional de**

Assistência Social. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/conferencias-nacionais/v-conferencia-nacional/conferencias-nacionais/v-conferencia-nacional/anais-da-v-conferencia.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do BNDES. **Manual de elaboração:** o passo a passo da elaboração do PPA para municípios. 2. ed. Brasília, DF, 2005c.

_____. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2015.

_____. **Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006.** Institui a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). 2006d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2015.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 9 abr. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: _____. (Org.). **Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. p. 15-28.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 7-26, jul./ago. 2000.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 35, p. 119-159, jul./dez. 2010.

BRONZO, Carla; VEIGA, Laura. 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.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAGNIN, Rafael Fagundes et al. A gestão macroeconômica do governo Dilma (2011 e 2012), **Novos Estudos**, São Paulo, n. 97, p. 169-185, nov. 2013.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, Edval Bernardino. A gestão na efetivação do SUAS. **O Social em**

Questão, Rio de Janeiro, v. 1, n. 30, p. 15-24, 2013.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidade da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CARVALHO, Brígida Gimenez; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI JUNIOR, Luis. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Eduel, 2001. p. 27-56.

CARVALHO, José Murilo. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASTRO, Jorge Abrahão. Política social: alguns aspectos relevantes para discussão. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA - UNESCO. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília, 2009. p. 87-132.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção**. 2004. Disponível em:

<http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_Saude>.

Acesso em: 10 jul. 2012.

CHIES, Cláudia; YOKOO, Sandra Carbonera. Colonização do norte paranaense: avanço da cafeicultura e problemas decorrentes deste processo. **Revista GEOMAE**, Campo Mourão, v. 3, n. 1, p. 27-44, 2012.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez, 1996. p. 11-55.

COHN, Gabriel (Org.). **Max Weber**: sociologia. 7. ed. São Paulo: Ática, 2003.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A relação estado/sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 25, n. 77, p. 148-176, mar. 2004.

COSTA, Lucia Cortes. O governo FHC e a reforma do estado brasileiro. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 11, n. 17, p. 49-79, 2000.

_____. **Os impasses do estado capitalista**: uma análise sobre a reforma do estado no Brasil. Ponta Grossa: UEPG, 2006.

COUTO, Berenice Rojas et al. **O sistema único de assistência social no Brasil**: uma realidade em movimento. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

COUTO, Berenice Rojas. Assistência social: direito ou bem-estar? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 665-677, out./dez. 2015.

_____. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

DRAIBE, Sonia. Brasil: O sistema de proteção social e suas transformações recentes. In: SEMINARIO REGIONAL SOBRE REFORMAS DE POLÍTICA PÚBLICA, 1992, Santiago. **Actas...** Santiago, 1992. Disponível em: <<http://archivo.cepal.org/pdfs/1992/S9200594.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

_____. Qualidade de vida e reformas de programas sociais: o Brasil no cenário latino-americano. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 31, dez. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451993000300002>. Acesso em: 5 nov. 2015.

DRUCK, Graça; FILGUEIRAS, Luiz. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan./jun. 2007.

DRUMOND, Alexandre Matos; SILVEIRA, Suely de Fátima Ramos; SILVA, Edson Arlindo. Predominância ou coexistência? modelos de administração pública brasileira na política nacional de habitação. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 3-25, jan./fev. 2014.

FAGNANI, Eduardo. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **Texto para Discussão**, Campinas, n. 192, jun. 2011.

FAGUNDES, Helenara Silveira; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. O princípio da integralidade nas políticas nacionais de saúde e assistência social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, n. 38, 2008.

FALEIROS, Vicente de P. **A política social no Estado capitalista**. São Paulo: Cortez, 2007.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 3. ed. Rio de Janeiro: Globo, 2001.

FOGARI, Edna Regina Gomes. **Norte do Paraná: um estudo dos movimentos de ocupação e sua recente história**. Disponível em: <http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/producoes_pde/md_edna_regina_gomes_fogari.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2016.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1173-1182, 2014.

GIL, Célia Regina Rodrigues; MARTIN, Gilberto Berguio; GUTIERREZ, Paulo Roberto. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta do processo de municipalização. In: ANDRADE, Selma Maffei; CORDONI JUNIOR, Luis; SOARES, Darli Antonio (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 61-91.

GIOVANELLA, Lígia et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 37-61, 2002.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 575-626.

GONÇALVES, Reinaldo. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 637-671, out./dez. 2012.

HOLANDA, Sergio Buarque. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia de Letras, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Serviço social e relações sociais no Brasil**. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IANNI, Octávio. A questão social. In:_____. **Pensamento social no Brasil**. Bauru: EDUSC, 2004. p. 87-109.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1998.

_____. Sinergia em políticas e serviços públicos. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

INSTITUTO CIDADANIA. **Projeto fome zero**. São Paulo: Instituto Cidadania, 2002.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JOVCHELOVITCH, Marlova. O processo de descentralização e municipalização no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 56, p. 34-49, mar. 1998.

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.

_____. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD “EL TRÁNSITO DE LA CULTURA BUROCRÁTICA AL MODELO DE LA GERENCIA PÚBLICA: PERSPECTIVAS, POSIBILIDADES Y LIMITACIONES”, 11., 1997, Caracas. **Anais...** Caracas, 1997.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde:

contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado. In: _____. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 151-178.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan./jun. 2007.

_____. Fundamentos da história. In: IANNI, O. (Org.). **Karl Marx: sociologia**. Tradução de Maria Elisa Mascarenhas, Ione de Andrade e Fausto N. Pellegrini. São Paulo: Ática, 1979. p. 45-61.

_____. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia Alemã**. Tradução de Luis Claudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 39-64.

MATTOSO, Jorge. Dez anos depois. In: SADER, Emir (Org.). **10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma**. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2013. p. 111-121.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola da Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A política de saúde no governo Lula. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MILIBAND, Ralph. **O estado na sociedade capitalista**. Tradução de Fanny Tabak. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

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

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosemary Gonçalves. Intersectorialidade e políticas sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Luiz Teixeira; SOUZA, Rosimary Gonçalves (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 41-54.

_____. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2010.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários á prática educativa**. São Paulo: Cortez, 1999.

MORONI, José Antonio. O direito a participação no Governo Lula. In: INTERNACIONAL CONFERENCE ON SOCIAL WELFARE (ICSW), 32., 2006, Brasília. **Proceedings...** Brasília, 2006.

MORONI, José Antonio; CICONELLO, Alexandre. A intersectorialidade nas políticas públicas. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 6., 2007, Brasília. **Anais...** Brasília, 2007. p. 79-90.

NAVARRO, Vicente. Produção e estado do bem-estar: o contexto das reformas. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 91-124.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Ditadura e serviço social**: uma análise do serviço social no Brasil pós 64. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

NIVEAU, Maurice. **A história dos fatos econômicos contemporâneos**. São Paulo: Difusão Européia do Livro (DIFEL), 1969.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. A crise da gestão pública: do reformismo quantitativo a um caminho qualitativo de reforma do Estado. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 21, p. 6-25, 1997a.

_____. A dimensão política da descentralização participativa. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 8-19, jul./set. 1997b.

_____. **As possibilidades da política**: ideias para a reforma democrática do Estado. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PARANÁ. Secretaria da Família e Desenvolvimento Social. **Programa família paranaense**. 2011. Disponível em

<http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/familia_paranaense/apresentacao/Guia_Orientacao.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2014.

_____. Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social. **Plano municipal de assistência social 2014 – 2017**: manual de elaboração. 2013. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/Capacitacao/material_apoio/manual_pmas_2014_2017.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2016.

_____. Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social. **Programa família paranaense**: edital de adesão a AFAl. Curitiba. 2012. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/editais/afai/edital_afai.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro de 2016.

PAULA, Ana Paula Paes. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Luiz Teixeira; SOUZA, Rosimary Gonçalves (Org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 23-39.

_____. Centralização e exclusão social: duplo entrave à política de assistência social. **Ser Social**, Brasília, n. 3, 1998.

_____. Como conjugar especificidade e intersetorialidade na concepção e implementação da política de assistência social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 77, p. 54-62, mar. 2004.

_____. Estado, regulação social e controle democrático. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERRJ, 2002. p. 25-42.

_____. **Política social**: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012.

RABELLO, Wagner. **Estruturação da máquina administrativa no Brasil desde 1930**: dimensões estruturais e culturais. Disponível em: <https://www.editoraferreira.com.br/Medias/1/Media/Professores/ToqueDeMestre/WagnerRabello/Toq_06_Wagner_Rabello.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2014.

RAICHELIS, Raquel. Articulação entre os conselhos de políticas públicas: uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 85, p. 109-116, mar. 2006.

_____. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na

conjuntura de crise mundial. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 609-635, out./dez. 2013.

REINACH, Sofia. A “transversalidade” brasileira: uma construção própria que vai além das influências internacionais. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 10., 2013, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386769741_ARQUIVO_SofiaReinach.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

REZENDE, Mônica; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; AMÂNCIO FILHO, Antenor. O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersectorialidade. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 301-322, maio/ago. 2015.

RIBEIRO, Livia Maria de Pádua; PEREIRA, José Roberto; BENEDICTO, Gideon Carvalho. As reformas da administração pública brasileira: uma contextualização do seu cenário, dos entraves e das novas perspectivas. In: ENCONTRO DA ANPAD, 37., 2013, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2013.

SAMPAIO JUNIOR, Plínio de Arruda. Desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo: tragédia e farsa. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 672-688, out./dez. 2012.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

_____. **Por uma globalização do pensamento único à consciência universal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

SILVA, Maria Ozanira da Silva; YAZBEK, Maria Carmelita; DI GIOVANNI, Geraldo. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, Renato. **Malária e desenvolvimento: a saúde pública no governo JK (1956-1961)**. 2008. 274 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

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

_____. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002 (Coleção Questões da Nossa Época, n. 78).

SOARES, Raquel Cavalcanti. Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais. In: GARCIA, Maria Lucia Teixeira (Org.). **Análise da política de saúde brasileira**. Vitória: EDUFES, 2014. p. 15-41.

SOUZA FILHO, Rodrigo. **Gestão pública & democracia: a burocracia em questão**.

Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

SPOSATI, Aldaíza et al. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SPOSATI, Aldaíza. **A menina LOAS**: um processo de construção da assistência social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007a.

_____. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 77, p. 30-53, mar. 2004.

_____. Gestão pública intersetorial: sim ou não? comentários de experiência. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2006.

_____. Proteção e desproteção social na perspectiva dos direitos socioassistenciais. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 6., 2007, Brasília. **Anais...** Brasília, 2007b.

_____. Sistema único: modo federativo ou subordinativo na gestão do SUAS. **Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 50-61, jan./jun. 2015.

_____. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 104-115, jan./jun. 2011.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TAVARES, Maria C.; FIORI, José L. **(Des) ajuste global e modernização conservadora**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, nov./dez. 2000.

TEIXEIRA, Rodrigo Alves; PINTO, Eduardo Costa. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. esp., p. 909-941, dez. 2012.

TELLES, Vera. A “nova questão social” brasileira: ou como a figura de nosso atraso viraram símbolo de nossa modernidade. **Caderno CRH**, Salvador, n. 30, p. 85-110, jan./dez. 1999.

TONET, Ivo. Interdisciplinaridade, formação humana e emancipação humana. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 725-742, out./dez. 2013.

VIEIRA, Evaldo. **Democracia e política social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Estado e miséria social no Brasil**: de Getúlio a Geisel. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Os direitos e a política social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

WESTPHAL, Márcia Faria. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 9-18, 1997.

WESTPHAL, Márcia Faria; MENDES, Rosilda. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.

YAZBEK, Maria Carmelita. A pobreza e as formas históricas de seu enfrentamento. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 9, n. 1, p. 217-228, jul./dez. 2005.

_____. Globalização, precarização das relações de trabalho e seguridade social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 56, p. 50-59, mar.1998.

_____. Pobreza no Brasil contemporâneo. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 110. p. 288-322, abr./jun. 2012.

_____. Sistemas de proteção social, intersetorialidade e integração de políticas sociais. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Luiz Teixeira; SOUZA, Rosimary Gonçalves (Org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 77-103.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO ENTREVISTAS

INTERAÇÃO INICIAL

- . Esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa
- . Esclarecimentos em relação à técnica de coleta de dados utilizada (entrevista semiestruturada)
- . Submissão para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- . Esclarecimento em relação à gravação da entrevista - para permitir a integralidade das informações prestadas, que as fitas serão devidamente destruídas após sua transcrição e que o entrevistador utilizará um roteiro para orientar a abordagem das questões.
- . Apresentação das questões que serão abordadas e que constam no roteiro.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____

Profissão e função: _____

Formação: _____

Tempo de atuação nesta política (neste município e em outros municípios e/ou instituições): _____

Tempo de atuação na elaboração dos Planos: _____

QUESTÕES A SEREM ABORDADAS

O processo de elaboração do Plano Municipal (quando é elaborado, a partir de que informações, quem participa e como participa)

Planejamento de ações que envolvem mais de um setor da administração municipal

Referências a articulações intersetoriais no Plano 2014/2017

A articulação entre os setores no momento do planejamento

PARA FINALIZAR

- . Resgatar resumidamente as questões abordadas e perguntar se o entrevistado gostaria de acrescentar algo.
- . Agradecer a participação e contribuição.

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA MODERADOR/FACILITADOR DOS GRUPOS FOCAIS

INTERAÇÃO INICIAL

- . Apresentação do moderador e dos observadores
- . Esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa
- . Esclarecimentos em relação à técnica de coleta de dados utilizada (grupo focal)
- . Submissão para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- . Esclarecimento de que as falas do Grupo Focal serão gravadas para permitir a integralidade das informações prestadas, que as fitas serão devidamente destruídas após sua transcrição e que o moderador utilizará um roteiro para orientar a abordagem das questões.
- . Acordo de convivência
 - ☞ Celulares
 - ☞ Respeito às falas
 - ☞ Respeitar horário (estabelecer o horário)
 - ☞ O grupo pode sugerir mais
- . Apresentação do grupo (nome, conselho, representação)
- . Assegurar ao grupo que não existem respostas certas e erradas.
- . Apresentação das grandes questões que serão abordadas e que constam no roteiro.
- . Esclarecer que podem anotar (nas folhas disponibilizadas pela pesquisadora) pontos que consideram importantes e que, eventualmente, não coloquem no momento, por questão de ordem.

QUESTÕES A SEREM ABORDADAS

Significado de intersetorialidade

Importância/benefícios da intersetorialidade na implementação das políticas sociais

Articulações intersetoriais identificadas no município

Como os Conselhos de Saúde e Assistência Social se relacionam entre si e com os Conselhos das demais políticas

Dificuldades para a efetivação da intersetorialidade

Desafios para a efetivação da intersetorialidade

PARA FINALIZAR

- . Fazer um resumo dos assuntos discutidos e perguntar se os participantes gostariam de acrescentar algo.
- . Agradecer ao grupo.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: A Intersetorialidade na Gestão das Políticas de Saúde e Assistência Social em Municípios da Região Norte do Estado do Paraná.

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada A Intersetorialidade na Gestão das Políticas de Saúde e Assistência Social em Municípios da Região Norte do Estado do Paraná, realizada em municípios selecionados da mencionada região. O objetivo da pesquisa é “Analisar como as atuais políticas brasileiras de assistência social e saúde incorporam a intersetorialidade no processo de gestão”. A sua participação é muito importante e ela se dará mediante a participação em entrevistas e/ou grupos focais que serão conduzidos por meio de um roteiro pré-definido pela pesquisadora. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Informamos que as entrevistas serão gravadas, a fim que contenham, na íntegra, os dados e informações prestadas pelos participantes e que posteriormente serão transcritas. Entretanto será realizada a codificação dos participantes e respectivos municípios a fim de garantir do anonimato. Após este processo as gravações serão destruídas

Os benefícios esperados são: oferecer contribuições à reflexão teórica sobre a intersetorialidade, permitindo melhor compreensão do significado dos aspectos envolvidos no âmbito da implementação das políticas sociais e proporcionar aos participantes do estudo a reflexão sobre as estratégias adotadas na implementação das diferentes políticas e sua capacidade de dar resposta às necessidades dos usuários, considerando a complexidade das situações que os envolve e a identificação de limites e possibilidades da adoção da perspectiva intersetorial no sentido de promover mudanças que respostas resolutivas às necessidades dos cidadãos.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua

participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com a pesquisadora Eliane Cristina Lopes Brevilheri –Rua João Carlos de Faria, 83 - Cornélio Procópio/Pr - Fone 43 3523 8181 - Email: eliane.lopes@saude.pr.gov.br, ou com sua orientadora Professora Dra. Márcia Pastor, no Departamento de Serviço social da Universidade Estadual de Londrina Fone 43 3371 4245 - Email: marcia.pastor64@gmail.com, ou, ainda, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Koch, nº 60, no telefone 33712490 ou por e-mail: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a).

_____, ____ de _____ de ____.
(Local e data)

Assinatura

Pesquisador Responsável: Eliane Cristina Lopes Brevilheri – RG 2.249.471
SSP/PR

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Local e data

Observação: Este termo é constituído de duas vias, sendo que uma ficará com o participante do grupo focal/entrevista e a outra com a pesquisadora responsável.

ANEXO

ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina
 Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	150/2014
CAAE:	34298414.4.0000.5231
Data da Relatoria:	11/08/2014
Pesquisador(a):	Eliane Cristina Lopes Brevilheri
Unidade/Órgão:	CESA - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"OS DESDOBRAMENTOS DA ABORDAGEM INTERSETORIAL NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS: um estudo de caso na macrorregião norte do estado do Paraná, a partir das políticas de saúde e assistência social."

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL, via Plataforma Brasil, relatório final da pesquisa.

Londrina, 12 de agosto de 2014.

Prof. Dra. Paula Mariza Zedu Alliprandini
 Vice-coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
 Universidade Estadual de Londrina

