



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

THAIZE DE SOUSA MEDEIROS

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE: UM OLHAR
SOBRE O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ (CES/PA)**

**BELÉM/PA
2016**

THAIZE DE SOUSA MEDEIROS

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE: UM OLHAR
SOBRE O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ (CES/PA)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS), vinculado ao Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA), da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Políticas Públicas.

Orientadora: Olinda Rodrigues

BELÉM/PA
2016

Dados Internacionais de Catalogação- na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da UFPA

Medeiros, Thaize de Sousa,

Política pública de saúde e a intersetorialidade: um olhar sobre o Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA) / Thaize de Sousa Medeiros ; orientadora, Olinda Rodrigues. - 2016.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Públicas, Belém, 2016.

1. Política de saúde – Pará. 2. Saúde pública. 3. Conselhos de saúde - Pará. 4. Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA). I. Rodrigues, Olinda, orientadora. II. Título.

CDD – 22 ed. 362.1098115

THAIZE DE SOUSA MEDEIROS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS), da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Políticas Públicas.

Data da aprovação: 18/08/2016.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Olinda Rodrigues
Universidade Federal do Pará - UFPA
(Orientadora)

Prof. Dr. Edval Bernardino Campos
Universidade Federal do Pará - UFPA
(Avaliador Externo)

Prof. Dr. Reinaldo Nobre Pontes
Universidade Federal do Pará - UFPA
(Avaliador Interno)

BELÉM/PA
2016

Dedico este trabalho aos usuários do setor saúde, os quais têm direito ao acesso e, qualidade nos serviços prestados. A discussão apresentada teve como objetivo apontar caminhos para a melhoria da política pública de saúde. Tarefa árdua, porém não deve cessar!

AGRADECIMENTOS

Ao meu eterno e bom Deus que me trouxe ao mundo e sempre renova minhas esperanças quando penso em desistir de meus objetivos e por me proporcionar os aprendizados à vida!

À minha mãe Aricele de Souza – Mãe, estou alcançando mais esse objetivo e sem seu apoio não teria conseguido. Obrigada por tudo, sempre! Ao meu pai Luiz Medeiros, por todos os ensinamentos e amor. Aos meus irmãos Évila e Ewerton que sempre torcem por mim e às minhas sobrinhas Evelyn e Emilly – Obrigada a todos vocês!

Ao meu namorado Luiz Felix, pelo companheirismo, dedicação, aprendizado e por estar ao meu lado em todos os momentos – Amor, você faz parte dessa construção e conquista. Muito obrigada por acreditar em mim, por todo incentivo e por me apoiar, sempre. Te amo!

À professora Olinda Rodrigues, que me proporcionou vários ensinamentos na sala de aula, como sua bolsista e como orientanda – Professora, obrigada por me incentivar, por não desistir de me orientar (diante as dificuldades), por todas as oportunidades, pelo apoio e por sempre acreditar no meu trabalho. Meu muito obrigada, sempre!

Às minhas amigas e colegas de curso, Larissa Marinho e Najara Mayla Costa, as quais fizeram parte dessa construção ao longo desse processo – Amigas, obrigada pela amizade, pelos aprendizados e trocas dentro e fora da sala de aula!

Aos meus outros amigos e colegas de turma, Andrea Ferreira, Bruna Esteves, Ediane Jorge, Elton Rosário, Gisele Viegas, Jane Cabral, Odália Borges e Vânia Catete – Colegas, obrigada pelas discussões, aprendizados, experiências, por fazer parte desta turma aguerrida e por ter compartilhado deste momento com todos vocês!

Aos professores Angêla Vieira, Edval Bernardino e Reinaldo Pontes por terem contribuído com sugestões e discussões na qualificação do projeto e na defesa da dissertação – Professores, obrigada por todas as contribuições, ensinamentos e por terem feito parte deste processo!

À secretária Eunice Borges por toda paciência, educação, receptividade e celeridade em todas as solicitações feitas – Obrigada, Eunice!

Por fim, agradeço a Coordenação e a todos os professores do PPGSS, Joana Valente, Nádia Fialho, Sandra Helena Cruz, Maria Antônia Nascimento, Reinaldo Pontes, Solange Gayoso, Vera Gomes e Adriana Azevedo, que fizeram parte deste processo nos levando a novos campos do conhecimento – Muito obrigada a todos por mais uma oportunidade de aprendizado e crescimento profissional!

Saúde Pública?

*Em conta-gotas anda a Saúde
Pública?...*

Em conta-gotas d'Água...

Em conta-gotas de Sangue...

Em conta-gotas de Lágrimas.

Poeta Nelson Martins

RESUMO

MEDEIROS, Thaize de Sousa. **Política Pública de Saúde e a Intersetorialidade: um olhar sobre o Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA)**. 2016. 157f. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado em Serviço Social e Políticas Públicas) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2016.

Este trabalho apresenta o estudo realizado sobre o Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA) quanto ações de caráter intersetorial no campo da política pública de saúde. Como objetivo geral buscou-se investigar como a intersetorialidade está sendo trabalhada no CES/PA para a efetivação dos serviços de saúde. E, como objetivo específico buscou-se identificar em documentos do CES/PA se ações que caracterizem a intersetorialidade são desenvolvidas, assim como analisar a compreensão dos conselheiros sobre a intersetorialidade, e identificar limites e possibilidades do CES/PA para a efetivação da intersetorialidade. O desenvolvimento do trabalho foi pautado pelo método da pesquisa qualitativa, tendo como subsídio as pesquisas bibliográfica, documental e de campo, sendo utilizada nesta última a entrevista de caráter semi-estruturado enquanto instrumental à coleta dos dados, além da técnica da observação sistematizada. Os resultados mostraram, por sua vez, como o CES/PA vêm inserindo em sua agenda a discussão sobre a intersetorialidade, no que concerne ao campo da política pública de saúde. De tal forma, que os documentos analisados (no período de 2013 a 2015) revelam se o Conselho apresentou ações que denotem a intersetorialidade. Além da compreensão dos conselheiros entrevistados sobre a intersetorialidade, de tal sorte que foi empreendido um trabalho de aproximação das falas dos entrevistados com a literatura trabalhada no que concerne a temática em questão, apresentando a visão dos conselheiros sobre o assunto. E, também, os limites e possibilidades do CES/PA, indicados pelos conselheiros, para a efetivação da intersetorialidade.

Palavras - Chave: Política Pública de Saúde; Intersetorialidade; Conselho.

ABSTRACT

MEDEIROS, Thaize de Sousa. **Política Pública de Saúde e a Intersetorialidade: um olhar sobre o Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA)**. 2016. 157f. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado em Serviço Social e Políticas Públicas) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2016.

This paper presents the study on the State Board of Health of Pará (CES / PA) and inter-sector actions in the field of public health policy. As a general objective we sought to investigate how the intersectoral approach is being worked on CES / PA for the effectiveness of health services. And, as a specific objective sought to identify in the ESC / PA documents are actions that characterize the intersectionality are developed, as well as analyze the understanding of the directors on the intersectionality, and identify the limits and possibilities of the ESC / PA for effective intersectoral. The development work was guided by the method of qualitative research, taking as input the bibliographical research, documentary and field, being used in the latter semi-structured character interview as instrument to data collection, as well as the systematic observation technique. The results showed, in turn, as the ESC / PA have been inserting in its agenda the discussion of intersectionality, as regards the field of public health policy. So that the documents analyzed (in the period 2013-2015) show that the Council presented actions that denote the intersectionality. In addition to understanding of respondents advisers on intersectionality, in such a way that was undertaken an approach work of the interviews with the literature worked as regards the issue in question, presenting the view of the directors on the subject. And, too, the limits and possibilities of the ESC / PA, indicated by the directors, for the realization of intersectionality.

Key - Words: Health Public Policy; intersectionality; Advice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 01 – Responsabilidades entre os gestores do SUS

QUADRO 02 – Assuntos das reuniões do CES/PA – ano 2013

QUADRO 03 – Assuntos das reuniões do CES/PA – ano 2014

QUADRO 04 – Assuntos das reuniões do CES/PA – ano 2015

QUADRO 05 – Atuação em Conselhos

QUADRO 06 – Ideias dos autores sobre intersectorialidade

QUADRO 07 – Compreensão dos conselheiros sobre intersectorialidade

QUADRO 08 – Limites ou dificuldades para a intersectorialidade

QUADRO 09 – Propostas ou possibilidades para a intersectorialidade

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – Atas das reuniões do CES/PA – 2013/2014/2015

TABELA 02 – Perfil dos conselheiros entrevistados – biênio 2014/2015

LISTA DE SIGLAS

ACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEDCA/PA - Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente

CES/PA - Conselho Estadual de Saúde do Pará

CF - Constituição Federal

CIBs - Comissões Intergestores Bipartites

CIST - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CIT - Comissões Intergestores Tripartite

CNS - Conferências Nacionais de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DETRAN - Departamento Estadual de Trânsito

DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais

HOL - Hospital Ophir Loyola

IBGE - Instituto Nacional de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCA - Instituto Nacional de Câncer

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MDS - Ministério de Desenvolvimento Social

MES - Ministério da Saúde

MOPS - Movimento Popular de Saúde

MS - Ministério da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF - Programa Saúde da Família

PTB - Partido Trabalhista Brasileiro

SESPA - Secretário de Saúde do Estado do Pará

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDN - União Democrata Nacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.2 MATERIAIS E MÉTODO.....	19
2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: BREVE DISCUSSÃO TEÓRICA	26
2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O ESTADO: CONTEXTUALIZANDO A RELAÇÃO.....	27
2.2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: TRAJETO HISTÓRICO.....	33
2.3 A REALIDADE DA SAÚDE NO CENÁRIO BRASILEIRO ATUAL.....	48
2.3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS).....	50
2.3.2 Os Níveis de Atenção no SUS: básica, média e alta complexidade.....	56
2.3.3 O Pacto Pela Saúde.....	58
2.3.4 Limites e dificuldades para a política pública de saúde: algumas reflexões.....	59
3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS	63
3.1 A INTERSETORIALIDADE: ABORDAGEM CONCEITUAL.....	64
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS, CONSELHOS E A INTERSETORIALIDADE.....	68
3.2.1 Os Conselhos.....	71
3.2.2 Os Conselhos de Saúde.....	74
3.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A INTERSETORIALIDADE: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO.....	76
3.4 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE: ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE.....	80
3.5 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A INTERSETORIALIDADE.....	87

4 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: UM OLHAR SOBRE O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CES/PA) QUANTO AS AÇÕES INTERSETORIAIS	93
4.1 O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ (CES/PA).....	94
4.2 A ATUAÇÃO DO CES/PA EM AÇÕES INTERSETORIAIS: ANÁLISE DOCUMENTAL.....	98
4.3 A VISÃO DOS CONSELHEIROS DO CES/PA SOBRE A INTERSETORIALIDADE.....	110
4.4 O CES/PA E A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A INTERSETORIALIDADE.....	131
5 CONCLUSÃO	139
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICE	152
Apêndice A.....	153
Apêndice B.....	156

1 INTRODUÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado apresenta a discussão sobre a política pública de saúde e a intersetorialidade, sendo realizado um estudo no Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA), o qual é um espaço assegurado pela Constituição Federativa Brasileira de 1988, enquanto canal onde segmentos da sociedade participam da luta pelos interesses de seus representados.

A proposta de pesquisa aqui apresentada parte, inicialmente, das experiências adquiridas na academia (graduação) enquanto bolsista de iniciação científica no Projeto de Pesquisa (Planejamento Territorial Participativo - PTP: desafios e possibilidades para a gestão democrática no estado do Pará), o qual proporcionou estudos referente as temáticas da participação popular, controle social, democracia participativa, conselhos, Estado, dentre outras.

Culminando, desta forma, na realização de um Trabalho de Conclusão de Curso - A participação da sociedade civil organizada no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA/PA): refletindo o exercício do controle social. E, posteriormente, da possibilidade de participar de uma Residência Multiprofissional em Saúde (pós-graduação), atuando como assistente social residente na instituição pública de saúde, Hospital Ophir Loyola (HOL). Tendo a possibilidade, por meio da mesma, de realizar um estágio complementar no Instituto Nacional de Câncer (INCA) no estado do Rio de Janeiro, o que contribuiu, expressivamente, para a composição da proposta de pesquisa, pois neste espaço foi visualizada uma forte discussão sobre o processo de intersetorialidade das ações entre a saúde e demais setores de políticas públicas.

Essas experiências permitiram a visualização das demandas, da atuação dos profissionais, dos limites e das possibilidades que se desenham dentro de uma instituição pública de saúde e que se mostram refratários aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que

influenciam diretamente no acesso, efetivação e qualidade desses serviços e, conseqüentemente, da política pública de saúde.

Chegou-se a um denominador comum, portanto, em trabalhar a temática da intersetorialidade no espaço do CES/PA, de forma a entender como o Conselho está inserindo em sua agenda essa discussão e instrumento que pode contribuir para o processo de gestão dessa política pública, com vistas ao acesso e qualidade dos serviços oferecidos à população que os demandam a nível do Estado, uma vez que podem ser verificadas dificuldades ao acesso e qualidade dos serviços para os usuários.

As dificuldades que esses usuários enfrentam, por sua vez, são resultantes de um encadeamento de processos que devem ser analisados em sua totalidade. Conforme a teoria social de Marx, esta realidade (vida social) encontra-se situada no sistema capitalista de produção, permeada pela relação capital/trabalho, de tal forma que a grande maioria da população não dispõe de meios necessários (financeiramente) para ter acesso aos serviços de saúde privados, portanto é no sistema público que estes usuários buscam os serviços que necessitam, haja vista que é a própria população que mantém o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de suas contribuições, logo são detentores de direito no que concerne a estes serviços.

Acrescenta-se, também, que o Estado é quem atende as demandas da população via políticas públicas e no cenário da saúde não é diferente. Entretanto, vale ressaltar que este mesmo Estado (neoliberal) atende os interesses do grande capital, sendo assim à população resta os mínimos sociais, para a manutenção da ordem e à própria manutenção do sistema capitalista. Desta maneira, os serviços de saúde, assim como dos demais setores (educação, habitação, assistência social, dentre outros) não são disponibilizados em sua integralidade, tão pouco atendem as demandas sociais que só aumentam, havendo desta maneira uma relação desproporcional entre a demanda e os serviços oferecidos, assim como a precariedade desses serviços.

Tendo isso em vista, a realidade no cenário da saúde pública, no que diz respeito às dificuldades que os usuários enfrentam ao acesso e qualidade desses serviços é resultado das múltiplas determinações de existência que se

situam nesse sistema capitalista que irão conformar o concreto enquanto um processo de pensamento, ou seja, é a unidade do diverso que se exprime, neste caso, como a problemática no cenário da saúde no que toca as dificuldades dos usuários aos serviços de saúde e dos demais setores.

Neste sentido, a proposta em estudar o tema, de forma a investigar como o CES/PA vem trabalhando a intersetorialidade em relação a outros setores de políticas públicas, é necessária na medida em que se entende que as demandas sociais necessitam ser atendidas em sua integralidade no que concerne aos serviços e direitos sociais, pois este trabalho articulado fortalece as lutas sociais, as reivindicações e a democratização do acesso à garantia dos direitos da população.

Para tanto, a promulgação da Constituição Federal de 1988, já mencionada, demarca uma nova ordem política no cenário brasileiro, pois promove a abertura ao processo democrático, de tal forma que a gestão das políticas públicas passa para um processo de descentralização e a sociedade civil de forma organizada tem como direito constitucional (resultado de lutas e mobilizações) participar da formulação e controle dessas políticas “provocando um redirecionamento nas tradicionais relações entre Estado e sociedade” (STEIN, 1997, p. 75).

A carta constitucional instituiu assim, a participação da sociedade civil organizada no processo decisório no que concerne a discussão e elaboração das políticas públicas junto ao Estado, de forma a assegurar o caráter democrático das decisões e, principalmente, de assegurar os direitos da população por meio dessas políticas.

Esse processo, portanto, se estendeu ao campo da Seguridade Social, que reúne o tripé: Assistência Social, Previdência Social e Saúde, inovando na organização das iniciativas do poder público e viabilização de propostas à efetivação dos serviços nestes campos.

Sendo que, a participação da sociedade civil de forma organizada se constitui enquanto fio condutor para que as demandas sociais sejam priorizadas nesse contexto. No que se refere à política de saúde a reflexão parte das lutas empreendidas em meados de 1970, no Movimento da Reforma Sanitária com sua ampliação na década de 1990, de forma a implantar o SUS,

tendo como objetivo maior assegurar a atuação do Estado em função da sociedade “pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (BRAVO, 2010, p. 12).

Tendo isso em vista, a política de saúde ganhou destaque no cenário nacional, uma vez que a implantação de um sistema público de saúde configurava-se em uma necessidade prioritária à população, a qual demandava ação imediata do Estado frente ao caos instalado no país.

Desta forma, foram instituídos os Conselhos e as Conferências para contribuir na efetivação dos serviços de saúde e da própria política pública, de forma a discutir mecanismos de acompanhamento, deliberação e controle das ações referente ao setor em questão, o denominado controle social.

Com esta concepção, portanto, surgem os Conselhos, sendo a saúde a pioneira na instituição desses espaços, os quais com o processo de descentralização se constituem como um mecanismo de legitimação da gestão, de forma a ter ingerência sobre as ações que conformam o setor saúde.

Nesse contexto, o Conselho Nacional de Saúde recebe destaque, pois foi criado enquanto mecanismo de reafirmação do SUS, pois nele a sociedade civil organizada participa das decisões em defesa da política pública de saúde e dos serviços dela provenientes.

Vale ressaltar, entretanto, que o Conselho está inserido em um contexto de tensionamento entre dois projetos antagônicos: o projeto privatista do capital que defende o desmonte da política pública de saúde e abertura para o mercado e o projeto da sociedade civil, que defende a ampliação do SUS e seus princípios, ou seja, sua permanência enquanto sistema público de saúde (CORREIA, 2009).

Neste sentido, os Conselhos têm um papel fundamental para que o projeto progressista da sociedade civil supere o projeto privatista do mercado, tendo em vista que os participantes do Conselho por meio de sua atuação podem contribuir para que os interesses da população sejam atendidos.

Vale ressaltar que, o Conselho de Saúde é um espaço que congrega segmentos heterogêneos da sociedade. Desta forma, o Conselho enquanto espaço instituído e legitimado pela Constituição Federal de 1988 deve ser

funcional às demandas da sociedade, de forma a atender as necessidades dos usuários da saúde pública. Sendo assim, o poder de intervenção dos atores que constituem esse espaço deve ser intensificado, na medida em que favorece a efetivação dos serviços de saúde.

Além do controle social, o espaço dos Conselhos também é instância onde pode e deve ser empreendida a discussão e desenvolvimento de estratégias intersetoriais, enquanto mecanismo à efetivação da política pública de saúde em articulação com os demais setores de políticas públicas.

Neste sentido, o Conselho de Saúde, assim como dos demais setores podem empreender ações articuladas e integradas, de forma a atender suas demandas específicas, assim como dos outros campos, haja vista a função das políticas públicas ser a de atender as demandas sociais em suas várias necessidades, pois entende-se que os sujeitos estão inseridos em um contexto que abrange distintos aspectos, os quais merecem uma abordagem e intervenção holística.

Neste campo de discussão, portanto, a intersectorialidade é um mecanismo que tem como pressuposto o rompimento com a tradição fragmentadora das políticas públicas e sociais, por meio da qual podem ser efetivadas ações integradas e em rede, além de empreender uma nova relação entre cidadão e Estado, pois neste processo esses atores devem se fazer atuantes em direção a viabilização dos direitos sociais (MONNERAT E SOUZA, 2014).

Nesse contexto apresenta-se o CES/PA, o qual tem como objetivo atuar na fiscalização, deliberação e discussão de ações frente as demandas da saúde pública paraense. Sendo este, portanto, um espaço importante para essa política pública, que deve trabalhar em suas ações a intersectorialidade, o que será investigado no processo de pesquisa proposto, tendo em vista que os Conselhos foram criados para que as políticas públicas e os serviços delas provenientes sejam democratizados.

A proposta de pesquisa justifica-se, portanto, pela necessidade em verificar como está sendo trabalhada a intersectorialidade no espaço do Conselho Estadual de Saúde do Pará, levando em consideração que a atuação

desta instituição está voltada a compreensão da realidade dos usuários do SUS (necessidade de oferta, efetivação e qualidade dos serviços de saúde).

Sem mencionar que a saúde é um direito universal e que dela depende o bem estar da população em todos os outros aspectos de seu cotidiano, e que todos os segmentos da população (crianças, jovens, adultos e idosos), portanto, têm direito a acessar esses serviços. E, cabe aos seus representantes defender esse direito e fazê-lo concreto, haja vista sua legitimidade.

Sua relevância está em socializar os resultados obtidos por meio da pesquisa para que a população possa ter acesso aos serviços de saúde, assim como, para que os representantes do Conselho possam realizar ações nessa direção, com o objetivo de atender as demandas sociais com qualidade nos serviços prestados, e que possam ter o entendimento de que os espaços dos Conselhos, além de permitir o exercício do controle social são canais de participação para o desenvolvimento de ações partindo de estratégias intersetoriais, com vistas ao atendimento das demandas sociais em sua integralidade. Por isso, parte-se do seguinte questionamento: Como a intersetorialidade está sendo trabalhada no Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA) para a efetivação dos serviços de saúde?

Para responder esse questionamento, portanto, foi definido o seguinte objetivo geral: Investigar como a intersetorialidade está sendo trabalhada no Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA) para a efetivação dos serviços de saúde. E, os seguintes objetivos específicos: Identificar em documentos se ações que caracterizem a intersetorialidade são desenvolvidas pelo CES/PA; Analisar a compreensão dos conselheiros sobre intersetorialidade; e Identificar limites e possibilidades do Conselho para a efetivação da intersetorialidade.

Neste sentido, o trabalho apresenta-se disposto em três capítulos. Sendo que, os dois primeiros apresentam uma discussão teórica e conceitual e o último apresenta a análise dos dados relacionando-os aos dois primeiros capítulos, de forma a responder ao questionamento da pesquisa a partir dos objetivos que foram definidos para tal.

O primeiro capítulo, intitulado “**A política pública de saúde: breve discussão teórica**” apresenta uma breve explanação acerca da política

pública de saúde, de forma a apresentar elementos sobre a construção dessa política no cenário brasileiro. Sendo assim, foi realizada uma discussão sobre a relação do Estado com as políticas públicas, para poder delinear o trajeto histórico da política de saúde no país. Assim como, foi trabalhada a realidade da saúde no contexto atual, com destaque para a implementação do SUS, partindo de seus princípios e diretrizes, os quais estabelecem níveis de atenção para atendimento das demandas sociais. Além de, apresentar alguns elementos acerca dos desafios e dificuldades que se fazem presentes nesse processo de consolidação da política pública de saúde, que devem ser transpostos para que a população possa ser atendida em suas necessidades.

O segundo capítulo, por sua vez, intitulado “**Intersetorialidade e política pública de saúde: reflexões e perspectivas**” é dedicado a discussão sobre a intersectorialidade, de forma a apresentar reflexões sobre essa temática e perspectivas no que tange ao campo das políticas públicas, em especial a política de saúde. Neste sentido, será realizada uma explanação conceitual sobre a temática, a qual é apresentada na visão de diferentes autores, mas que apresentam aproximações sobre o conceito. Será abordada, também, a relação das políticas públicas com a intersectorialidade e a importância da atuação dos Conselhos, com destaque aos Conselhos de Saúde, para a promoção de ações com caráter intersectorial. E, a apresentação de alguns desafios no campo das políticas públicas, em especial a de saúde quanto a inserção da intersectorialidade em seu processo de gestão, assim como de algumas possibilidades, de forma a explicitar como a construção de ações articuladas e em rede entre os setores de políticas públicas favorece a intervenção de forma conjunta com indicadores mais qualificados.

Por fim, o último capítulo intitulado “**Política pública de saúde no Estado do Pará: um olhar sobre o Conselho Estadual de Saúde (CES/PA) quanto as ações intersectoriais**” refere-se a pesquisa de campo realizada no Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA), de forma a realizar a análise sobre a atuação do Conselho quanto ações com caráter intersectorial, conforme pressupõem os objetivos da referida pesquisa. Destaca-se, também, a explanação sobre os Conselhos de Saúde, de forma a situar o CES/PA enquanto espaço que discute, propõe, delibera e acompanha ações

relacionadas a política pública de saúde no estado. Além disso, será apresentada a composição e atuação deste espaço no contexto da saúde, assim como a pesquisa documental realizada sobre as atas que foram disponibilizadas pela Secretaria do Conselho, de forma a identificar ações com caráter intersetorial em sua atuação, no período a que se refere os documentos. Posteriormente, serão apresentados os dados em relação as entrevistas realizadas com os conselheiros, no sentido de analisar a visão deles sobre a intersetorialidade e discutir limites e possibilidades que os mesmos identificam para a efetivação da intersetorialidade no que compete a política pública de saúde em articulação com outros setores.

Sendo que, para a realização da pesquisa foi utilizado um conjunto de procedimentos, de forma a dar respostas às questões e objetivos definidos. A seguir, portanto, serão evidenciados os materiais e método que subsidiaram a proposta aqui apresentada.

1.2 MATERIAIS E MÉTODO

O processo metodológico deste projeto de pesquisa está pautado pelo método dialético, baseado na teoria social de Marx, a qual exprime a realidade enquanto apreensão pensada (abstração) que pode resultar no chamado concreto pensado, que é fruto das múltiplas determinações, isto é, unidade do diverso.

Sendo que, somente o pensamento tem a capacidade de realizar a apreensão dessas determinações, pois de acordo com Lanni (1986, p. 2) “Marx retoma a concepção de que, explicar a realidade é não só descobrir os nexos que constituem a realidade, mas ajudar essa realidade a se constituir”.

Portanto, é a partir da apreensão da realidade que se constrói as categorias de análise de um determinado objeto de pesquisa, sendo que faz-se necessária a reflexão sobre a mediação entre universalidade (construções no campo do pensamento, abstrações), particularidade (campo histórico, expressão das múltiplas determinações do objeto) e singularidade (realidade

específica que apresenta o objeto de estudo) à construção dessas categorias, as quais irão conformar a totalidade da vida social.

Neste sentido, o tipo de pesquisa utilizado foi a exploratória, a qual, segundo Gil (2008, p. 41):

[...] tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Pode-se dizer que este tipo de pesquisa tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

Utilizando-se, desta forma, de uma abordagem qualitativa, haja vista que, este tipo de abordagem fornece meios de explorar os pontos de vista do objeto de pesquisa, assim como se põe a estudar as relações complexas que buscam compreender e interpretar o fenômeno em seu contexto natural. Entende-se que de acordo com as prerrogativas da abordagem qualitativa, esta pode fornecer dados que respondam a questões muito particulares, pois “o objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos” (MINAYO, 2008, p. 21).

Tendo em vista o método de abordagem e o tipo de pesquisa definidos para o trabalho investigativo pretendido, este foi realizado em 4 fases ou etapas, levando-se em consideração que o corte temporal da pesquisa condiz ao período de três anos, 2013, 2014 e 2015, para a pesquisa documental e os entrevistados condizem a gestão em exercício no biênio 2014-2016. Segue, portanto, as etapas da pesquisa:

A primeira etapa diz respeito a pesquisa bibliográfica que foi realizada por meio da leitura de obras como: livros, artigos, dissertações e teses que permitirão ter um melhor entendimento sobre os assuntos aqui trabalhados (conselhos, participação, intersetorialidade, democratização, política pública de saúde e Estado). No que tange a pesquisa bibliográfica, Severino (2007) ressalta que os textos “tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes” (SEVERINO, 2007, p. 122).

Neste sentido, a pesquisa bibliográfica é um meio importante para o processo de pesquisa, pois permeia todo o processo investigativo e deve

anteceder, portanto, a ida a campo, de forma que possibilita um embasamento teórico mais consistente, permitindo a reflexão sobre os conceitos e categorias que fundamentam a pesquisa como um todo. Além de, fornecer informações de caráter científico atribuindo maior confiabilidade ao trabalho desenvolvido.

A segunda etapa constou da pesquisa documental, de forma a empreender o resgate de informações acerca da problemática. Sendo que, a pesquisa documental, pode ser efetuada principalmente, em fontes, como: Relatórios, Atas de reuniões, Regimentos, dentre outras. Documentos estes relacionados a dinâmica de funcionamento do CES/PA e atuação dos atores nele envolvidos.

De acordo com Severino (2007, p. 123) a pesquisa documental é um instrumento importante no processo investigativo, pois “os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, ainda são matéria-prima, a partir do qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise”.

Desta maneira, a análise destes materiais contribuiu para a compreensão do processo de atuação do CES/PA, de forma a identificar a ocorrência de ações intersetoriais, com vistas a efetivação dos serviços de saúde. E, portanto, responder os objetivos propostos.

Na terceira etapa foi realizada a pesquisa de campo, a partir da utilização dos instrumentais definidos a dar respostas aos questionamentos, os quais foram combinados de forma a coletar os dados de interesse à pesquisa.

De acordo com Minayo (2008, p. 26) esta fase “realiza um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação ou refutação de hipóteses e de construção de teoria”, ou seja, é uma fase indispensável para o conhecimento da realidade. Os instrumentais utilizados neste momento foram: a observação sistemática ou planejada e a entrevista de caráter semi - estruturado.

A observação sistemática ou planejada foi utilizada em algumas reuniões do CES/PA, de forma a identificar e analisar presencialmente como a intersetorialidade vem sendo incluída na agenda do Conselho.

Para Chizotti (2003, p. 54) a observação sistemática tem como objetivo “superar as ilusões das percepções imediatas e construir um objeto que,

tratado por definições provisórias, seja descrito por conhecimentos e estes permitam ao observador formular hipóteses explicativas a serem constatadas e analisadas”.

No que concerne a entrevista de caráter semi-estruturado esta foi aplicada aos conselheiros do CES/PA, sendo 01 representante do segmento gestor, 02 do segmento dos trabalhadores, 03 do segmento dos usuários, além do presidente da instituição em exercício naquele momento, os quais foram definidos de acordo com a participação atuante no Conselho (participação em reuniões, nas proposições, deliberações, etc.) para identificar qual o entendimento desses atores sobre intersectorialidade e os limites e as possibilidades para sua efetivação.

A entrevista de caráter semi – estruturado foi definida para o processo metodológico, pois nela “as perguntas são normalmente especificadas, mas o investigador está mais livre para ir além das respostas de uma maneira que pareceria prejudicial para as metas de padronização e comparabilidade” (MAY, 2004, p. 148).

Ainda conforme o autor, a entrevista semi-estruturada permite que as pessoas se apropriem mais dos termos usados no seu cotidiano para responder os questionamentos, assim como oferece um nível maior de comparabilidade.

Por isso, a amostra delineada foi a do tipo Não Probabilística, a qual segundo Lakatos e Marconi (2009, p. 226) “não faz uso de uma forma aleatória de seleção, não pode ser objeto de certos tipos de tratamento estatístico, o que diminui a possibilidade de inferir, para o todo, os resultados obtidos para a amostra”.

Vale ressaltar que foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os sujeitos entrevistados o assinassem, de forma a formalizar a participação na pesquisa, assim como de proceder à coleta de dados, tendo como pressuposto o caráter ético, imprimindo, desta forma, maior confiabilidade e segurança aos entrevistados.

A última etapa relaciona-se a análise e interpretação dos dados, momento em que foi explorado o conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema investigado, relacionando à pesquisa documental e bibliográfica.

Gomes (2008) ressalta que a análise e interpretação na pesquisa qualitativa não têm como objetivo quantificar os atores investigados, tão pouco as opiniões destes. Seu objetivo principal é explorar essas opiniões em seu conjunto, assim como as representações sociais a respeito da temática pretendida a ser investigada.

Sendo necessário para essa análise respeitar a diversidade de opiniões em um espaço, onde certamente haverá diferenciação destas, por isso a análise qualitativa deve corresponder a essa diferenciação presente nos grupos ou espaços heterogêneos. De tal forma que, “[...] o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes que foram decompostas e, por último, na interpretação - que pode ser feita após a análise ou após a descrição” (GOMES, 2008, p. 80):

Após essas observações sobre análise e interpretação dos dados, é importante ressaltar que o tipo de análise definido para esta pesquisa foi a análise de conteúdo, a partir da qual, na perspectiva qualitativa, segundo Gomes (2008, p. 84) pode-se “[...] caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”.

De acordo com Franco (2007), a análise de conteúdo parte da mensagem em suas diferentes formas de expressão: oral, escrita, documental, gestual, simbólica, dentre outras. Ou seja, não importa como a mensagem será manifesta, pois por meio da análise de conteúdo ela será decodificada, de forma a interpretar seu conteúdo.

As mensagens expressam as representações sociais na qualidade de elaborações mentais construídas socialmente, a partir da dinâmica que se estabelece entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto do conhecimento. Relação que se dá na prática social e histórica da humanidade e que se generaliza via linguagem. Sendo constituídas por processos sociocognitivos, têm implicações na vida cotidiana, influenciando não apenas a comunicação e a expressão das mensagens, mas também os comportamentos (FRANCO, 2007, p. 12).

Outro ponto importante é que na análise de conteúdo as mensagens descobertas precisam ter relevância teórica, isto é, não basta ter apenas caráter descritivo. É necessário que uma informação esteja articulada a outro

dado, sendo assim “toda análise de conteúdo implica comparações contextuais” (FRANCO, 2007, p. 16).

Neste sentido, essas comparações resultam em sistemas, os quais irão dar subsídio à análise, tendo em vista o processo de decodificação das mensagens que são interrelacionadas uma à outra, manifestas em resultados, de forma a refletir os objetivos da pesquisa e ter como subsídio inferências no âmbito das informações emitidas.

Produzir inferências é, pois, *la raison d'etre* da análise de conteúdo. É ela que confere a esse procedimento relevância teórica, uma vez que implica pelo menos uma comparação, já que a informação puramente descritiva, sobre conteúdo, é de pequeno valor. Um dado sobre o conteúdo de uma mensagem (escrita, falada e/ ou figurativa) é sem sentido até que seja relacionado a outros dados (FRANCO, 2007, p. 30).

Posterior a essa primeira etapa, de captura das mensagens e produção de inferências organizou-se os dados para definição das categorias. Inicialmente o conteúdo passou por um processo de pré-análise, o qual se constituiu no primeiro contato com os materiais à reunião dos dados em um esquema com vistas ao desenvolvimento de um plano de análise dos dados.

Tendo isso em vista, a pré-análise possibilitou a sistematização prévia das informações, as quais passaram por um processo de esquematização para a definição das categorias de análise. “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos” (FRANCO, 2007, p. 59).

Sendo que, existem dois tipos de elaboração de categorias. Categorias criadas: “as categorias e seus respectivos indicadores são pré-determinados em função da busca a uma resposta específica do investigador” (FRANCO, 2007, p. 60). E Categorias não definidas: “emergem da ‘fala’, do discurso, do conteúdo das respostas e implicam constante ida e volta do material de análise à teoria” (FRANCO, 2007, p. 61).

As categorias vão sendo criadas à medida que surgem nas respostas, para depois serem interpretadas à luz das teorias explicativas. Em outras palavras, o conteúdo, que emerge do discurso, é comparado com algum tipo de teoria. Infere-se, pois, das

diferentes 'falas', diferentes concepções de mundo, de sociedade, de escola, de indivíduo, etc. (FRANCO, 2007, p. 62).

Pretende-se por meio deste trabalho, portanto, apresentar alguns dados que mostram como o Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA) trabalha a intersetorialidade no campo da política pública de saúde, assim como a visão dos conselheiros sobre essa temática e os limites e possibilidades que eles consideram para sua efetivação no sentido de qualificar o acesso aos serviços de saúde em articulação com outros setores de políticas públicas.

2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: BREVE DISCUSSÃO TEÓRICA

Neste capítulo será empreendida uma breve discussão teórica acerca da política pública de saúde, de forma a apresentar elementos sobre a construção dessa política no cenário brasileiro. Tendo isso em vista, será realizada uma explanação sobre a relação do Estado com as políticas públicas, para poder delinear o trajeto histórico da política de saúde no país, que esteve situada em diferentes contextos políticos, dentre os quais o contexto da ditadura militar até a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instalação do governo democrático, que instituiu a saúde enquanto direito da população, tornando-a pública e gratuita.

Será apresentada, também, a realidade da saúde no contexto atual, com destaque para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado o divisor de águas para a inauguração da saúde pública, sendo a bandeira máxima do denominado Movimento da Reforma Sanitária, que empreendeu a luta pela constituição de um sistema público de saúde.

Desta forma, o SUS será destacado nesta discussão, tendo em vista que o mesmo representa, no contexto atual, a política pública de saúde, pois é por meio dele que são gestadas as ações e serviços de saúde, haja vista ele ter sido regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS - nº 8.080 de 1990), a qual legitima o sistema, consubstanciado por princípios e diretrizes.

Além dos princípios e diretrizes, o SUS estabelece níveis de atenção para o atendimento das demandas sociais, os quais são reunidos na atenção básica ou primária, média e alta complexidade, apoiados pela criação de um projeto denominado Pacto pela Saúde, que define a atuação da gestão dos três entes federados, ou seja, a nível municipal, estadual e nacional.

Para tanto, faz-se necessário, também, apresentar uma breve explanação acerca dos desafios e dificuldades que se fazem presentes nesse processo de consolidação da política pública de saúde, tendo em vista que devem ser transpostos para que a população possa ser atendida em suas necessidades, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que define que a saúde é um direito de todos e deverá ser gratuita e de qualidade.

2.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O ESTADO: CONTEXTUALIZANDO A RELAÇÃO

A relação das políticas públicas com o Estado está diretamente relacionada ao cenário em que se inserem, ou seja, o sistema capitalista de produção, o qual irá estabelecer as relações sociais e a regulação do sistema político e econômico das sociedades capitalistas, incidindo sobre a manutenção da vida social da classe trabalhadora, a qual será atendida pelas políticas públicas por meio de suas reivindicações.

Tendo isso em vista, Silva (1992, p. 27) assevera que, o Estado tem sua origem diante a necessidade de “conter os antagonismos das classes que a sociedade se mostra impotente em conciliar, [...] acaba por configurar-se numa poderosíssima máquina de opressão de uma classe sobre a outra”.

Ou seja, sua origem já determina o seu papel mediador frente às relações antagônicas entre as diferentes classes sociais desde os seus primórdios, mas que vai evoluindo em sua atuação de acordo com as diferentes épocas da história, tendo em vista os diferentes cenários em que se inserem e as relações sociais estabelecidas em cada um deles.

No que concerne ao cenário contemporâneo, faz-se necessário, portanto, entender qual o papel desse Estado, pois é ele quem vai intermediar as relações entre a classe trabalhadora e o sistema capitalista de produção. Trata-se, então, do Estado capitalista, o qual nos dizeres de Carnoy ao parafrasear Offe (1998):

[...] é ‘independente’ de qualquer controle sistemático da classe capitalista, seja direto ou estrutural, mas, a seu ver, a burocracia de Estado representa, de qualquer forma, os interesses dos capitalistas, pois ele depende da acumulação de capital para continuar existindo como Estado. Ao mesmo tempo, porém, o Estado deve ser legítimo. Serve de intermediário das reivindicações dos trabalhadores, no contexto da reprodução da acumulação do capital (CARNOY, 1998, p. 14).

Parte-se, portanto, da análise do Estado baseada na luta de classes, a que era defendida por Marx, colocando o Estado enquanto uma arena de tensionamento e conflitos de classes, de tal forma que de um lado tem-se o

sistema capitalista de produção, ávido por acumulação de capital e de outro a classe trabalhadora que luta por condições mais dignas de trabalho e reivindicação pela igualdade de direitos para a reprodução da vida social.

O Estado é, em última análise, um órgão da classe dominante. No processo de sua realização, o Estado já se constitui fetichizado, pois tende a aparecer, na consciência e na prática das pessoas, sob uma forma abstrata, como um ato de vontade coletiva ou como a forma externa da sociedade civil. Mas, segundo Marx, o Estado nem paira sobre a sociedade civil, nem exprime a vontade geral. Ao contrário, o Estado é a forma pela qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer os seus interesses, sob a máscara da 'justiça' e da 'soberania popular em base de igualdade' (ALMEIDA, 1992, p. 33).

O Estado em Marx, portanto, não é externo ao conjunto da sociedade, mas exprime os antagonismos entre as classes sociais, e por isso se funda na relação entre o público e vida privada. Desta forma, o Estado vincula-se aos interesses da classe burguesa, exercendo o papel de intermediador sobre as relações desta burguesia com a classe trabalhadora.

Sendo que, a atual dinâmica da sociedade capitalista está pautada pela ótica de um Estado Neoliberal que, gradativamente, passou a diminuir sua função de agente provedor do desenvolvimento social. Com essa diminuição, o Estado reduz direitos sociais, privatizando serviços essenciais à população, não garantindo a esta, formas seguras e dignas de reprodução da vida social.

O Estado quando deixa de promover tais ações acaba transferindo essa responsabilidade para a sociedade civil organizada e nos dizeres de Simões (2008, p. 448) essa transferência culminou na necessidade de uma nova organização política que se desdobrasse para além do Estado, mas tendo este como articulador, de forma a integrar “[...] um conjunto híbrido de fluxos, redes e organizações, em que se combinam e interpenetram elementos estatais e não estatais, nacionais e globais”.

Ou seja, as ações que antes eram somente de responsabilidade do Estado são, também, transferidas à sociedade civil, a qual vai se organizar em diferentes formas institucionalizadas¹ para o atendimento dessas demandas

¹Terceiro Setor: conjunto de organizações sociais que não são nem estatais, nem mercantis, ou seja, organizações sociais que, por um lado, sendo privadas, não visam a fins lucrativos, e por outro lado, sendo animadas por objetivos sociais, políticos ou coletivos, não são estatais (MAGANE, 2013).

sociais por meio de recursos repassados pela própria máquina pública, mas não diretamente pela ingerência do Estado, o qual desempenha, nessa lógica, papel de acompanhamento dessas ações, serviços e políticas públicas.

Segundo Jacobi (1993), ao tratar do Estado capitalista remonta-se diretamente à dinâmica antagônica entre as classes sociais, que apresentam seus interesses particulares e conflitantes de acordo com cada contexto. Neste sentido, o Estado não é instrumento apenas dos interesses do capital, mas se situa diante a um cenário de correlação de forças, as quais expressam as contradições das classes.

No contexto do capitalismo avançado, portanto, o Estado se incorpora a economia em meio ao processo de transformação das relações de produção e, conseqüentemente, na divisão do trabalho, ampliando, desta forma, sua atuação. Sendo assim, seu papel deverá sempre estar articulado ao cenário econômico, o que vai ser expresso nas relações inerentes com a sociedade, consubstanciadas nas políticas sociais públicas como assevera Poulantzas (1981) parafraseado por Jacobi (1993).

De acordo com Montaña e Duriguetto (2011), o Estado, desde o período pós segunda guerra ampliou seu espaço de atuação, de tal forma que passou a assumir novas funções diante o cenário contemporâneo, pois a máquina estatal passa a ter função, tanto para coerção, quanto para o consenso, tendo em vista as relações estabelecidas pelas demandas do mercado e da classe trabalhadora.

Passa assim, o Estado, a ser permeado por demandas das classes trabalhadoras, assumindo também novas funções como estratégia de superação das crises, como mecanismo de diminuição da insatisfação popular e dos conflitos dela derivados, como instrumento para garantir ou retomar as taxas de lucratividade, enfim como estratégia de consolidação, legitimação e desenvolvimento da ordem burguesa (MONTAÑO E DURIGUETTO, 2011, p. 144).

Essas relações, por sua vez, são permeadas por tensões, tendo em vista que o Estado é pressionado a incorporar demandas em sua agenda, de forma a controlar os ânimos da classe trabalhadora para evitar confrontos que desestabilizem o sistema. Nesse contexto, portanto, se insere a discussão sobre a luta de classes, sobre a qual são necessárias reflexões, pois por meio

dela a classe trabalhadora assume conquistas em benefício de seu protagonismo diante os direitos sociais, os quais são fruto de um embate histórico em prol da reprodução da vida social.

Este cenário de lutas, portanto, abre espaço para que a população passe a ter maior liberdade quanto as decisões políticas, estabelecendo formas democráticas de participação, sendo este, também, um caminho adquirido por meio das lutas sociais e reivindicações que estão na órbita da ordem capitalista, de tal forma que o Estado se situa em um campo de mediação.

Porém, essa *possibilidade* de maior protagonismo social nas decisões, conforme a organização e lutas dos setores populares, pode se tornar uma *realidade* ameaçadora da ordem. A necessidade estrutural do sistema capitalista de liberdade cidadã pode em determinadas condições, voltar-se contra seu criador (MONTAÑO E DURIGUETTO, 2011, p. 148).

Tendo isso em vista, o sistema capitalista utiliza-se de meios para controlar o avanço desse protagonismo e desenvolvimento democrático, de tal forma que as medidas cabem ao papel do Estado enquanto agente regulador das relações sociais e esta democracia é direcionada a manutenção da própria hegemonia do sistema, o que demonstra a sua função perante ao capital, que é de instrumento para controle da ordem.

Neste cenário, portanto, estão as políticas públicas, que surgiram nesse contexto de lutas de classes, haja vista a necessidade de atender as demandas da população enquanto direitos sociais e para sua reprodução social e para a própria manutenção da ordem capitalista. Neste sentido, o Estado promove:

[...] um processo que incide nas lutas de classes da seguinte forma: a) primeiramente, reduz a conflitividade social criando a imagem de um Estado que atende às demandas sociais e constituindo uma 'lógica vinculante' [...]; b) assim, tende a deslocar os conflitos de classes da esfera econômica no espaço da produção (onde as lutas de classes conseguem golpear o capital e os fundamentos do capitalismo) [...]; c) em terceiro lugar, pulverizando e desarticulando as lutas de classes, mediante a lógica de que cada grupo, cada bairro, cada sujeito, deve demandar que o Estado atenda à sua situação específica (perdendo assim o elemento articulador das diversas necessidades fundado na contradição capital-trabalho); d) com isso, finalmente, tende-se a criar uma cultura e uma imagem de um Estado 'de Bem-Estar Social' a serviço do povo (MONTAÑO E DURIGUETTO, 2011, p. 179).

Infere-se, portanto, que este Estado atua de forma estratégica no campo das relações capital x trabalho, com o objetivo de reproduzir essas relações e promover a manutenção da ordem social vigente, de forma que a classe trabalhadora tenha atendida, minimamente, suas necessidades para que não sejam gerados conflitos quanto a manutenção desta ordem. Sendo assim, este Estado deriva do próprio sistema capitalista de produção, atribuindo legitimidade as demandas das classes trabalhadoras e a hegemonia da classe burguesa.

As políticas públicas, por sua vez, se fundamentam pela congregação dos saberes oriundos do conhecimento científico e acadêmico, com a produção empírica dos governos (SOUZA, 2007).

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o 'governo em ação' ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2007, p. 69).

Maciel (2007) destaca que, no Brasil, as políticas públicas, em seus primórdios, tiveram caráter repressivo, enquanto mecanismo de controle da população pelo Estado que queria a garantia da ordem social, desprezando os problemas sociais, os quais necessitavam de intervenções eficazes para sua solução. Porém, eram vistas em segundo plano quanto ao cenário instalado naquele período.

Sendo que, com o desenvolvimento do país, as políticas públicas sofreram modificações e foram se moldando a realidade social, sendo colocadas como mecanismo de ação governamental, e em alguns casos com a participação da sociedade civil, de forma a identificar os problemas sociais e propor mudanças sobre determinada realidade. Sendo que, diante as diferentes definições do conceito de política pública, Souza (2007, p. 80) destaca os seus principais elementos:

- A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz.

- A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada nos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes.
- A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras.
- A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados.
- A política pública, embora tenha impactos a curto prazo, é uma política de longo prazo.
- A política pública envolve processos subseqüentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.
- Estudos sobre política pública propriamente dita focalizam processos, atores e a construção de regras, distinguindo-se dos estudos sobre política social, cujo foco está nas conseqüências e nos resultados da política.

Infere-se, portanto, que o conjunto de elementos que configuram as políticas públicas delinea o papel dos atores envolvidos no processo de construção, assim como define a função dessas políticas diante as demandas sociais que expressam em problemas sociais as suas necessidades decorrentes da configuração do sistema capitalista de produção, no qual o Estado atua como mediador das relações entre capitalistas e classe trabalhadora.

Sendo que, tais problemas se apresentam nos diferentes aspectos da vida social, os quais estão no campo da habitação, da educação, emprego e renda, saúde, dentre outros. Estes problemas requerem intervenção, que será dada por meio da oferta de serviços, programas, projetos e das políticas públicas de acordo com as necessidades das demandas sociais.

De acordo com Santos (2005, p. 5) “as políticas públicas constituem um dos principais resultados da ação do Estado. Contudo, algumas questões se impõem [...]”. Essas questões, portanto, estão relacionadas as constantes mudanças no cenário mundial, na perspectiva política e econômica que incidem sobre a social, por isso são muitos os desafios derivados desse contexto diversificado, um exemplo é a própria sociedade civil que tem que se adequar e se renovar, de forma a acompanhar as exigências em sentido global.

Tendo isso em vista, as relações definidas no contexto da ordem capitalista serão o motor para conduzir as ações do Estado, sendo que é necessário “[...] perceber que os atores governamentais estão expostos cada vez mais a variadas frentes de negociação quando se trata de executar aquilo

que, [...], constitui um dos principais resultados de sua ação, que são precisamente as políticas públicas” (SANTOS, 2005, p. 6).

Infere-se, portanto, que as políticas públicas surgiram por meio das lutas sociais, as quais estão situadas na relação capital x trabalho, tendo como intermediador dessas relações o Estado que atua de forma estratégica, no sentido de responder as demandas sociais, mas em nome da ordem vigente, tendo em vista que os serviços delas provenientes são instrumentos de controle para evitar conflitos que possam abalar o sistema.

No entanto, não pode ser desconsiderada, também, a função social dessas políticas, tendo em vista que atendem as necessidades da população, mas ao mesmo tempo cumpre uma função econômica, tendo em vista que nessa perspectiva as políticas públicas são utilizadas enquanto meios para controle da ordem capitalista e nesse contexto se inserem os diferentes serviços que irão atender as demandas sociais, em seus diferentes aspectos. Tendo isso em vista, a seguir será discutida a política pública de saúde, apresentando seu trajeto histórico, de forma a subsidiar a discussão sobre a proposta de pesquisa apresentada.

2.2 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: TRAJETO HISTÓRICO

A saúde para configurar-se como política pública percorreu um longo trajeto para a sua implementação enquanto direito da população, a qual por meio de muitas lutas conseguiu a legitimidade deste direito, conforme assegura a Constituição Federal de 1988. Entretanto, para chegar nesse momento de legitimidade faz-se necessário apresentar uma breve retrospectiva de seu trajeto histórico, de forma a elucidar os caminhos percorridos para a construção dessa política pública.

Em síntese, como foi explicitado na seção anterior, a política pública tem como objetivo atuar sobre determinada realidade social, a qual requer ação interventiva para solucionar alguma problemática. No caso da saúde, por exemplo, a política pública deve atuar junto às demandas sociais, as quais

necessitam de assistência no que concerne aos serviços deste setor, de forma que os usuários possam assegurar sua reprodução social.

Partindo dessa definição, Bravo (2009) assevera que a questão saúde no Brasil surge no início do século XX como reivindicação da classe trabalhadora, assim como ocorreu no cenário mundial, de tal forma que os trabalhadores lutavam por condições mais dignas de trabalho, assim como pela sua remuneração. Sendo que, o aprofundamento da questão saúde se deu a partir da década de 1930, mas na década de 1920 a saúde (pública) já passa a ser vista com outras perspectivas.

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país. [...] tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922 (BRAVO, 2009, p. 90).

Nesse período da década de 1920 foram colocadas questões relacionadas a higiene e saúde do trabalhador, sendo criadas para esta finalidade, portanto, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que ficou conhecida como a Lei Elói Chaves. Essas caixas eram mantidas pelos empregadores e também pelos empregados, de tal forma que os benefícios delas concedentes eram ofertados proporcionalmente às contribuições e cobriam, dentre outros serviços, assistência médica (caráter curativo), fornecimento de medicamentos, velhice e pensão.

Entretanto, nem todas as empresas ofereciam estes serviços, pois a manutenção dos mesmos era bastante onerosa e, por isso, apenas os grandes estabelecimentos conseguiam mantê-los. Os trabalhadores que não tinham a oferta destes serviços passaram a se organizar e lutar para que fossem implantados em seus locais de trabalho.

A questão saúde na década de 1920, portanto, é tratada em caráter pontual que tinha por finalidade atender as reivindicações da classe trabalhadora, a qual buscava por seus direitos e neste período as lutas dessa classe ainda estavam iniciando, mas ganharam força por meio das organizações de trabalhadores insatisfeitos com a realidade vivenciada, de

precarização em todos os setores da vida social, lutas que se estenderam às décadas seguintes.

Remontando ao processo de industrialização, já na década de 1930, ocorreram várias inovações no campo de trabalho frente à nova dinâmica de acumulação do sistema capitalista. Momento em que as massas de trabalhadores também passaram a reivindicar mais ainda por seus direitos, possibilitando o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às demandas da população de forma orgânica e sistemática, como assevera Bravo (2010).

Neste cenário, surge a política de saúde de caráter nacional ainda em sua forma incipiente, mas sofrendo modificações nas décadas seguintes. Na década de 1930, a saúde necessitava ser transformada em questão política, tendo que contemplar os trabalhadores urbanos que eram vistos como sujeitos importantes no cenário político, resultante da dominação do sistema de produção capitalista e sua dinâmica de acumulação. Ou seja, a saúde era usada como um mantenedor da classe trabalhadora, de forma a atender as demandas do sistema capitalista, que é a geração de lucro.

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O Subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para o campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2009, p. 91).

Nesse momento, percebe-se, portanto, que a saúde apresentava caráter público, mas que ao mesmo tempo, também, envolvia o setor privatista, característica presente até os dias atuais, resultado de um processo histórico e de dominação do sistema de produção capitalista.

No que concerne a saúde pública, vale ressaltar que as principais características ou alternativas deste setor, no período da década de 1930 e depois incluindo a década de 1940, foram: ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937,

em decorrência dos fluxos da migração (trabalhadores que se encaminhavam às cidades); criação de serviços de combate a endemias; e reorganização do Departamento Nacional de Saúde, o qual empreendeu o trabalho de formação de técnicos em saúde pública.

De acordo com Bravo (2009), apesar desse investimento na saúde pública, nesse momento, o modelo previdenciário que abrangeu as décadas de 1930 a 1945 foi de contenção de gastos, pois o número de trabalhadores passou a aumentar rapidamente e a previdência estava preocupada mais com o lucro obtido por meio das contribuições, em detrimento da prestação de serviços de saúde à população.

Ainda na década de 1940, a saúde mesmo diante a um cenário de guerra (Segunda Guerra Mundial) teve sua consolidação como política nacional, com a implantação de alguns serviços, como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o qual foi criado com patrocínio americano, além da criação do Plano Salte (1948), que incluía também a área alimentar, de transporte e energia, porém não foi implementado naquele momento.

Em 1941 ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde (evento comemorativo do regime do então presidente Getúlio Vargas), a qual foi organizada para discutir a questão sanitária estadual e municipal, ampliação das campanhas contra a lepra e tuberculose, determinações quanto a criação de serviços básicos de saneamento e a discussão sobre a elaboração de um plano de desenvolvimento a proteção à maternidade, a infância e à adolescência (SCOREL E TEIXEIRA, 2008).

Ao longo do regime varguista², não ocorreram alterações significativas na administração da saúde pública, até que foi criado o Ministério da Saúde (MES). Em um primeiro momento, esse Ministério tinha por finalidade controlar e erradicar doenças endêmicas e infectocontagiosas que assolavam a população nacional. Sendo que, a assistência médica era de caráter individual aos trabalhadores acometidos por enfermidades que os impediam de ocupar

² Refere-se ao regime governamental do presidente Getúlio Vargas, após o golpe militar, período do chamado Estado Novo, no qual apregoou a ideologia do populismo. Ao mesmo tempo em que cerceou a liberdade civil e política da população, ampliou os direitos sociais dos trabalhadores (SCOREL E TEIXEIRA, 2008).

suas funções em seus locais de trabalho, situação preocupante para os empresários.

A assistência individual não estava sob o controle do MES – ou era exercida livremente pelos médicos ou, no caso dos trabalhadores, estava sob a responsabilidade dos serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. O distanciamento da saúde pública da medicina previdenciária permaneceu por um longo período em nossa sociedade e determinou a ampliação desmesurada da assistência médica de cunho individual frente às atividades de saúde pública (SCOREL E TEIXEIRA, 2008, p. 366).

Em meados de 1945, manifestações pela redemocratização do país começaram a ocorrer com a criação de vários partidos, dentre os quais o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e a União Democrata Nacional (UDN), sendo que tais partidos foram criados em protesto ao regime de governo vigente, reivindicando novas eleições ao país. Apesar de parte da população ter se posicionado em defesa a Getúlio Vargas, a maioria o depôs, dando fim ao Estado Novo.

Com o processo de redemocratização do país a população, especialmente a classe trabalhadora, passou a ter maior participação em termos políticos, por meio da qual imprimiram fortes reivindicações quanto às questões trabalhistas. No entanto, o então presidente Eurico Gaspar Dutra proibiu tais manifestações.

Os serviços oferecidos a população, portanto, receberam baixos recursos. No caso da saúde, este setor recebia em torno de 13% a 16% de investimentos, o que gerou a precarização dos atendimentos e acesso aos serviços.

No âmbito da saúde pública, durante o governo Dutra, o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, alcançou o auge. A polêmica sobre o melhor modelo de atenção à saúde ganhou novos alentos, tanto com as críticas realizadas ao Sesp quanto com o debate médico-sanitarista-parlamentar sobre a criação de um ministério da saúde independente. Por trás da disputa verbal de qual seria a melhor organização institucional, existiam projetos políticos e de saúde diferenciados. Esse debate começou em 1946, com a redemocratização do país, e só foi concluído em 1953, com a criação do Ministério da Saúde (SCOREL E TEIXEIRA, 2008, p. 367).

Com a promulgação da Constituição de 1946³, a assistência sanitária, hospitalar e médica foram incluídas na legislação trabalhista, assim como na previdência social. Neste sentido, os investimentos no setor saúde apresentaram certo crescimento e alguns hospitais, ambulatórios e equipamentos também foram assegurados. Não obstante, no final do governo Dutra uma crise financeira na previdência social mudou os rumos da saúde no cenário nacional.

A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2001, p. 5).

Passado esse período, já no segundo governo de Getúlio Vargas (1951-1954), sob a bandeira da industrialização, nacionalismo e populismo⁴, o Plano Salte elaborado no governo Dutra mostrou-se um fracasso e o campo da saúde foi incorporado ao pensamento sanitarista desenvolvimentista, o qual trabalhava com a ideia de que o nível de saúde da população dependia do grau de desenvolvimento econômico do país.

Baseado nessa corrente de pensamento, para Vargas, a saúde pública apresentava um problema de superestrutura, ou seja, um problema econômico, o qual deveria ser solucionado por meio de investimentos no setor saúde, para atender as demandas nacionais, de tal forma que o país se encontrava em meio a um lento processo de industrialização. Desta forma, os investimentos no setor saúde tinham objetivos bem definidos: alcançar o tão sonhado progresso industrial.

³ A Carta Magna estabeleceu no Brasil um regime presidencialista e representativo. O voto, secreto e universal, foi permitido aos maiores de 18 anos. Manteve-se a exclusão dos analfabetos e dos soldados. A tripartição de poderes foi restabelecida e concedeu-se maior autonomia aos estados e municípios (TSE, 2013).

⁴ Série de movimentos políticos que se propõem a colocar, no centro de toda ação política, o povo como massa, desqualificando a ideia da democracia representativa. A ideia geral é a de que o líder populista procura estabelecer um vínculo emocional (e não racional) com o 'povo' para ser eleito e governar. Nessa forma de expressão política, toda a ação é referida à pessoa do líder populista que se coloca idealmente acima de todas as classes (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008).

Os objetivos da política de saúde do segundo governo Vargas (1951-1954) foram – como as demais políticas sociais – subordinadas ao esforço do progresso e enriquecimento da nação. Referiam-se às endemias rurais, à tuberculose e à extensão dos serviços médicos hospitalares até as comunidades rurais (já que nos centros urbanos a perspectiva era de expandir os serviços de assistência previdenciários) e, sem muitos detalhes, mencionava também saneamento, alimentação, assistência materno-infantil e educação sanitária (SCOREL E TEIXEIRA, 2008, p. 372).

Um evento importante, nesse período, mais precisamente em 1950, foi a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde, a qual trouxe à discussão questões como: higiene, segurança no trabalho, assistência médico-sanitarista e preventiva, tanto para trabalhadores, quanto para gestantes e sobre doenças endêmicas (ênfase para a malária). Porém, o evento se restringiu somente a técnicos da saúde e com caráter eminentemente administrativo.

As propostas racionalizadoras na saúde, que surgem a partir da década de 50 [...], como a 'medicina integral', a 'medicina preventiva' e seus desdobramentos a partir de 60, como a 'medicina comunitária'. [...]. Neles, os serviços básicos eram higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, tuberculose, verminose, laboratório e as atividades tinham como proposta fundamental injetar na população educação sanitária por intermédio de educadores de higiene, professores instruídos em assuntos sanitários, como também testar formas específicas de descentralização do trabalho sanitário nas grandes cidades (BRAVO E MATOS, 2009, p. 200).

Segundo Bravo e Matos (2009), o cenário da saúde, portanto, apresentou certa expansão quanto a outros tipos de serviços a partir de 1950, dentre os quais a educação em saúde, haja vista a grande incidência de doenças endêmicas e, também, abertura quanto a descentralização desses serviços para localidades que não eram atendidas.

Sendo que, com a morte de Vargas os investimentos públicos se restringiram a esfera paliativa e a ordem era conter os gastos. Desta forma, as áreas sociais sofreram grande impacto em detrimento do objetivo maior do governo que era o desenvolvimento da nação.

O governo de Juscelino Kubitschek (1956-1960) surge, portanto, com o mesmo pensamento de desenvolvimento econômico, tendo o Estado como instrumento coordenador do desenvolvimento nacional baseado em um Plano de Metas que apresentava 31 objetivos. E no setor saúde, no âmbito do

Ministério da Saúde “ocorreu, em março de 1956, outro momento institucional importante de disputa de poder entre modelos de atenção à saúde com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu)” (ESCOREL E TEIXEIRA, 2008, p. 375).

Não diferente da proposta do segundo governo de Vargas, Juscelino Kubitschek tinha como princípio de seu regime o desenvolvimento do país, com investimentos mínimos no social devido contenção de gastos para aplicar no parque industrial brasileiro, o qual estava voltado para o mercado internacional. Apesar da redução de investimentos no campo social, a população foi beneficiada com o avanço da industrialização no cenário nacional e a internacional, porém o fim do governo de JK foi marcado pelo crescimento da dívida externa, baixa de salários e crise econômica.

No ano de 1961, o presidente em exercício Jânio Quadros não demorou em seu mandato pedindo renúncia da presidência, a qual foi assumida pelo vice João Goulart, este também fora impedido de assumir o cargo até 1963. A renúncia de Jânio Quadros, portanto, deu início a um tumultuado período para o país, com término no limiar do golpe militar em 1964.

Ao longo desse período que antecedeu a ditadura militar, a saúde, assim como os demais setores, sofreu com a instabilidade que se instalou no país. O Ministério da Saúde, por exemplo, apresentou uma rotatividade de ministros, porém nenhum conseguiu solucionar a sucessão de problemas oriundos do processo que antecedia o golpe militar.

Em meio a este tumultuado período ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha como objetivo analisar a situação sanitária do país e aprovar programas de saúde, de forma a concorrer para o desenvolvimento econômico nacional.

Além dessas discussões, também foi lançado como proposta a implantação de uma lei municipal, para que todos os municípios criassem seus serviços de saúde. Esta proposta seria uma estratégia de municipalização, incorporando o novo projeto sanitário, que tinha como pretensão a descentralização de um modelo de cobertura dos serviços de saúde, com abordagem a nível básico até o nível de atendimento médico-hospitalar especializado (BRAVO, 2010).

Em meados de 1964 João Goulart foi deposto da presidência pelos militares, dando início ao período da ditadura militar. A ditadura militar (1964/1974)⁵, marcada pelo binômio repressão-assistência em que a população sofria com as regulações do Estado em todos os setores da vida social, é considerada o período do desfecho de uma crise sobre a forma de dominação burguesa no Brasil, tendo como pressuposto:

[...] a contradição entre as demandas derivadas da dinâmica do desenvolvimento, cuja base era a industrialização pesada, e as modalidades de intervenção, articulação e representação das classes e suas frações no sistema de poder político. O padrão de acumulação entrava em contradição com os anseios democráticos, nacionais e populares. A burguesia possuía duas alternativas: assegurar o desenvolvimento proposto, concorrendo com projetos alternativos de classes não-burguesas na luta pela direção da sociedade, ou garantir a hegemonia pela força, apelando para a antidemocracia e a dependência, solução adotada (BRAVO, 2010, p. 39).

O processo da ditadura trouxe mudanças ao aparelho estatal, de tal forma que esse “modernizou-se” para atender as necessidades do então capitalismo financeiro de caráter nacional e estrangeiro, instalando, desta maneira, o caos nos setores que atendiam a população, como ocorreu com o setor da saúde.

Na perspectiva da elite dirigente tecnoburocrata, as deficiências na saúde pública se caracterizavam pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas da saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior (BRAVO, 2010, p. 42).

Os serviços de saúde passaram a ser ofertas de articulações com o setor privado, atendendo os pacientes segurados pelo Instituto Nacional de

⁵ Além das determinações advindas do contexto internacional, o golpe de 64 tem sua significação na particularidade histórica brasileira: foi a solução política, via mecanismos repressivos, que devastando o campo da democracia, inaugurou o que Florestan Fernandes qualifica de um “padrão compósito e articulado de dominação burguesa”, visando beneficiar todas as classes proprietárias (BRAVO, 2010, p. 38)

Previdência Social (INPS), sendo que as empresas se responsabilizavam pela assistência médica aos seus empregados, os quais recebiam também atendimento de outras empresas de saúde.

Nesse momento, foi também anunciado o Plano Nacional de Saúde, proposta do então Ministro Leonel Miranda, porém que fracassou antes de sua implantação, pois de acordo com os técnicos da previdência este plano colocaria em risco os serviços da cobertura previdenciária do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual também foi criado pelo regime militar, com a finalidade de atender os contribuintes da previdência social.

Outro acontecimento foi a articulação da previdência com o setor privado, a qual estabeleceu a compra de serviços médicos (credenciados pelo INPS), de forma a atender os segurados, sendo que “as empresas contratantes passavam a arcar com a responsabilidade da assistência médica a seus empregados, recebendo subsídio do INPS para a compra dos serviços de outra empresa” (BRAVO, 2010, p. 45).

O regime da ditadura sob o governo do Marechal Castelo Branco (1964-1967), do general Costa e Silva (1967-1969), da Junta Militar (1969) e do general Médici (1969-1974) foi gerida por meio de atos do Poder Executivo, os quais suprimiram os direitos civis e políticos da população.

No campo das políticas públicas, a saúde se deparou com um quadro de decadência, custando caro à população, pois a situação se resumia a campanhas quase ineficientes que não resolviam as demandas da população, a qual se mostrava espoliada nos diferentes âmbitos da vida social.

Em 1967 foi realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde, sob a coordenação do ministro Leonel Miranda, na qual foram abordadas as temáticas sobre o profissional da saúde que o país necessitava, responsabilidade do Ministério da Saúde no aperfeiçoamento desses profissionais e a responsabilidade das instituições de ensino superior no desenvolvimento de uma política de saúde (SCOREL E TEIXEIRA, 2008).

A partir desse momento, constituiu-se a base teórico e ideológica de um pensamento médico-social, sendo que em todas as faculdades de medicina a questão saúde enquanto abordagem histórico-estrutural foi tornada lei (1968).

O início do processo está situado no começo da década de 1960, quando se difundiu, nos Estados Unidos, um modelo preventivista de atenção à saúde que pretendia mudar a prática médica incutindo no profissional uma nova atitude (a prevenção) sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde. No Brasil, o discurso preventivista foi incorporado, mas com mudanças importantes, dado o papel desempenhado pelo Estado brasileiro na assistência médica (SCOREL, 2008, p. 394).

Observa-se, portanto, que a 4ª Conferência Nacional de Saúde trouxe para a discussão temas relacionados a intervenção no campo da saúde com um caráter preventivo e não somente curativo, como se mostrara nas décadas anteriores. Neste sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) difundiu nos países da América Latina alguns programas da medicina voltados às comunidades mais empobrecidas, incluindo a própria comunidade para participar da execução.

Entretanto, vale destacar que alguns programas não foram executados conforme a proposta, sendo criados apenas devido a imposição nas universidades e outros estavam voltados para o mercado, de forma que as práticas desenvolvidas eram efetivadas por meio de convênios com as próprias secretarias ou com a previdência social.

Este campo mostrou-se propício às discussões da Reforma Sanitária, pois baseada em uma teoria social da medicina, os estudiosos buscaram na abordagem médico-social a prática política necessária para o movimento sanitário em defesa da consciência sanitária como parte da consciência social, congregação, por meio da qual, almejava-se uma transformação social.

Buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, as bases universitárias – a academia – tomaram o campo das políticas públicas como arena privilegiada de atuação e, nesse sentido, o movimento sanitário começou a constituir-se como tal. Sua organização transcenderia seu objeto específico, ao envolver-se nas lutas mais gerais daquele momento: a democratização do país e o fortalecimento das organizações da sociedade civil (SCOREL, 2008, p. 397).

A partir de 1974, com a distensão do regime militar, o país se engajou na tentativa de recuperar o processo democrático, porém a democracia pretendida tinha como pressuposto manter os setores populares excluídos do processo

político em defesa do controle do país nas mãos dos militares e da burguesia, sob o comando do general Geisel, isto é, institucionalizar e legitimar o processo ditatorial do regime militar.

Entretanto, a crise econômica “milagre econômico”, instaurada naquele momento fez ressurgir algumas forças sociais que se mobilizaram em prol da luta de classes, a qual foi suprimida pelo processo da ditadura, dentre os movimentos destacam-se: o sindicalismo operário, os trabalhadores rurais, parte da igreja, além de movimentos sociais e urbanos (BRAVO, 2010). Sobre o sindicalismo destaca-se que na década de 1970:

[...] auge da privatização da saúde previdenciária através de convênios-empresa, parcela do movimento sindical denunciava esses convênios identificando neles a intensificação do controle da mão-de-obra e a manutenção da produtividade, numa estratégia de enfrentamento do absenteísmo e de seleção de trabalhadores mais hígidos (ANDREAZZI, 2012, p. 43).

Nesse período, portanto, os sindicatos desempenharam um importante papel quanto as denúncias sobre o processo de trabalho no setor saúde, assim como em relação ao próprio sistema de atendimento, em prol de qualidade nos serviços oferecidos à população. Sendo que, em meio a este sindicalismo havia uma parcela da classe trabalhadora que agia em função da iniciativa privada, defendendo políticas neoliberais.

No que tange a questão saúde, algumas alterações, tais como a integração da previdência com instituições conveniadas, apresentaram destaque devido ao alto número de fraudes quanto a esta relação, reforçando os movimentos de luta por mudanças na realidade social da população. Tendo isso em vista, as discussões do setor saúde passaram a ser incluídas de forma mais progressista no cenário nacional, como pode ser visto nos espaços das Conferências.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), a partir do governo Geisel, voltaram a ser um espaço de debate, embora com participação reduzida, das prioridades do governo para o setor. No período, ocorreu a V CNS e também a VI CNS, respectivamente, em 1975 e 1977. [...]. A partir dessa conferência, o Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura em áreas rurais, além de seus programas tradicionais (imunizações, vigilância epidemiológica e materno-infantil). [...] (BRAVO, 2010, p. 55 – 56).

Com o advento das conferências, portanto, o setor saúde apresentou algumas mudanças, com destaque a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que incluiu sob a sua jurisdição outras instituições para a prestação de serviços de saúde com a continuidade do processo de institucionalização. Entretanto, o SINPAS não foi bem recebido pelo Congresso, pois ia de encontro a intenção política clientelista de manutenção da população sob a custódia partidária.

É importante destacar que a Política Nacional de Saúde, no período de 1974 a 1979 não contou com a maciça participação do movimento trabalhista, entretanto tiveram aliados neste processo de lutas os profissionais de saúde pública, momento em que ocorreu uma crescente no cenário nacional quanto a produção em saúde, o que deu força aos setores progressistas de profissionais para o que depois seria conhecido como movimento sanitário, que nesse período mostrou de forma incipiente sua proposta.

De acordo com Bravo (2010) a produção em saúde trouxe a baila o debate sobre a relação da prática em saúde com as mudanças na estrutura de classe, decorrentes da conjuntura instalada no cenário nacional devido o processo político e econômico. Esses debates foram incluídos na agenda do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o qual foi criado para empreender a discussão sobre a necessidade de pensar a saúde no âmbito de atendimento coletivo por meio da produção do conhecimento.

Além do CEBES foram criados os movimentos estudantis, os quais foram tidos como responsáveis por difundir a teoria da medicina social. De tal sorte que, professores e profissionais da área, também passaram a fazer parte desse debate na direção do desenvolvimento da saúde comunitária que se encontrava em desenvolvimento. Sendo que, durante o governo Geisel esse movimento ganhou destaque e seu crescimento atingiu vários segmentos da sociedade, de forma a mudar o cenário da saúde no país.

Entre 1975 e 1979, essa arena apresentou um grande desenvolvimento. Aumentaram em número as instituições que incorporaram a abordagem médico-social à análise dos problemas de saúde, e esse enfoque, até então restrito principalmente à região sudeste, passou a ter expressão nacional, embora inicialmente

pequena. Verificaram-se, também, a expansão na amplitude dos objetos de estudo e a diversificação dos temas pesquisados e analisados. Foi um período de grande produção intelectual, concomitantemente à incorporação da atuação política nas pesquisas, nos cursos de pós-graduação e nas articulações com os movimentos sociais (SCOREL, 2008, p. 411).

Esse processo de produção do conhecimento deu mais força ao movimento sanitário, o qual passou a disseminar pensamentos contra-hegemônicos. Com a emergência desse movimento várias questões foram incorporadas a agenda da saúde, de tal forma que os profissionais, intelectuais, alunos, e população em geral passaram a somar forças em defesa da saúde pública no país.

Em meio a este processo de lutas de classe, mudanças estruturais e políticas, o país atravessava um quadro de crise econômica que afetava os diferentes setores sociais, de tal forma que se estendeu ainda aos anos seguintes como se verifica no período que surge a década de 1980.

Neste período, já sob a jurisdição do general Figueiredo, o país foi atingido por uma grave crise econômica, apresentando altos índices inflacionários e aumento da instabilidade social, como pode ser visto no âmbito da previdência social que teve suas receitas reduzidas, reflexo do processo econômico e político instalado naquele momento.

Sendo que, no final do mandato de Figueiredo, em 1984, foram realizadas grandes manifestações da população, com o lema das “Diretas Já”, a qual previa e defendia eleições livres e diretas para a presidência nacional. Apesar desta grande manifestação ter sido frustrada sob o controle do partido governista e dos conservadores, a população por meio de pressão conseguiu a cisão dos então partidos do governo para a candidatura de Tancredo Neves⁶ (SCOREL, 2008).

Durante este período, o movimento sanitário foi ganhando sustentação por meio de alianças com outros movimentos que reivindicavam a democratização do país, de tal forma que conquistou sua singularidade

⁶ A eleição de Tancredo Neves, em janeiro de 1985, encerraria um ciclo de vinte anos de governos militares, mas dando continuidade ao processo iniciado pelo general Geisel de ‘transição democrática’: uma transição sem rupturas, pactuada entre as elites e baseada em uma aliança político-partidária da qual faziam parte parlamentares que haviam sido da Arena e tinham sustentado o regime militar nas suas décadas de existência (SCOREL E TEIXEIRA, 2008).

firmando sua bandeira diante o cenário nacional, enquanto luta da sociedade para uma saúde pública e de qualidade.

[...] Movimento Sanitário, movimento social que desde os anos 1970 luta pelo acesso universal à saúde no Brasil, em dois períodos específicos – no final do regime militar e no período da transição democrática brasileira –, e em dois níveis federativos – nacional e municipal (DOWBOR, 2014, p. 84).

Neste cenário, consubstanciado pela luta de classes, os sanitaristas instituíram uma associação dos secretários municipais de saúde, de forma a implementar uma estrutura federativa quanto a organização do movimento para ampliarem seu alcance nas discussões e adesão da população, trabalhadores da saúde, intelectuais, dentre outros atores que defendiam a implementação de um Sistema Público de Saúde.

No ano de 1980 foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram discutidos temas sobre a implantação e desenvolvimento do Prevsáude, programa que visava articular os ministérios da saúde, da previdência social e da assistência social. Sendo que o setor da previdência entrou em crise, tornando-se pública, sendo implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), o qual passou a funcionar em alguns estados do país por meio de convênios e termos aditivos.

O PAIS deu abertura para o movimento sanitário adentrar o Inamps, que foi possível por meio da transformação deste programa em AIS, que tinha em sua proposta a reorientação setorial. Ou seja, a partir da AIS, a política de saúde passa a centrar-se na implementação de propostas de articulação interinstitucional para unificação do sistema de saúde que, posteriormente, se desdobrou no Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto ao Movimento Sanitário, alguns integrantes assumiram cargos políticos, de forma a fortalecer o movimento, com a incorporação de novos integrantes e com apoio dos partidos, no sentido de implementar o SUS, tendo em vista que, naquele momento, a Constituição Federal de 1988 entrava em vigor e a saúde passa então a ser de acesso universal e de direito do cidadão e dever do Estado (DOWBOR, 2014).

Neste contexto da política pública de saúde, portanto, podem ser verificados vários elementos, os quais delineiam o trajeto histórico do país no que tange a questão saúde até a década de 1980. Sendo que, diversas foram as problemáticas que se apresentaram de forma a conduzir o desenvolvimento deste setor, desde o cenário de privatização, convênios, prestação de serviços, dentre as dificuldades estruturais, políticas e econômicas, até a construção de um sistema único de saúde pública como será visto na próxima seção.

2.3A REALIDADE DA SAÚDE NO CENÁRIO BRASILEIRO ATUAL

O trajeto histórico da política pública de saúde no Brasil, conforme explicitado anteriormente mostra os reflexos nos dias atuais do processo de desenvolvimento deste setor. Tal desenvolvimento poderá ser visto com a criação de Leis, Planos e da própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual entrou na agenda de luta da população junto a movimentos sociais, profissionais da área de saúde, intelectuais, dentre outros segmentos, de forma a implementar no país um sistema público para atendimento com qualidade da população.

Neste sentido, esta seção irá explanar, de forma concisa, acerca da questão saúde no cenário atual, com destaque para seus avanços (considerados como tal) e seus retrocessos, tendo em vista que o SUS, bandeira de luta do movimento sanitário, insere-se atualmente, em um contexto de privatização dos serviços de saúde, que outrora foi tão combatido.

Destaca-se, portanto, que a partir da configuração do processo de restauração da ordem democrática do país, surge o movimento sanitário que tinha como uma de suas propostas a democratização (acesso a todos) do poder local através de canais de participação (Conselhos, Conferências, Assembléias) com fins na gestão da política de saúde.

Parte-se, portanto, do governo de José Sarney⁷, que ocorreu no período de 1985 a 1990, cenário do primeiro regime civil após a ditadura militar. Neste momento, o país esteve diante a uma crise inflacionária que perdurou até o

⁷ Em decorrência da morte de Tancredo Neves.

final do mandato do então presidente, mesmo com a implementação de uma nova moeda, o chamado plano cruzado (BRAVO, 2010).

Apesar da crise econômica, o país apresentou êxito em seu processo de redemocratização. Ocorreram eleições estaduais para prefeitos, governadores, deputados e senadores. Assim como, a promulgação da nova Carta Constitucional, a denominada Constituição Cidadã, a qual foi aprovada em outubro de 1988, inaugurando as primeiras eleições diretas para a presidência da República.

Entretanto, com a persistente crise econômica, o governo Sarney retrocedeu ao sistema autoritário do governo anterior, refletindo sobre as políticas ditas sociais-democráticas, em detrimento das quais foram implementadas as políticas conservadoras, descaracterizando o lema de governo “tudo pelo social”, que havia sido proposto pelo então governo.

Ao final do governo Sarney, a política econômica, conhecida como ‘feijão com arroz’, em nada alterara a situação. A inflação estourava, não havia negociação favorável à dívida externa, a especulação financeira grassava e os investimentos produtivos eram escassos. Nesse contexto, foi eleito Fernando Collor de Mello. Denunciando a corrupção ‘endêmica’ do governo Sarney e denominando-se o ‘caçador dos marajás’, derrotou o candidato do Partido dos Trabalhadores para, dois anos após, ter de renunciar ao mandato antes de sofrer um processo de impeachment (SCOREL, 2008, p. 427).

Diante a este momento tumultuado, a política de saúde sofreu com um período de inflexão, de tal sorte que a proposta lançada foi de unificar o sistema de saúde com a incorporação do Inamps. Tal proposta dividiu opiniões e, por isso, foi organizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual tornou-se um marco para o trajeto da saúde no país e implementação do SUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um divisor de águas, propôs a criação do Projeto de Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais defendem a saúde como direito universal e dever do Estado cumpri-lo, e abrindo espaço para a participação da comunidade nas questões referentes as demandas que são de interesse público (BRAVO, 2010).

Reunindo cerca de cinco mil pessoas, das quais mil delegados, a 8ª CNS discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social. O relatório final desta CNS passou a significar a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novas vertentes e integrantes, entre os quais se destacam o Movimento Popular de Saúde (MOPS) e os secretários municipais de saúde que viriam a constituir o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (ESCOREL, 2008, p. 428).

Esta Conferência demarcou alterações quanto a organização, deliberação e representação das Conferências Nacionais que permanecem na ordem do dia, além da realização das conferências municipais. Neste sentido, a 8ª CNS apresentou como resultado: a Constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Saúde, que tinha como objetivo elaborar a proposta constitucional para o capítulo de saúde.

Tendo isso em vista, a Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde faria parte da seguridade social (saúde, previdência social e assistência social), configurando o conjunto de ações e iniciativas do poder público e da sociedade, de forma a assegurar os direitos à população, inerentes a Constituição de 1988.

Para tanto, foi criado e instituído o SUS, resultado da luta empreendida pelo Movimento da Reforma Sanitária, regido por preceitos e princípios que conformam o atendimento em saúde de maneira descentralizada, integrada e com a inserção e participação da população no processo decisório, de forma a dar materialidade à política de saúde e sobre o qual será empreendida uma breve explanação na seção seguinte, situando a discussão sobre a saúde no cenário atual.

2.3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

A implementação do SUS, como já mencionado, partiu da promulgação da Constituição de 1988, que o enquadra no sistema da inaugurada seguridade social e legitimado pela Lei n. 8.080, de 19/09/1990 - Lei Orgânica da Saúde

(LOS) que regulamentou os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 (CF) destacando que a saúde é um direito de todos e dever do Estado “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Artigo 196-CF88).

Este artigo é subsidiado pela Lei n. 8.142, de 28/12/1990, a qual regulamentou a participação da população na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (SIMÕES, 2008).

A LOS criou o CNS, sucedido pelos conselhos estaduais e municipais, com a função primordial de elaborar a Política, o Plano e o Fundo Nacional de Saúde e seus consectâneos, estaduais e municipais. Ao poder Público, determinou regras básicas dos serviços de saúde, sua fiscalização e controle, tanto em nível federal, como estadual e municipal e do Distrito Federal, sobretudo, sob controle da comunidade interessada, por meio de seus representantes (SIMÕES, 2008, p. 129).

Neste contexto, a saúde passa a corresponder a um dos pilares que conformam o tripé da chamada seguridade social⁸ (assistência social, previdência social e saúde). Considerada, portanto, produto histórico das lutas dos trabalhadores por melhores condições de vida e manutenção da vida social, na medida em que deve responder pelo atendimento das necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado.

Nesse contexto, a seguridade social se ocupa, segundo Sposati (2009), da proteção social, a qual defende o desenvolvimento de ações preventivas, de forma a criar garantias que vão além do atendimento imediato ou paliativo e que os resultados delas decorrentes sejam entendidos como direitos, conforme apregoado pela Constituição de 1988.

⁸ O conceito de seguridade social foi instituído, pela Constituição de 1988, em garantia do direito à saúde, à previdência e à assistência social, considerado fundamental à estabilidade da sociedade democrática. A universalidade rege hierarquicamente os demais princípios, ao garantir a todas as pessoas, em tese, os mínimos sociais, considerada a situação social prevista (SIMÕES, 2008, p. 99).

A saúde pública, portanto, está inserida na chamada proteção social não contributiva, ou seja, não há exigência de pagamento para receber atendimento dos serviços deste setor. Sendo assim, o serviço é financiado pelos cofres públicos, logo o acesso a atendimento e benefícios são independentes de contribuição ou pagamento.

O sentido de não contributivo é relativo à sociedade de mercado. Nesse tipo de sociedade, onde vivemos, concordando ou não com seus princípios (diferentemente da sociedade indígena, por exemplo), o acesso ao que precisamos é feito por meio de compra e venda de mercadorias. No caso, é uma sociedade regida pelo dinheiro e pela mercadoria. O sentido de não contributivo significa do ponto de vista econômico o acesso a algo fora das relações de mercado, isto é, desmercantilizado ou desmercadorizado (SPOSATI, 2009, p. 23).

Baseado nessa explanação, o SUS conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, que engloba princípios e diretrizes a nível nacional, partindo da concepção que a saúde é um direito de todos e cabe ao Estado a sua garantia e manutenção enquanto direito expresso constitucionalmente.

O SUS, de acordo com a Lei nº 8.080 é “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Nesta definição inclui-se: atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente; serviços prestados no âmbito ambulatorial e hospitalar; ações de distintas complexidades e custos; intervenções ambientais (vigilância sanitária, controle e saneamento); e instituições públicas voltadas para o controle de qualidade.

Ressalta-se ainda que, o SUS também abarca instituições privadas, as quais recebem financiamento para atendimento das demandas sem descaracterizar o caráter não contributivo, haja vista os recursos destinados a estes serviços serem de ordem pública.

No que tange aos princípios do SUS estes estão desdobrados em: *universalidade* (deve atender a todos sem distinções), *integralidade* (a saúde deve ser tratada como um todo), *equanimidade* (deve oferecer recursos de acordo com as necessidades de cada um), *descentralização* (distribuição dos

serviços entre as localidades), *regionalização e hierarquização* (deve se organizar regionalmente), *participação do setor privado* (de forma complementar), *racionalização* (oferecer serviços de acordo com as necessidades da população), *eficácia e eficiência* (prestar serviços de qualidade com soluções), e *participação da comunidade* (conselhos, conferências, movimentos, etc.). Sendo que estes princípios devem ser transversais ao Sistema, de forma que contemplem os serviços da Atenção Básica, da Média e da Alta complexidade (Lei 8.080/90).

Partindo destes princípios, o SUS abarca em suas ações as determinações legais relativas ao âmbito de atuação do Estado na saúde. Sendo que compete ao poder público também, a implementação de serviços da vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente.

Ressalta-se que várias responsabilidades do Estado na área da saúde implicam parceria com outros setores de governo, como o desenvolvimento científico e tecnológico, a formação de recursos humanos, a provisão e regulação de insumos para a saúde, a política industrial, de urbanização, saneamento e educação, por exemplo (NORONHA *et. al*, 2008, p. 441)

Inferre-se, portanto, que para alcançar os objetivos propostos na saúde, faz-se necessária a articulação com outros setores de políticas públicas, de forma que as demandas sociais não se esgotem em si, isto é, os diferentes âmbitos da vida humana se congregam, pois não há como apresentar necessidades exclusivas em um único aspecto que não se desdobre em outras necessidades, desta forma a relação e articulação entre setores, denominada intersetorialidade, é de suma importância como será apresentado no segundo capítulo.

Essa articulação contribui para a inserção do SUS como uma política de Estado, pois: a responsabilidade pela situação de saúde não é apenas setorial; as políticas econômicas e sociais devem estar orientadas para a eliminação ou redução de riscos para a saúde; a integração das políticas de saúde com as demais públicas é fundamental; e a atuação integrada das três esferas de governo no âmbito do SUS faz-se necessária (NORONHA *et. al*, 2008).

No que se refere a configuração institucional o SUS permite que diferentes atores, nas três esferas de governo, participem do processo decisório sobre a política de saúde, haja vista que congrega a articulação entre gestão, instâncias das diferentes esferas de governo, conselhos de secretários de saúde e conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais, além das conferências de saúde.

Vale ressaltar ainda que, a LOS é quem regulamenta as competências específicas dos gestores do SUS nas três esferas, consubstanciada por decretos, diretrizes, portarias, dentre outros documentos. No quadro a seguir pontua-se de forma resumida o que isso representa.

Os três gestores participam do planejamento dos sistemas de serviços e da formulação das políticas de saúde; da mesma forma, os três gestores são responsáveis pela realização de investimentos voltados para a redução das desigualdades, cada um em sua esfera de atuação; e ainda pelo controle e avaliação do conjunto do sistema
As principais responsabilidades do Ministério da Saúde são a normalização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional, o que deve ser desenvolvido com a participação dos estados e dos municípios
As principais responsabilidades dos gestores estaduais são o planejamento do sistema estadual regionalizado e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios
O papel principal do gestor municipal é a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados do sistema

QUADRO 01 – Responsabilidades entre os gestores do SUS

Fonte: NORONHA; LIMA; MACHADO (2008).

Verifica-se, portanto, que os três níveis de gestão detêm as mesmas responsabilidades, mas com vistas a cada esfera de atuação que definem os investimentos, avaliação, gerenciamento e execução dos serviços conforme as demandas em âmbito nacional, estadual e municipal.

Complementar a essas responsabilidades destaca-se também a atuação das Comissões Intergestores, as quais tem o papel de empreender o debate entre os três níveis de governo para a formulação e implementação da política de saúde. Essas instâncias estão organizadas de duas maneiras: Comissões Intergestores Tripartite (CIT), as quais atuam a nível nacional e são compostas por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais e municipais de saúde; e as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), que atuam na operacionalização do SUS em nível dos estados.

Em meio a este panorama cabe salientar que o processo de descentralização⁹ em saúde é um importante aspecto que contribui para a organização político-administrativa do SUS, pois “envolve não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros [...] para estados e, principalmente, para os municípios” (NORONHA *et. al*, 2008, p. 453).

A descentralização, portanto, é um aspecto que imprime avanços para a organização do SUS, haja vista ser esta uma estratégia que permite a inserção de novos atores sociais que incidirão sobre a democratização dos serviços ofertados, assim como estabelece novas relações entre as três esferas de governo.

Entretanto, não pode ser desconsiderado que as diferenças territoriais do país, as diferentes maneiras de gerir em âmbito local, as desigualdades socioeconômicas, quantitativo populacional, dentre outros fatores dificultam a efetivação dos princípios e diretrizes da política de saúde, o que implica no processo de descentralização e, conseqüentemente, na operacionalização do SUS.

De acordo com Noronha *et. al* (2008) o processo de descentralização na saúde é regulamentado por portarias as quais definem: diferentes atribuições gestoras dos níveis federal, estadual e municipal sobre planejamento e programação da atenção à saúde; mecanismos de relacionamento e espaços de negociação entre os gestores do SUS; responsabilidades e respectivas prerrogativas financeiras associadas às diferentes condições de gestão de estados e municípios.

Essas regulamentações e diferentes atribuições dos três níveis de governo iram conformar o conjunto de ações para integração dos serviços em seus diferentes territórios, com suas diversidades político-administrativas, assim como em seus diferentes níveis de complexidade para atendimento das

⁹ O conceito de descentralização não consiste na repartição equitativa de poderes pela União, Estados, Distrito Federal e municípios, porque é hierarquizada, segundo as competências e atribuições privativas dos entes federativos. Aos Estados, municípios e Distrito Federal, compete uma relativa autonomia, traçando as respectivas políticas, entretanto subordinadas à normatização federal (SIMÕES, 2008).

demandas sociais, seja na atenção básica, média ou alta complexidade, como será apresentado a seguir.

2.3.2 Os Níveis de Atenção no SUS: básica, média e alta complexidade

A atenção à saúde no contexto do SUS deve ser pensada de forma integrada, de tal forma que o processo saúde e doença deve ser determinado pelas condições sociais dos usuários do Sistema Público de Saúde. Neste sentido, foram criados os níveis de atenção do SUS, os quais estão definidos na atenção básica, média e alta complexidade e deverão atingir a integralidade dos serviços de saúde, conforme um dos princípios do SUS.

Sobre a atenção básica ou primária, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007), o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 648-2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, com o objetivo de estabelecer diretrizes e normas para a organização da atenção básica em saúde.

A atenção primária, portanto, é o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, com a aplicação de tecnologias de baixa densidade¹⁰, as quais deverão ser suficientes para atendimento das demandas sociais e que garantam o fluxo de referência para aos demais níveis de atenção.

O nível de atenção básica é tido como “a porta de entrada” para o SUS, no entanto, não é suficiente para o atendimento das demandas ditas especializadas, devido a gravidade da situação de doença dos usuários. Desta forma, apresentam-se os níveis de média e alta complexidade que atendem tais demandas de acordo com as devidas especialidades.

De acordo com o Ministério da Saúde¹¹, a média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e

¹⁰ Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (CONASS, 2007).

¹¹ Ministério da Saúde (MS) – Portaria n. 968/2002.

agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos.

Considera-se a média complexidade, portanto, como a intermediária entre a atenção primária, por meio da qual as demandas dos usuários são atendidas para o fluxo da alta complexidade, de acordo com cada situação. Dentre os atendimentos nesse nível de atenção destaca-se: cirurgias ambulatoriais especializadas; patologia clínica; exames ultra-sonográficos; terapias especializadas; próteses e órteses, dentre outros.

No que concerne a atenção de alta complexidade, esta é definida como o nível de atenção que engloba o atendimento ambulatorial e hospitalar, no qual se visualiza enumeras situações de doença e seus agravos, tendo em vista que é nesse nível de atenção que se identifica maior complexidade quanto ao tratamento necessário aos usuários. Sendo assim, o MS determinou implementação de “redes de alta complexidade”.

Redes como organizações sistêmicas que desenvolvem em enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos, manifestados no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado, por meio de um conjunto integrado de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua à população (CONASS, 2007, p. 19).

Como já mencionado, a integralidade dos serviços de saúde é um aspecto que perpassa pela articulação dos níveis de atenção à saúde e deve permear o conjunto de ações do SUS, pois incidem diretamente na eficiência e eficácia dos serviços. Sendo que, a articulação entre os níveis de atenção é considera um avanço para a saúde pública, pois em outros momentos o cenário mostrava-se bastante diferente, uma vez que os serviços eram vistos de forma fragmentada.

No contexto atual, sabe-se que muito tem que se avançar para que esta articulação seja empreendida de forma mais efetiva, pois são muitas ainda as dificuldades que se fazem presentes neste processo, de tal forma que a

integralidade do atendimento na rede pública de saúde também ainda não cumpre seu papel conforme os preceitos da legislação do SUS.

Tendo isso em vista, foi implementado o Pacto pela Saúde, considerado uma nova forma de institucionalidade na relação federativa no âmbito do SUS no que concerne a gestão, descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, refletindo sobremaneira nos níveis de atenção e na articulação entre eles, sobre o qual será feita uma breve abordagem na próxima seção.

2.3.3 O Pacto Pela Saúde

Como já explicitado na seção que apresenta o trajeto histórico da política de saúde até a implementação do SUS, este tem como marca a descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. Para tanto, os entes federados firmaram, em 2006, o Pacto pela Saúde, regulamentado pela Portaria GM nº 399 de 2006, o qual:

[...] traz consigo a coerência com a diversidade operativa do sistema; o respeito às diferenças locorregionais, agregando os pactos anteriormente existentes, reforçando a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de cogestão. Corresponsabilidades e planejamento regional, fortalecendo os espaços e mecanismos de controle social, qualificando o acesso da população à atenção integral à saúde, redefinindo os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valorizando a macrofunção de cooperação técnica entre os gestores e propondo um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (PORTARIA Nº 399/2006).

O Pacto pela Saúde, portanto, atua na regionalização e no processo de descentralização das ações e serviços de saúde, de forma a promover a integração em nível de repasse de recursos, assim como planejamento, programação, avaliação e pactuação dos entes federados. Desta forma, reúne também o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

Complementar a isso, foi criada a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), a qual tem como responsabilidade o aperfeiçoamento para a implementação das práticas de gestão dos entes federados. A SGEP é constituída, de forma articulada, por quatro departamentos: gestão

participativa, auditoria, monitoramento e avaliação da gestão do SUS e ouvidoria.

A proposta é integrar as ações dos diferentes órgãos do SUS nas três esferas de governo, envolvendo instituições tais como: Conselhos, Comitês, Grupos de Trabalho, dentre outros. Além de, permitir a participação popular por meio de movimentos sociais, segmentos de trabalhadores da saúde, gestores e intelectuais, para a promoção dos processos de educação popular.

Sendo que, as ações articuladas entre diferentes setores do governo e da sociedade civil são fundamentais para a prática da gestão participativa e ao fortalecimento da mobilização e do controle social, por meio da criação de canais de comunicação entre os atores envolvidos no processo.

Neste sentido, o Pacto pela Saúde, possibilita a promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão no SUS, de tal forma que redefine responsabilidades, com o objetivo de qualificar a gestão do sistema público de saúde, assim como colabora com o processo de fortalecimento da participação popular e do controle social.

Entretanto, cabe ressaltar que este processo apesar de apresentar avanços importantíssimos para o desenvolvimento da política pública de saúde, também evidencia diversos limites que se mostram como retrocessos no cenário do SUS. Sendo, portanto, um aspecto importante a ser discutido, conforme será apresentado na explanação acerca dos limites e dificuldades do Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, da política pública de saúde.

2.3.4 Limites e dificuldades para a política pública de saúde: algumas reflexões

O caminho percorrido pela política de saúde, com destaque à implementação do SUS, foi permeado por várias mobilizações da população, classe de trabalhadores da saúde, intelectuais, dentre outros segmentos, o que representou a corrida inicial em defesa de uma saúde pública com qualidade e de acesso a todos, conforme preconiza a LOS e a Constituição Federal de 1988.

Sendo que, este trajeto apresentou avanços até os dias atuais, mas para o alcance de tais, foram e são encontrados vários limites e dificuldades para que essa saúde com qualidade e acesso a todos seja efetiva em sua integralidade. Neste sentido, faz-se necessário empreender uma breve reflexão acerca desse processo que a política de saúde apresenta em seu desenvolvimento, com reflexos até a atualidade.

De acordo com Noronha *et. al* (2008, p. 465) a saúde no cenário brasileiro, ao longo de seu percurso, estruturou-se “em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias”. Desta forma, podem ser evidenciados vários limites e dificuldades.

O primeiro limite a ser destacado é de ordem macro, o qual segundo Noronha *et. al* (2008) é considerado estrutural e está relacionado a um alto grau de exclusão e heterogeneidade, os quais não conseguem ser sanados por políticas sociais e relacionados ao caráter institucional e organizacional, caracterizados pela centralização, assim como pela fragmentação institucional e pela desmobilização da população.

No Brasil, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais -, nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema foi construído (NORONHA *et. al*, 2008, p. 465).

Neste sentido, os limites ou dificuldades para a política de saúde nesse contexto é transpor as barreiras institucionais e organizacionais que se mostram estruturais e que dificultam o processo de consolidação da política pública de saúde. Sendo que, essa realidade implica mudanças também no próprio papel do Estado em suas três esferas de governo, com reflexos na gestão pública a nível regional e local.

Outra dificuldade a ser apresentada refere-se a descentralização e relações entre gestores, sobre a qual a “imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema” (NORONHA *et. al*, 2008, p. 468). Essa é vista como uma grande dificuldade

para o processo de consolidação da política de saúde, uma vez que muitos conflitos são gerados nos diversos níveis de gestão.

A desigualdade no acesso e atenção ao usuário também é considerada uma grande dificuldade no cenário da saúde pública que abrange desde a medicalização, uso de tecnologias, resolutividade dos serviços, investimentos de recursos, emprego de insumos, seja a nível municipal, regional ou estadual.

O campo de recursos humanos também é um grande limite a ser superado, pois há distorções e uma grande heterogeneidade na formação dos profissionais de saúde, que são ocasionadas pela má distribuição de recursos, precarização dos locais de trabalho, distribuição desigual dos profissionais de saúde, dentre outros agravos.

O funcionamento efetivo dos Conselhos de Saúde também pode ser considerado um grande limite, pois as questões políticas que envolvem as relações nesses espaços ainda se fazem preponderantes, um dos fatores que impede a efetiva atuação desses espaços. Assim como, os conflitos entre os representantes, devido interesses individuais e divergentes.

Bravo (2009, p. 100) assevera que a “hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação”. Neste sentido, os serviços passam a ser privatizados e voltados ao mercado, o que se espalha a diferentes setores, como é o caso da saúde que enfrenta um processo de privatização dos serviços de forma gradual, mas imprimindo caráter avassalador que pode ser visto nas instituições de saúde em seus diferentes níveis de alocação.

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 2009, p. 100).

Esse é apenas um dos aspectos, fruto do processo de mercantilização dos serviços de saúde pública, que se espalha para diferentes espaços deste

setor. A gestão de algumas instituições de saúde por organizações terceirizadas é outro exemplo deste processo que tem ganhado força e estabilidade no cenário nacional.

Conforme NORONHA *et. al* (2008), outro limite a ser superado é a não articulação intersetorial da política pública de saúde com outras políticas, o que impede o desenvolvimento de políticas mais abrangentes, sendo que compete ao Ministério da Saúde assegurar meios para que ocorra uma ampliação para outros campos de políticas públicas, de forma que estes possam também desenvolver ações interssetoriais, discussão que será apresentada no próximo capítulo.

Baseado, portanto, nesse conjunto de elementos sobre os limites e dificuldades para a política pública de saúde pondera-se que novas propostas e possibilidades sejam criadas para que incidam qualitativamente sobre a gestão dessa política pública. E, um dos meios para mudar este cenário pode ser a articulação entre os diferentes setores de políticas públicas, de forma a criar e fortalecer um trabalho em rede, partindo de ações de caráter intersetorial, discussão esta que será apresentada no próximo capítulo.

3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E INTERSETORIALIDADE: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS

Este capítulo é dedicado a discussão sobre a intersectorialidade, de forma a apresentar reflexões sobre essa temática e perspectivas no que tange ao campo das políticas públicas, em especial a política de saúde, haja vista ser objeto de estudo desta pesquisa.

Neste sentido, será realizada uma explanação conceitual sobre a temática, a qual é apresentada na visão de diferentes autores, mas que se aproximam entre si quanto a construção do conceito, que é o de empreender um trabalho articulado entres os setores de políticas públicas, de forma a buscar o atendimento das demandas sociais em sua integralidade.

Será abordada também a relação das políticas públicas com a intersectorialidade e a importância da atuação dos Conselhos, com destaque aos Conselhos de Saúde, os quais devem agir para inserir em suas agendas discussões sobre a temática, assim como promover ações de caráter intersectorial.

No caso da saúde, portanto, será empreendida uma discussão acerca da relação da política pública com a intersectorialidade, pois de acordo com Almeida e Santos (2014, p. 204) a intersectorialidade com perspectivas ao campo da saúde deve ser entendida “como esforço coletivo no campo das políticas sociais públicas com vistas a seu planejamento programático focado na superação das dicotomias e das intervenções isoladas”.

Desta forma, como proposta da pesquisa, faz-se necessária a apreensão desta discussão no campo da política pública de saúde, com destaque à atuação dos Conselhos de Saúde, os quais enquanto espaços para exercício do controle social (acompanhamento e fiscalização das políticas públicas) também são espaços que apresentam papel importante no que concerne ao desenvolvimento de ações intersectoriais.

E, como já é de conhecimento, todo processo de construção de propostas e ações é permeado por desafios, por isso serão apresentados alguns desafios no campo das políticas públicas, em especial a de saúde quanto a inserção da intersectorialidade no processo de gestão dessas políticas.

Todavia, todo processo também apresenta possibilidades, desta forma algumas possibilidades serão apresentadas neste campo de discussão, de forma a explicitar como a construção de ações articuladas e em rede entre os setores de políticas públicas favorece a intervenção de forma conjunta com indicadores mais qualificados, haja vista a possibilidade de intervenção que busca o atendimento das demandas sociais em sua integralidade.

3.1 A INTERSETORIALIDADE: ABORDAGEM CONCEITUAL

Para iniciar a explanação sobre a intersectorialidade, é importante ressaltar que esta deve ser analisada no campo da proteção social, pois é um princípio organizativo e por meio dela as políticas públicas podem dispor de uma maior resolução em suas ações, haja vista a autora afirmar que nenhuma política é dotada de mecanismos plenos que conduzam sua própria resolutividade, para tanto deve construir-se “uma relação de complementaridade entre as políticas”, conforme assevera Sposati (2009, p. 45).

A proteção social¹², portanto, pode ser entendida “como um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais” (JACCOUD, 2009, p. 58).

Agrega, portanto, o tripé da denominada seguridade social, como visto no capítulo anterior, de tal forma que entre a saúde, assistência social e previdência social deverá ser empreendida uma contínua relação de interlocução e articulação destes setores. Sendo que, o prefixo *inter*, de acordo com Pereira (2014, p. 33):

Remete à relação dialética; isto é, à relação que não redunde em um amontoado de partes, mas em um todo unido, no qual as partes que o constituem ligam-se organicamente, dependem umas das outras e condicionam-se reciprocamente.

¹² A universalização da proteção social surge no bojo do projeto de seguridade social que propõe, à diferença do seguro social, proteção uniforme aos riscos estendida a toda população e em sua organização institucional e cujo acesso independe de contribuição passada ou de filiação a caixas de seguro. A seguridade social está identificada à solidariedade com o indivíduo nas situações de dificuldades de prover o seu sustento, ou de provê-lo adequadamente (JACCOUD, 2009, p. 59).

A intersetorialidade no cenário brasileiro teve sua inserção a partir do processo de descentralização do poder no que diz respeito ao processo de gestão. De tal forma, que o objetivo era o de intervir na fragmentação das políticas sociais, uma vez que a realidade dos municípios configurava-se por políticas centralizadoras que não atendiam as necessidades da população.

[...] a partir do processo de descentralização ocorrido no país nos anos 1990, os municípios passaram a ser responsáveis pela gestão da maior parte dos serviços sociais, o que colocou enormes desafios institucionais e de infraestrutura para este ente governamental. Neste contexto, a intersetorialidade torna-se um instrumento para superar a fragmentação das políticas sociais no interior do aparelho de estado municipal e com isso impactar os indicadores sociais locais (MONNERAT E SOUZA, 2014, p. 48).

E, por ser uma nova forma de atuar, gera resistência dentre os envolvidos, porém foi criada a partir de um conhecimento também novo e deve ser partilhada no interior das organizações e instituições gestoras, fiscalizadoras e de avaliação das políticas públicas, tais como os Conselhos. Tendo isso em vista, Silva (2014, p. 167) assevera que:

[...] trata-se de um tema abrangente, abordado por diversas áreas do conhecimento, apresentando diferentes concepções e enfoques. Objeto, muitas vezes, de tratamento genérico, cujo consenso é restrito ao destaque de sua relevância na atualidade, devendo ser percebida como um processo inconcluso e em permanente construção e reconstrução.

Sendo que parte-se de uma visão do social, enquanto um conjunto de relações tanto pessoais quanto organizacionais, onde as posições dos atores nessas redes é que moldam suas práticas e valores. Pois, a articulação em rede permite a intersetorialidade para efetivação de ações, caracterizando-se pela articulação das políticas sociais, integrando saberes e práticas.

A ação intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população em um determinado território. Esta é uma perspectiva importante, porque aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e também para a sua solução. Para resolver os problemas de saúde que afetam a população (JUNQUEIRA, 2000, p. 26).

Com isso, a intersectorialidade estabelece uma relação de interdependência, de tal sorte que a influência entre setores reflita positivamente um trabalho em rede, onde se privilegiam padrões de relacionamento entre os atores em prol de um bem comum.

De acordo com Pereira (2014, p. 23), a intersectorialidade deve ser entendida como uma lógica de gestão e um instrumento de otimização de saberes, pois sua efetivação é “em prol de um objetivo comum; e *prática social* compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas”. Sendo que, essa ação compartilhada propõe a articulação de saberes e experiências para o alcance de mudanças em seus diferentes aspectos (valores, culturas, institucionalidades, etc.).

Para Silva (2014), a intersectorialidade pressupõe a troca de experiências, trabalhos em rede entre gestores, profissionais e usuários, o que implica em conflitos, mas que também possibilita consensos, que levam a condução de mudanças para o desenvolvimento de ações que favoreçam a resolução das demandas sociais. De tal forma, a autora apresenta três perspectivas elucidativas no que concerne a compreensão da intersectorialidade:

- a. Intersectorialidade como complementariedade de setores que se voltam para atendimento das necessidades da população numa perspectiva de totalidade, não eliminando, porém, a singularidade das diferentes políticas e setores;
- b. Intersectorialidade como construção de práticas intersectoriais, originando um novo espaço a partir de problemas concretos e conduzindo à aprendizagem na abordagem de atendimentos conjuntos dos problemas da população;
- c. Intersectorialidade como princípio de trabalho em redes intersectoriais para ações conjuntas (SILVA, 2014, p. 36).

Todas essas perspectivas apontam a intersectorialidade para caminhos de enfrentamento de problemas sociais, de forma a integrar a gestão entre setores, os quais devem atuar para resolutividade de tais problemas. Para tanto, faz-se necessário a ampliação do processo de participação e democratização dos serviços e direitos, sendo que a descentralização é o meio que pode estabelecer essa resolutividade dos problemas.

A desconcentração, representada pelo 'emponderamento' dos diversos atores sociais, e a descentralização, marca de forma decisiva as experiências intersetoriais. Os resultados positivos obtidos através das intervenções têm promovido um envolvimento cada vez maior dos diversos setores da administração, contribuindo para a mudança do modelo de gestão. Tais articulações e arranjos têm sido possíveis através da construção de parcerias entre diferentes segmentos - instituições de ensino, de serviços e organizações comunitárias. A profundidade e os avanços das articulações são distintos em cada projeto - alguns processos são ainda pontuais e incipientes e outros mais abrangentes, e globais (MACHADO, 2010, p. 5).

Por isso, a intersetorialidade deve ser entendida como interface da relação entre as ações setoriais, conforme assevera Nascimento (2010). Pode ser apreendida de forma positiva e negativa, sendo que sua aplicação não pode posicionar-se antagônica à setorialidade e sim complementar as ações já empreendidas pelos setores.

É por meio dessas experiências já existentes que serão articuladas entre si para efetivar e qualificar o atendimento das demandas sociais, pois “a intersetorialidade se torna, assim, uma qualidade necessária ao processo de intervenção. Programas, projetos, equipes técnicas são desafiados ao diálogo, ao trabalho conjunto com a perspectiva da inclusão social” (NASCIMENTO, 2010, p. 100).

De acordo com Garajau (2013) há princípios básicos ligados ao processo de intersetorialidade: senso de responsabilidade, compartilhamento, articulação, parceria, cooperativismo, diálogo, trabalho em rede, integração, dentre outros. Tais princípios estão vinculados a intersetorialidade, de tal forma que se mostram enquanto interface deste processo, ou seja, são expressos espontaneamente conforme a intersetorialidade for efetivada e de acordo com suas dimensões. Portanto, a intersetorialidade estabelece uma relação coletiva entre os sujeitos envolvidos no processo, de tal sorte que as dimensões necessárias a sua efetivação estão articuladas entre si para o alcance dos resultados, vislumbrando contribuir na resolutividade de determinada situação.

É interessante ressaltar que a intersetorialidade não é um conceito que engloba apenas as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões da cidade, como sua infraestrutura, ambiente, que também determinam a sua organização e regulam a maneira como se dão as relações entre os diversos segmentos sociais (JUNQUEIRA, 1998, p. 37).

Nessa perspectiva, portanto, deve-se entender a intersectorialidade em seus diferentes âmbitos e aspectos, ou seja, a sua relação entre as políticas, mas também com o meio em que elas estão inseridas, pois desta forma serão entendidas as necessidades provenientes da relação dos sujeitos e o meio onde se encontram, para o estabelecimento de políticas adequadas e que se integrem aos demais setores.

Infere-se, portanto, que a compreensão sobre intersectorialidade apresentada a partir da abordagem de diferentes autores, é comum a todos o entendimento enquanto instrumento necessário o campo da gestão das políticas públicas, que propõe a articulação entre setores por meio do compartilhamento de saberes e experiências, de tal forma que essa articulação caminhe para o desenvolvimento de ações que beneficiem as demandas sociais em suas necessidades, primando pela integralidade no atendimento, haja vista que a vida social é constituída por diferentes aspectos, os quais devem ser atendidos de igual forma.

Partindo da intersectorialidade, portanto, entre os diferentes setores, como se destaca as políticas públicas, é que se pode empreender um trabalho integrado que permita a resolutividade dos problemas sociais. Por isso, a necessidade de efetuar ações que ultrapassem interesses particularistas e corporativistas. Tendo isso em vista, a seguir será apresentada uma explanação sobre a relação das políticas públicas com a intersectorialidade e o papel dos Conselhos nesse contexto.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS, CONSELHOS E A INTERSETORIALIDADE

O processo de democratização das políticas públicas decorrente das mudanças no cenário político brasileiro abriu espaço às lutas dos movimentos sociais no que concerne a garantia dos direitos sociais. E com ele deu-se abertura, também, a criação de espaços à discussão, assim como de proposição e deliberação de tais políticas, como os espaços das Conferências e dos Conselhos.

Os espaços dos Conselhos, portanto, como assegurado pela Constituição Federal de 1988, “foram criados com objetivos institucionais para assegurar aos cidadãos organizados melhores recursos e meios para influenciar na definição da agenda pública em setores específicos de políticas sociais” (CAMPOS, 2006, p. 111 - 112).

Em síntese, são espaços como estes, onde segmentos da sociedade, de forma organizada, participam da luta pelos interesses de seus representados, e no caso da saúde defendem os interesses em torno da política pública de saúde e efetivação com qualidade de seus serviços.

Mas, em se tratando de participação, qual o seu significado? Como a participação influencia a vida das pessoas? Segundo Bordenave (1983, p. 21) “a palavra participação vem da palavra parte”.

Participação é fazer parte, tomar parte ou ter parte. Significando que não basta apenas estar em um grupo, tem que ter o sentimento de pertencimento a este mesmo grupo na defesa intransigente de seus direitos.

Consoante a essa participação nesses espaços, defende-se a intersetorialidade enquanto canal de interlocução entre os atores envolvidos nesse processo, de forma a construir espaços para negociação e debates, assim como abertura para o exercício do controle necessário quanto as ações e deliberações no campo das políticas públicas (RAICHELIS, 2009).

Sendo que é por meio dessa participação que pode ser empreendido o controle social, o qual de acordo com Correia (2005) é uma expressão ambígua, que pode ser concebida em diferentes sentidos, pois baseia-se “em concepções de Estado e de sociedade distintas”, isto é, sua definição se constrói na relação que se estabelece entre Estado e sociedade civil.

Por isso, quando se fala nessa ambiguidade devem ser consideradas duas concepções, a do controle social exercido pelo Estado sobre a sociedade e aquele exercido por esta sobre as ações do Estado.

Em relação à primeira, segundo essa concepção, o Estado controla a sociedade em favor dos interesses da classe dominante implementando políticas sociais públicas, de forma a amenizar os conflitos de classe. Sendo que, por trás dessa perspectiva “está a concepção de ‘Estado restrito’, ou seja,

a de Estado como administrador dos negócios da classe dominante” (CORREIA, 2005, p. 48).

A segunda concepção, a de que entende o controle social da sociedade civil organizada sobre as ações do Estado, atribui à sociedade possibilidades de controlar as ações do mesmo em favor das classes mais pauperizadas. De tal forma que, por trás dessa perspectiva:

[...] está a concepção de ‘Estado ampliado’, segundo a qual o Estado é visto como perpassado por interesses de classes, ou seja, como um espaço contraditório que, apesar de representar hegemonicamente os interesses da classe dominante, incorpora demandas das classes subalternas (CORREIA, 2005, p. 49).

Essa fiscalização ou acompanhamento, também denominado controle social é o conjunto (monitoramento, fiscalização e avaliação) das ações desenvolvidas nesses canais de participação. É também, “a influência que a sociedade civil exerce na formação da agenda governamental” (CAMPOS, 2006, p. 110).

Desta forma, as ações governamentais, podem fortalecer a expansão e o aprofundamento da democracia e, conseqüentemente, democratizar o acesso a bens e serviços à população, para que esta possa se reproduzir socialmente, e incluir mais atores sociais coletivos e organizados no campo de negociações que conformam a agenda pública.

De acordo com Campos (2006), o controle social apresenta três dimensões, são elas: a dimensão política (necessita de uma sociedade civil organizada e também governantes democráticos para viabilizar o processo político); a dimensão técnica (requer capacidade técnico administrativa para fiscalização e avaliação da qualidade dos serviços e ações governamentais) e a dimensão ética (pressupõe a responsabilidade e o compromisso dos Conselhos com a sociedade, para a promoção dos direitos sociais, culturais, econômicos, humanos, etc.).

Para o desenvolvimento deste processo, portanto, foram instituídos os espaços dos Conselhos, de forma a garantir a efetividade das decisões coletivas, sobre os quais será apresentada a seguir uma breve explanação.

3.2.1 Os Conselhos

Os Conselhos são por excelência espaços de disputas políticas, onde se manifestam as correlações de força dos representantes da sociedade civil e do governo, nos quais são exponenciados os interesses públicos ou até mesmo interesses particulares. Por isso, nesses espaços as decisões coletivas são tomadas por meio de diálogos e explanação de projetos, com vistas à uma agenda comum.

Os conselhos são instâncias públicas [...] com competências definidas e podendo influenciar ou deliberar sobre a agenda setorial, sendo também capazes em, muitos casos, de estabelecer a normalidade pública e alocação de recursos dos seus programas e ações. Podem ainda mobilizar atores, defender direitos ou estabelecer consertações, consensos sobre as políticas públicas em qualquer dos casos, ou seja, em acordo com as linhas de ação do Estado ou em conflito com elas, contribuem para a legitimação das decisões públicas (SILVA et al, 2005, p. 380).

A influência que estes espaços têm, portanto, refere-se a capacidade política e técnica para dialogar e fazer proposições, especialmente, pela capacidade de mobilização dos atores, de forma a defender direitos e estabelecer acordos com os gestores das políticas públicas.

Em relação a composição dos Conselhos, estes espaços são constituídos por representantes da sociedade civil organizada e representantes do Governo. Sendo que, essa representação é dividida paritariamente entre titulares e suplentes. Esses conselheiros não recebem remuneração e, na maioria das vezes, participam de um processo de votação para ocupação da função. Sendo que esses espaços:

[...] foram propostos numa conjuntura de mobilização da sociedade civil e foram implementados, a partir dos anos 1990, num cenário de regressão dos direitos sociais e de destruição das conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital (BRAVO E MENEZES, 2012, p. 274).

Correia (2005), parafraseando Antônio Ivo de Carvalho (1995), assevera que os Conselhos se apropriam de parcela do poder de governo e a sociedade

civil deve usá-lo a favor da proposta de democratização do sistema e da ampliação de seu espaço político. E, os vê como uma proposta contextualizada em um projeto de reforma democrática do Estado. Desta maneira, Silva *et al.* (2005) pondera que os Conselhos:

[...] permitem que grupos demandantes assim como os demais interesses organizados tenham representatividade própria na discussão e no processo decisório das políticas sociais. Esta forma de organização tem impacto nas políticas públicas no sentido da ampliação da capacidade de articulação do Estado com os atores sociais (SILVA *et al.*, 2005, p. 381).

Parafraseando Maciel (2007), os Conselhos são espaços públicos¹³, instituídos como canais de participação, que devem apresentar caráter paritário, de tal forma que a população esteja representada por instituições da sociedade civil organizada, para empreender a gestão democrática referente às políticas públicas. Sendo que, representantes do governo também devem desempenhar seu papel nesses espaços para a efetivação dessas políticas.

Corroborando esta ideia, a participação é entendida, segundo Simões (2008) como:

[...] o meio de controle social, exercido pela sociedade civil, para a garantia dos direitos sociais, superando os mecanismos tradicionais de controle técnico-burocrático. Os espaços democráticos de deliberação e de fiscalização da eficácia das políticas públicas, aliados a uma representação forte dos interesses gerais da sociedade, constituem a lógica do controle popular das políticas públicas. Os conselhos e as conferências [...] constituem, assim, fóruns privilegiados, em que se efetivam essa participação (SIMÕES, 2008, p. 111).

Segundo Campos (2006), a ideia de controle social está vinculada ao modelo de democracia participativa, desta maneira para que o Conselho,

¹³ Os espaços públicos são os canais privilegiados para os encontros, a explicitação, as disputas e as negociações entre aqueles que defendem posições diferenciadas quanto ao nível de partilha da riqueza social transferidas pelas políticas públicas. Nesse sentido, problematizar o conjunto das implicações que são relativas à noção de espaço público é [...], comprometer-se com as lutas políticas do nosso tempo histórico que tentam desenhar uma perspectiva de futuro para a incompleta democracia brasileira (BIDARRA, 2006, p. 48).

enquanto um espaço institucionalizado possa dar sua contribuição para a construção desse modelo de gestão, é de suma importância que sejam considerados alguns requisitos para o bom funcionamento desse espaço.

O conselho deve ter representatividade sociopolítica, isto é, no que tange ao papel do governo deve ser composto por pessoas com capacidade para tomar decisões e com autoridade para dirigir uma instituição. Já no que diz respeito ao papel da sociedade civil, deve ser composto por pessoas capazes de manter um diálogo constante com os representantes do governo, de forma a estabelecer um ambiente de interlocução entre ambas as partes. Deve também ser “mobilizado e mobilizador”. As partes envolvidas devem evitar um “funcionamento reativo e eventual, limitados às convocações de urgência do Poder Executivo” (CAMPOS, 2006, p. 115). Em síntese, deve haver uma mobilização constante tanto por dentro do Conselho (entre os seus participantes) quanto para fora deste (mobilizar outros setores da sociedade civil).

O Conselho deve dispor de recursos (materiais, financeiros e humanos), além de infra-estrutura, pois o seu funcionamento depende dessa estruturação, de tal forma que a equipe que o compõe seja especializada para o exercício do controle social. Assim como, o acesso contínuo às informações sobre os recursos, metas e rede de serviços, pois é necessário um acompanhamento sistemático da dinâmica de funcionamento do Conselho que influencia na qualidade do trabalho desenvolvido nesses espaços.

Por fim, a formação dos conselheiros, uma vez que faz-se necessário um investimento em capacitação regular para esses agentes, de tal forma que essa capacitação influenciará no desempenho do trabalho dos conselheiros para o alcance de bons resultados.

A partir desses enunciados infere-se que o Conselho, enquanto espaço institucionalizado, e instrumento do controle social, possibilita a participação da sociedade civil na elaboração, deliberação e implementação de políticas públicas, assim como no controle sobre as ações do Estado, a fim de dinamizar o processo de democratização do poder estatal.

Existem vários Conselhos de políticas públicas, os quais atuam dentro de seus setores: assistência social, educação, habitação, saúde, dentre outros,

os quais além de poder empreender ações setoriais, também podem atuar de forma articulada com os demais setores de políticas públicas, de forma a estabelecer uma relação intersetorial, como exemplo da política de saúde.

3.2.2 Os Conselhos de Saúde

No que concerne ao setor saúde Menezes (2012), destaca que o Conselho Nacional de Saúde (CES) foi instituído enquanto mecanismo formal para atuar sobre a política pública de saúde, dando abertura à criação de outros Conselhos a nível estadual e municipal.

Os Conselhos estaduais são compostos por representantes da Secretaria de Saúde do Estado, das Secretarias Municipais de Saúde, dos trabalhadores da área de saúde e prestadores de serviço de saúde, sendo 50% de entidades filantrópicas e 50% de entidades não filantrópicas. E, a participação dos usuários depende da mobilização das entidades representativas da sociedade em defesa do SUS e da saúde pública.

Com esta concepção, portanto, surgem os Conselhos de Saúde, campo pioneiro na instituição desses espaços, os quais com o processo de descentralização se constituem enquanto mecanismos de legitimação da gestão, de forma a ter ingerência sobre as ações que conformam o setor saúde.

Os Conselhos de Saúde foram regulamentados, portanto, no ano de 1990 por meio da Lei nº 8.142 em junção a Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), sendo estes espaços que constituem a participação de representantes dos trabalhadores de saúde, prestadores de serviços (público e privado) e dos usuários.

Na década de 1990, com a nova Constituição Federal Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto n. 99.438/90 configurou o novo Conselho Nacional de Saúde com ampla representação social e com caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, cujas

decisões, quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Saúde (MENEZES, 2012, p. 264).

Tendo isso em vista, com o Conselho Nacional de Saúde foi dado o pontapé inicial ao processo decisório instituído por esses espaços no que diz respeito a discussão, deliberação e fiscalização da política pública de saúde. Sendo que, um dos objetivos atuais do CES é o de reforçar a necessidade de seguir com as lutas de outrora (Movimento Sanitário) em defesa da saúde pública com qualidade, em detrimento da terceirização e privatização deste setor.

Em relação ao processo de mobilização no cenário da saúde, vale ressaltar que após o advento da 8ª Conferência o evento de maior expressão da saúde foi a 13ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 2007, a qual levou ao debate questões de abrangência sobre diferentes modalidades de gestão do SUS, pois identificou-se:

[...] a mais consistente reafirmação do projeto democrático ao defender a efetiva concretização dos princípios do SUS focando suas posições em um modelo assistencial universalizado. Integralizado e descentralizado com controle social (TEIXEIRA, 2012, p. 71).

Assim como os Conselhos de Saúde, as conferências são também espaços necessários que viabilizam discussões acerca da agenda pública de saúde, de tal sorte que são movimentos que atuam no campo da ideologia, da cultura, da diversidade de opiniões que permeiam a luta em prol de uma política pública de saúde democrática diante a resistência ao projeto neoliberal hegemônico.

Neste sentido, profissionais, estudiosos, dentre outros atores defendem a necessidade de avançar para além das discussões setoriais, ou seja, faz-se necessário que o diálogo empreendido nos setores das políticas públicas seja espreado entre todos, de forma a tornar as necessidades e ações comuns a estes espaços para que sejam desenvolvidas interlocuções ao atendimento dessas demandas.

Considera-se fundamental esta agenda de mobilização e construção da consciência sanitária, pois só o aprofundamento da democracia

nas esferas da economia, da política e da cultura e a organização dos movimentos sociais poderão fazer face à crise estrutural do capitalismo. Destaca-se a necessidade de novas ações de articulação e mobilização do CNS com os demais sujeitos sociais e movimentos sociais, reafirmando a luta pelas transformações políticas, sociais e econômicas (MENEZES, 2012, p. 269).

Sendo que, o Conselho enquanto espaço para essa participação em prol da garantia e efetivação dos direitos das demandas sociais deverá contar com atores que se proponham a realizar ações integradas, ou seja, um trabalho em rede com uma postura para o entendimento da realidade social e da sua complexidade, de forma a mudar essa realidade. Neste sentido, vale destacar que são vários os obstáculos, sobre os quais os Conselhos de Saúde, assim como os demais, se deparam para seu funcionamento e atuação efetiva.

Parte-se do pressuposto de que muitos dos obstáculos enfrentados pelos conselhos decorrem da cultura política presente ao longo da história brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos, como também nas práticas políticas do favor, patrimonialistas (uso privado da coisa pública), de cooptação da população, populistas e clientelistas (MENEZES, 2012, p. 262).

Essa realidade é fruto da constituição do Estado brasileiro, o qual ao longo do tempo foi gestado de acordo com as exigências do mercado, de tal forma que a população e a sociedade civil organizada se apresentam desmobilizadas, enfraquecendo o processo de empoderamento e atuação desses espaços legítimos que além de desempenhar o papel frente ao controle e acompanhamento das ações e serviços em saúde, também, devem desenvolver ações e criar estratégias de caráter intersetorial.

3.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E A INTERSETORIALIDADE: UM DIÁLOGO NECESSÁRIO

No Brasil a intersetorialidade vem ganhando maior interesse por parte dos estudiosos, destacando a área de políticas públicas, de tal sorte que esse

processo como assevera Pereira (2014, p. 24) “apoia-se no reconhecimento de que a relação concertada entre ‘setores’ implica mudanças substanciais na gestão e impactos dessas políticas, bem como ampliação da democracia e da cidadania social”.

Nas políticas públicas a intersetorialidade pode ser vista enquanto meio para superar as práticas fragmentárias que são impostas pela relação Estado x sociedade, que oferece os serviços de forma setORIZADA. Sendo que, as políticas públicas são o campo que permitem análises partindo de “características gerenciais nas teorias da administração pública e em debates acerca das finalidades de seu uso sob o ponto de vista ético, político e de projetos societários” (TUMELERO, 2010, p. 1).

Neste sentido, entende-se que a intersetorialidade deve transcender um único setor, isto é, deve ser apreendida enquanto estratégia de articulação entre esses setores e, por isso, requer pesquisa, planejamento e avaliação para que sejam desenvolvidas ações que beneficiarão todos os setores envolvidos no processo, por meio da articulação de saberes e experiências em prol de um objetivo comum, sendo assim:

[...] a intersetorialidade, considerada um rompimento da tradição fragmentada da política social, que a divide em ‘setores’, admite que ela propicie mudanças de fundo; isto é, mudanças nos conceitos, valores, culturas, institucionalidades, ações e formas de prestação de serviços, além de inaugurar um novo tipo de relação entre Estado e cidadão (PEREIRA, 2014, p. 26).

A intersetorialidade nessa perspectiva, portanto, sinaliza em direção a concretização de direitos sociais, constituindo assim um caminho à promoção da cidadania e, conseqüentemente, com perspectivas de mudanças, o que encoraja os atores envolvidos neste processo a criarem mecanismos de efetivação desse processo de articulação e agregação.

Segundo Monnerat e Souza (2014) a intersetorialidade é um mecanismo estratégico à gestão e construção de interfaces entre diferentes setores com vistas ao enfrentamento de problemas sociais que são transponíveis a gestão do governo ou das políticas públicas, ou seja, as ações desenvolvidas deverão

ser de responsabilidade de diferentes setores para que o objetivo comum seja alcançado.

Yazbek (2014), por sua vez, destaca que a intersectorialidade é a articulação entre políticas públicas que se efetiva pela construção de ações conjuntas direcionadas à Proteção Social, de tal forma que essa articulação deverá envolver os diferentes setores à superação da fragmentação das necessidades sociais da população. Essa articulação deve pautar-se, portanto, pela descentralização das ações, alcançando os municípios e suas redes de atendimentos.

A intersectorialidade supõe também a articulação entre sujeitos de áreas que tem suas especificidades e diversidades e, portanto, experiências particulares, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de gestão de políticas públicas que está necessariamente relacionada ao enfrentamento de situações concretas. Supõe vontade, decisão, que tem como ponto de partida o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve, portanto estruturação de elementos de gestão que materializem princípios e diretrizes, a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência, às ações (YASBEK, 2014, p. 98).

De acordo com Sposati (2004), a intersectorialidade no campo das políticas públicas vem trazer para a discussão a ideia de complementaridade, pois o conceito de políticas setorializadas tem alçado vãos maiores no sentido de integrar as políticas públicas para estabelecer uma interrelação entre os setores da saúde, educação, habitação, assistência social, dentre outros. Sendo que, esta articulação pressupõe a descentralização e deve levar em consideração a territorialidade e a heterogeneidade das ações.

Pode-se inferir, portanto, que a relação da intersectorialidade com as políticas públicas transcende o âmbito da articulação. Ela vislumbra a complementaridade entre essas políticas, de tal forma que uma agrega-se a outra por meio de suas experiências e contribuições, as quais favorecem a interrelação entre os setores de políticas públicas.

De acordo com Garajau (2013), a intersectorialidade no campo das políticas públicas está relacionada a operacionalização e gestão social, de tal

forma que a participação de todos os envolvidos no processo de desenvolvimento das ações é de caráter indispensável, uma vez que são esses sujeitos os detentores dos saberes necessários para a troca de experiências, assim como serão aqueles que terão os resultados dessa relação em prol de um objetivo comum.

Articular saberes requer uma 'readequação' dos serviços ofertados pela gestão pública, além de uma readequação na caracterização e envolvimento dos sujeitos no processo de operacionalização das atividades de gestão. Percebe-se que a estrutura posta nos modelos tradicionais, os planos e as ações, perpassam por uma padronização pautada em decisões e definições das necessidades coletivas formuladas a partir da perspectiva de técnicos e especialistas. Incluir a intersectorialidade como eixo de operacionalização da gestão social no campo das políticas é um desafio, pois historicamente a administração pública não foi organizada por esta referência (GARAIAU, 2013, p. 3).

É importante destacar que as experiências intersectoriais devem estar previstas nas agendas públicas partindo do comprometimento dos diferentes setores em suas atribuições específicas, para vislumbrar ações articuladas que atendam a todos, considerando que o planejamento e articulação que propõem a intersectorialidade são balizadores à integração das diversas áreas de políticas públicas.

A partir da explanação apresentada, percebe-se, portanto, que a intersectorialidade no campo das políticas públicas é trabalhada em diferentes abordagens como mostra a discussão dos autores. Entretanto, todos indicam a importância da intersectorialidade enquanto um mecanismo para transcender as ações e serviços em seus níveis setoriais, ou seja, as políticas públicas para sua eficiência e eficácia deverão estar articuladas umas as outras, de forma a buscarem a integralidade no atendimento das demandas sociais em seus diferentes campos, assim como a importância da intersectorialidade enquanto princípio organizativo que favorece a operacionalização das políticas públicas, como é caso da saúde.

3.4 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE: ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Em relação ao campo da saúde os autores asseveram que a intersectorialidade tem suas origens ainda no debate empreendido sobre o Projeto de Reforma Sanitária, momento em que os aspectos sociais do cidadão no processo saúde-doença passaram a ser reconhecidos tão importantes, quanto os aspectos biológicos.

Tal fato, portanto, abriu espaço para a discussão dessa temática, assim como favorecendo a construção de agendas públicas com participação de diferentes atores e setores com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.

Destaca-se ainda, a necessidade de pactuação intersectorial, seja entre programas ou entre políticas, de forma a empreender a integração desses setores e, por conseguinte, a sua permanência no campo das políticas públicas, tendo em vista que a fragmentação das políticas em setores dificulta a promoção da equidade e integralidade do atendimento da população.

Além de defender e preservar as particularidades dos setores envolvidos no processo, pois o objetivo é agregar o conhecimento e a produção de cada um ao desenvolvimento de novas ações em rede que favoreçam o atendimento da população. Por meio dessa intersectorialidade, portanto, os serviços de saúde podem ser democratizados, uma vez que são indissociáveis.

Devendo-se entender que essa democratização é tornar os direitos, ações e serviços de saúde acessíveis às demandas sociais que deles necessitam, ou seja, empreender uma forma de inserção dessas demandas nas agendas governamentais para que tenham acesso à assistência e assegurada a qualidade dos serviços prestados.

No caso em questão, campo da saúde, é o da efetivação dos serviços de saúde com fim ao acesso qualificado dos usuários do SUS, sendo que:

[...] o Conselho Nacional de Saúde tem sido dentre os conselhos de política e de direitos o que mais tem apresentado proposições e lutas em defesa dos direitos sociais. Os limites identificados para a ampliação da participação democrática referem-se às estratégias de articulação com os conselhos estaduais e municipais – que não têm

sido um potencial político significativo – como também com relação ao debate das questões mais gerais da Reforma Sanitária e da Seguridade Social (MENEZES, 2012, p. 270).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH, 2009), o Humaniza SUS, a Intersectorialidade configura-se enquanto um articulador da saúde com outros campos de políticas públicas que favorecem o atendimento integral dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de tal sorte que a proposta do SUS é oferecer assistência a quem dele necessita, mas que possa abarcar os diferentes aspectos da vida social. Neste sentido, a PNH estabelece a:

[...] integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), num segundo. A escolha do prefixo inter e não do trans é efetuada em respeito à autonomia administrativa e política dos setores públicos em articulação (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, PNH).

Entende-se que este trabalho articulado privilegia os atores sociais a tornarem concretas as ações definidas à coletividade, a qual está representada pela interlocução entre os diferentes setores. E o Humaniza SUS enfatiza a necessidade de integração entre os serviços de saúde, assim como das políticas e programas vinculados a eles, de forma a incidir positivamente no processo de atendimento das demandas sociais que se utilizam da saúde pública.

De acordo com Monnerat e Souza (2014) há uma forte liderança do setor da saúde no que diz respeito a ações intersectoriais, entretanto a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) enfatiza que faz-se necessário

que estas ações não sejam demandadas apenas como iniciativas, mas também como ações convocatórias de outros setores.

Experiências de programas do Ministério da Saúde, tais como Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), considerados como porta de entrada do SUS também necessitam de pactuação intersetorial, de forma que a intervenção das demandas ultrapasse o limite do campo da saúde, com abrangência a diferentes aspectos da vida do indivíduo, suas famílias e comunidades (MONNERAT E SOUZA, 2014).

Outro dado sobre ações intersetoriais pode ser destacado pelo Ministério de Desenvolvimento Social (MDS):

Ainda nesta linha de raciocínio, observa-se que um dos programas centrais do MDS, 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. [...]. Não é exagero afirmar que o foco da intersetorialidade no Bolsa Família se restringe a indução da articulação entre as três principais áreas de política social, quais sejam: **saúde, educação e assistência social** [...] (MONNERAT E SOUZA, 2014, p. 45).

Isso se deve as condicionalidades que o programa expressa, as quais estão relacionadas à frequência escolar, aos serviços básicos de saúde (unidade básica) e a atuação primordial da assistência social, a qual coordena o programa, configurando desta maneira a pactuação que defende a ação intersetorial, abrindo espaço ao diálogo entre essas áreas.

No campo da saúde, a intersetorialidade é entendida enquanto esforço coletivo, com vistas ao planejamento de ações para a intervenção em demandas particulares, mas de escopo abrangente, haja vista os reflexos nos diferentes aspectos da vida social. Neste sentido, a intersetorialidade tem como objetivo atingir a totalidade do indivíduo, por isso defende-se “uma perspectiva de trabalho intersetorial que vá além das justaposições ou composições de projetos que na realidade continuam sendo planejados e formulados de maneiras segmentadas e fatiadas” (ALMEIDA E SANTOS, 2014, p. 204).

Tendo isso em vista, os autores asseveram que as ações e promoção dos serviços de saúde devem ser compreendidas enquanto um processo

coletivo, de tal forma que a ação conjunta entre os diferentes setores de políticas públicas irá incidir de forma consubstanciada ao campo da saúde, assim como nos demais setores, agregando resultados para os campos, por exemplo, da alimentação, emprego, educação, lazer, dentre outros.

De acordo com Andrade (2004) a relação da intersectorialidade no campo da saúde remonta a década de 70 com o surgimento de um movimento, com vistas a “Nova Promoção da Saúde”, o qual se configurou enquanto movimento ideológico e social, principalmente em países europeus. Para a disseminação dessa nova estratégia foram realizadas, ao redor do mundo, várias conferências, dentre as quais a de maior destaque foi a Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Ottawa em 1986, na qual foi apresentada a declaração de Alma-Ata que estabelecia a inserção da saúde como meta a todos os setores de políticas públicas.

O eixo central do debate passa a ser o processo de produção social da saúde e doença. Assim a promoção da saúde está relacionada a um ‘conjunto de valores’: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida. Portanto, as determinações da saúde foram relacionadas ao impacto das dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas nas coletividades para alcançar um desenvolvimento social mais equitativo. Ressalta-se, ainda, a ‘combinação de estratégias’, ou seja, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersectoriais (ANDRADE, 2004, p. 79).

Tendo isso em vista, o autor assevera que a saúde enquanto política pública não se esgota em seu setor, pois a eficácia e eficiência da política dependem da relação com as demais, sendo assim este movimento propõe o desenvolvimento de mecanismos e estratégias políticas, de forma a promover a integração dos diferentes setores de políticas públicas “saudáveis”, as quais contribuem para o desenvolvimento local.

Desta forma Andrade (2004) destaca a relação da intersectorialidade com o SUS, de tal forma que o processo de descentralização na gestão da saúde é fundamental para o planejamento e organização de estratégias intersectoriais, pois permitem a efetivação de ações adequadas de acordo com as necessidades e democratização dos serviços de saúde.

Cabe salientar, portanto, que o processo de democratização dos serviços e da própria política pública de saúde “remete à ampliação dos fóruns de decisão política que, alargando os condutos tradicionais de representação, permita incorporar novos sujeitos sociais como portadores de direitos legítimos”, como defende Raichelis (2009, p. 81).

Com base no discurso da autora defende-se a ideia de democratização desses serviços enquanto meio de torná-los acessíveis e efetivos às demandas da população que deles necessitam no cenário da política pública de saúde.

Desta forma, foram instituídos os Conselhos e as Conferências, enquanto espaços, para contribuir na efetivação dos serviços de saúde e da própria política pública deste setor, de forma a discutir mecanismos de acompanhamento, deliberação e controle das ações referente ao setor em questão, o denominado controle social.

A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 70 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária, que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo ‘médico-assistencial privatista’ para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (CORREIA, 2009, p. 112).

Nesse contexto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) recebe destaque, pois foi criado enquanto mecanismo de reafirmação do SUS, pois nele a sociedade civil organizada participa das decisões em defesa da política pública de saúde e dos serviços dela provenientes.

Neste sentido, os Conselhos têm um papel fundamental para que o projeto progressista da sociedade civil supere o projeto privatista do mercado, tendo em vista que os participantes do Conselho por meio de sua atuação podem contribuir para que os interesses da população sejam atendidos.

Vale ressaltar que o Conselho de Saúde é um espaço que congrega segmentos heterogêneos da sociedade, por isso:

[...] constitui-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso contrarrestando os conflitos iminentes ao processo de acumulação do capital e, de outro, pode possibilitar aos

segmentos organizados na sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde (CORREIA, 2009, p. 127).

Desta forma, o Conselho enquanto espaço instituído e legitimado pela Constituição Federal de 1988 deve ser funcional às demandas da sociedade, de forma a atender as necessidades dos usuários da saúde pública. Sendo assim, o poder de intervenção dos atores que constituem esse espaço deve ser intensificado, na medida em que favorece a efetivação dos serviços de saúde.

Além do controle social, o espaço dos Conselhos também é instância onde pode e deve ser empreendido o debate e o desenvolvimento de ações intersetoriais, enquanto mecanismo à efetivação da política pública de saúde e, conseqüentemente, das ações e serviços deste setor.

No tocante aos significados atribuídos ao termo Intersetorialidade, apesar da diversidade de abordagens, pode-se afirmar em linhas gerais que predomina a noção de intersetorialidade como uma estratégia de gestão voltada para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública (MONNERAT E SOUZA, 2014, p. 42).

Neste sentido, o Conselho de Saúde está no âmbito da gestão da política pública, assim como dos demais setores, ao ser composto por representantes do Governo e não governamentais e pode empreender ações articuladas e integradas, de forma a atender suas demandas específicas, assim como dos outros campos, haja vista a função das políticas públicas ser a de atender as demandas sociais em suas várias necessidades, pois entende-se que os sujeitos estão inseridos em um contexto que abrange distintos aspectos, os quais merecem uma abordagem e intervenção holística.

Como se dá o processo de gestão numa articulação intersetorial? Tem que ser coletivo, participativo e realizado em instâncias amplas como fóruns e conselhos. Exige a criação de um núcleo coordenador formado por representantes dos segmentos envolvidos, tais como gerências técnicas, conselhos comunitários e outras entidades. O processo traz vantagens, entre elas: a de permitir o estabelecimento de espaços compartilhados de decisão entre Instituições; permite considerar o cidadão na sua totalidade; utiliza de parcerias com outros setores, dentro de uma idéia de rede e; demanda a

participação dos movimentos sociais no processo de decisão (MACHADO, 2013, p. 5).

Entende-se, desta forma, que a interlocução, integração, trabalho em rede, a intersetorialidade dentro dos espaços dos Conselhos são imprescindíveis “às mediações sociais e políticas para o atendimento de demandas populares” (RAICHELIS, 2009, p. 83) e, conseqüentemente, para a democratização dos serviços, pois permite uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais.

De acordo com Gaedtke (2011) para pensar a articulação intersetorial entre os Conselhos, em especial os de saúde, faz-se necessário entender que estes espaços também são constituídos por atores heterogêneos munidos de diferentes saberes e relações, o que reflete diretamente no desenvolvimento de ações de caráter intersetorial, pois tais atores estão representando interesses particulares de suas instituições.

No entanto, é nessa relação desigual que deve ser empreendido o diálogo para proposição de ações conjuntas que beneficiem a todos os envolvidos nesse processo. Sabe-se, por sua vez, que esta é uma tarefa difícil, mas que deve ser colocada em exercício, pois somente desta forma o desenvolvimento dessas ações poderá ser efetivado.

Verifica-se, portanto, a importância dos Conselhos quanto ao processo de gestão da política de saúde e sua relação com a intersetorialidade, pois além de serem espaços para acompanhamento e fiscalização das ações referentes ao setor saúde, também devem discutir e colocar em prática o desenvolvimento de ações intersetoriais, de forma a fortalecer a política de saúde com os demais setores para a superação de práticas focalizadas e setorializadas, que dificultam o atendimento das demandas sociais de acordo com suas necessidades em sentido integral.

Entretanto, este não é um trabalho fácil de ser construído e, por isso, vários desafios são encontrados ao longo deste processo, mas possibilidades também podem ser destacadas no que concerne a gestão das políticas públicas, como o caso da saúde, sobre a qual será apresentado a seguir.

3.5 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A INTERSETORIALIDADE

Como foi explanado na seção anterior, o trabalho de construção para desenvolvimento de ações intersetoriais não é uma tarefa fácil, por isso é imprescindível apontar os limites atinentes a efetivação da intersectorialidade, pois são vários setores que irão constituir o processo de agregação de suas diferentes atuações e saberes em prol de um objetivo comum.

Entretanto, cabe lembrar que os setores são heterogêneos e constituídos por atores heterogêneos, desta forma diferentes opiniões e formas de atuar irão surgir, podendo gerar conflitos e desmobilização do processo de articulação, conforme ressalta Burlandy (2014).

Neste sentido, um dos limites para a construção de ações intersectoriais no campo das políticas públicas são os interesses políticos particulares embutidos nesse processo, pois são diferentes propostas a serem defendidas, as quais são colocadas como prioridade no cenário decisório, o que dificulta o estabelecimento de ações definidas conjuntamente e em benefício de todos os envolvidos.

Outro limite ou desafio é a própria lógica fragmentadora das políticas públicas em que se aponta a dificuldade de desconstruir essa forma reducionista de atuação em que as ações são desenvolvidas de maneira setorializadas (fragmentadas), a qual é fruto da cultura estabelecida sobre a formulação, organização e implementação das políticas públicas (ANDRADE, 2004).

Este é, portanto, um dos grandes desafios a serem superados para que a intersectorialidade seja colocada na agenda das políticas públicas, pois a construção do estado brasileiro sempre foi permeada pelas relações particularistas de interesses dos setores, de grupos, de indivíduos. Cultura sobre a qual há uma luta para sua desconstrução, o que dificulta a articulação entre os setores, de forma a romper com a lógica fragmentadora de se pensar as políticas públicas, refletindo nestes setores, como se destaca a saúde.

Em seu desenvolvimento histórico, as políticas sociais públicas (educação, assistência social, saúde, habitação, cultura, lazer,

trabalho, etc.) apresentam-se setorizadas e desarticuladas, respondendo a uma forma de gestão com características centralizadoras e hierarquizadas. [...]. Essa forma de gestão da política pública vem historicamente gerando fragmentação da atenção às necessidades sociais e ações paralelas; além de divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, prejudicando particularmente os usuários, sujeitos das atenções dessas políticas (YAZBEK, 2014, p. 99).

A lógica fragmentadora das políticas públicas pressupõe outro desafio, que é o de superar a própria constituição fragmentada da rede de atenção dentro de cada política, pois não há uma convergência entre as instituições que compõem essa rede, o que denota a necessidade de construir, primeiramente, a articulação dentro dessas redes, pois somente a partir das redes intrínsecas a cada setor é que poderá se estabelecer um trabalho de ordem macro entre os setores de políticas públicas (YAZBEK, 2014).

No caso da saúde, por sua vez, a constituição da rede de atenção se mostra precária, pois não há um trabalho articulado entre a rede de serviços e os diferentes níveis de atenção, refletindo diretamente no alto índice de agravos e mortes dos usuários, pois o processo de encaminhamento ou referência e contra-referência não apresenta a fluidez necessária a resolutividade dos problemas e qualidade nos atendimentos, seja na atenção primária ou na média e alta complexidade.

Essa dificuldade de articulação dentro do próprio setor perpassa por todos os espaços, como verifica-se nos Conselhos em outro âmbito, pois “cabe destacar que as organizações da sociedade civil atuam de forma voluntária neste processo, agravando os limites para sua participação frente ao volume de trabalho decorrente” (YAZBEK, 2014, p. 118).

Todavia, o reconhecimento dos desafios que a intersetorialidade abarca “pode favorecer também uma compreensão da necessidade de integração em si” (BURLANDY, 2014, p. 117). Sendo assim, de um limite pode tornar-se o fio condutor a realização de ações articuladas e integradas a outros setores, constituindo, desta forma, possibilidades para a efetivação da intersetorialidade.

Consubstancialmente a isso Bravo (2009, p. 108) assevera que, apesar dos desafios que se fazem presentes no cenário da saúde, por exemplo,

referente ao processo de democratização dos serviços e da própria política pública de saúde, é necessário avançar “no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários”.

Significa dizer que o processo de interlocução e intersetorialidade é um mecanismo favorável, sendo assim deve espalhar-se tanto pelo SUS, quanto pelos espaços complementares a ele como é o caso dos Conselhos de Saúde, de forma a democratizar os serviços, haja vista as dificuldades cotidianas à realidade dos usuários no que tange o acesso a esses serviços.

No que concerne aos Conselhos, por exemplo, há conselheiros que representam instituições de diferentes setores, o que se mostra como possibilidade para facilitar a articulação das políticas públicas, devido a “rotatividade significativa destes representantes, tanto governamentais quanto societários, e caso sua interlocução intrasetorial também seja efetiva de modo que os ganhos sejam institucionais e não pessoais” (YAZBEK, 2014, p. 118).

Com o advento desses espaços novos modelos de gestão surgiram a fim de proporcionar melhores condições aos serviços prestados à população, de forma a atender suas demandas em seus diferentes campos de necessidades (educação, assistência social, segurança, saúde, etc.), sendo que há a necessidade do aprimoramento desse modelo em construção. Para tanto, políticas públicas foram criadas ao atendimento desses diferentes setores, desta forma a participação de representantes em diferentes Conselhos mostra-se como possibilidade para a construção de ações intersetoriais.

Sendo que, para a qualidade dos serviços e atendimento das demandas que deles necessitam faz-se necessária a interlocução entre esses diferentes setores, de tal forma que a articulação entre esses campos de políticas públicas favoreça o desenvolvimento de ações com benefícios a todos os atores envolvidos no processo.

Outra possibilidade que pode ser destacada é o processo de descentralização das políticas públicas e que a intersetorialidade contribui para a gestão das mesmas. Neste sentido, Almeida (2014, p. 236) destaca duas tendências neste processo:

1. A primeira é a tendência de desenvolvimento de ações intersetoriais a partir dos programas governamentais propostos pela esfera federal a partir das políticas públicas de corte social: assistência social, educação, saúde, habitação, meio ambiente e trabalho e renda. Ela também se faz presente noutro escopo de políticas públicas cujo desenho não é temático, ou seja, não emana dessas dimensões da vida social, e para as quais além da intervenção reguladora do Estado, já se consubstanciam práticas sociais de diferentes espectros: profissionais, intelectuais e organizadas por outros sujeitos sociais atuantes na sociedade civil. Trata-se aqui de políticas vinculadas às lutas pelo reconhecimento não só dos direitos sociais, mas também humanos, como nas políticas dirigidas à infância, à adolescência, à juventude, ao idoso, aos deficientes entre outros, organizadas a partir de estatutos legais nos quais a intersetorialidade assume uma dimensão estruturante.
2. A segunda tendência pode ser observada a partir de experiências realizadas na esfera local, sobretudo, no campo da gestão pública municipal e que envolve amplitudes diferenciadas acerca do conjunto de políticas sociais que consegue articular para o enfrentamento de problemas sociais complexos elencados como centrais para a administração pública e para a sociedade civil. Neste caso as experiências intersetoriais resultam não apenas das induções do governo federal via políticas públicas, mas de necessidades no campo da gestão, protagonizadas pelo executivo local, pelos sujeitos coletivos que compõem a sociedade civil organizada em torno de determinadas lutas sociais e, mesmo, por profissionais vinculados a diferentes setores da administração pública.

Sendo que, essas tendências devem ser entendidas de forma complementar, de tal forma que o processo de descentralização das políticas públicas ao se amparar nas possibilidades que a intersetorialidade viabiliza pode favorecer o enfrentamento dos problemas sociais, os quais a gestão governamental precisa intervir.

Complementar a essa discussão Garajau (2013) assevera que a intersetorialidade permite a aproximação dos munícipes com os gestores, de tal forma que os primeiros podem participar do processo de gestão ao acompanhar as ações governamentais.

A intersetorialidade apresenta-se como uma perspectiva inovadora na política pública para a condução e operacionalização dos serviços ofertados, e para a reorganização da gestão, viabilizando uma nova relação entre o munícipe e os gestores, considerando-se as peculiaridades locais e o envolvimento dos seres sociais que compõem as tramas dessas relações, trazendo sua singularidade e subjetividade, implicados como sujeitos no processo de gestão (GARAIAU, 2013, p. 5).

No caso da saúde, essa aproximação entre munícipes e gestores é de fundamental importância, pois o SUS preconiza em seus princípios e diretrizes

a participação da população no processo de gestão da saúde, para que os usuários possam participar das decisões tomadas quanto a política pública.

Tumelero (2010) destaca a saúde como campo para possibilidades com a inserção de ações intersetoriais, pois:

[...] permite perceber que a gestão intersetorial demanda integrações de políticas de diferentes naturezas (neste caso de caráter econômico e social); articulação de diferentes atores, os quais, sem sombra de dúvidas possuem interesses divergentes, dado ao lugar que ocupam na relação com a política de saúde e principalmente à dimensão ética de sua práxis (se usuário, prestador de serviço privado, servidor público, ou outra); relação verticalizada em diferentes níveis da gestão pública (federal, estadual e municipal) (TUMELERO, 2010, p. 3).

Infere-se, portanto, que a saúde enquanto campo de política pública favorece a integração de outros setores, assim como de diferentes atores que compõem este cenário: gestores, profissionais e usuários, os quais estão inseridos nos três níveis de gestão.

Tendo isso em vista, a intersetorialidade é um mecanismo de suma importância no campo das políticas públicas e, por isso, merece atenção acerca da produção referente a essa temática e, principalmente, quanto a sua operacionalização no atendimento as demandas sociais.

Mecanismo estratégico que defende a transversalidade, articulação e agregação de saberes e experiências que contribuam ao desenvolvimento de ações comuns a diferentes setores que irão beneficiar diferentes demandas que acessam os serviços públicos. Por isso, a necessidade em apresentar alguns desafios e possibilidades referentes ao desenvolvimento de ações intersetoriais.

E no caso da saúde aqui em questão, mostra-se como um princípio organizativo que facilita a gestão do SUS e, conseqüentemente, da política pública de saúde. Desta forma, tais desafios e possibilidades partem de uma complementação entre si, pois as possibilidades devem partir desses limites ou desafios enquanto propostas para superação dos obstáculos que se fazem presentes ao logo do processo de desenvolvimento de ações intersetoriais.

Com base nessa discussão, portanto, o próximo capítulo apresentará a atuação do Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA) quanto a ações

intersetoriais, destacando como o Conselho insere em sua agenda o debate e desenvolvimento de ações neste sentido, assim como o entendimento dos conselheiros sobre este tema e os limites e possibilidades quanto a efetivação da intersectorialidade enquanto interface entre a política pública de saúde e os demais setores de políticas públicas.

4 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: UM OLHAR SOBRE O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CES/PA) QUANTO AS AÇÕES INTERSETORIAIS

Este capítulo é dedicado a pesquisa realizada no Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA), lócus de investigação, de forma a realizar a análise sobre a atuação do CES/PA quanto ações de caráter intersetorial, conforme pressupõem os objetivos da referida pesquisa.

Neste sentido, será apresentada uma breve explanação sobre os Conselhos de Saúde, de forma a situar o CES/PA enquanto espaço de discussão, proposição, deliberação e acompanhamento de ações relacionadas a política pública de saúde no estado.

Será destacada, também, a composição e atuação do CES/PA no contexto da saúde, tendo como subsídio informações de obras que apresentam estudo sobre o Conselho, assim como do Regimento Interno da instituição, cedido pela Secretaria do CES/PA.

Na sequência será apresentada a pesquisa documental realizada nas atas que foram disponibilizadas pela Secretaria do Conselho, de forma a identificar ações de caráter intersetorial em sua atuação no período a que se refere as atas. Posteriormente, serão apresentados os dados referentes as entrevistas realizadas com conselheiros do CES/PA, no sentido de analisar a visão deles sobre a intersectorialidade, assim como de apresentar e discutir limites e possibilidades que os mesmos identificam para a efetivação da intersectorialidade no que compete a política pública de saúde.

Em síntese, este capítulo mostra como a intersectorialidade está sendo trabalhada no CES/PA para a efetivação dos serviços de saúde em consonância com outros setores de políticas públicas, partindo do entendimento de que as ações intersectoriais contribuem para o processo de gestão dessas políticas, de forma a atender as demandas sociais em sua integralidade.

4.1 O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ (CES/PA)

Esta seção trata do Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA), o qual foi o lócus de investigação desta pesquisa, de forma a responder os objetivos propostos. Para tanto, será realizada a apresentação deste espaço, seu papel, sua composição, atuação e, posteriormente, os resultados e análise da pesquisa realizada neste Conselho.

É importante, primeiramente, situar de forma breve o campo de inserção desta instituição no cenário do estado do Pará, o qual está localizado na região norte do Brasil, tendo como sua capital o município de Belém, sendo que segundo dados do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) apresenta uma população de 1.393.399 habitantes, em uma área de 1.059,458 km², constituído por 144 municípios e 12 regiões administrativas.

Diante a este contexto geográfico, apesar de sua expansão territorial, o estado ainda apresenta várias dificuldades que precisam ser sanadas, de forma a empreender o seu desenvolvimento sócio, econômico e cultural. Sendo que, estas dificuldades perpassam os diferentes aspectos da vida social da população paraense, dentre as quais se destaca o acesso e qualidade dos serviços de saúde, desafio cotidiano aos vários municípios constituintes do estado.

Tendo isso em vista, a realidade da saúde no estado do Pará apresenta vários desafios, por isso faz-se necessário entender este processo e a importância do papel dos Conselhos no cenário da política pública de saúde e a necessidade de trabalhá-la em consonância com os demais setores de políticas públicas para o atendimento das demandas sociais em sua integralidade. Pois, a própria Lei Orgânica da Saúde (LOS – Lei 8.080/90) preconiza que:

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 aos bens e serviços essenciais e os níveis de saúde da população e expressam a organização social e econômica do país (Lei 8.080 - artigo 3º).

De acordo com Souza (1998), o estado do Pará dentro da lógica socioeconômica nacional não ocupa uma das melhores posições, pois é um dos estados que apresenta um dos maiores desníveis no que concerne aos serviços de educação, habitação, saúde, dentre outros.

No campo da saúde, em específico, no que tange a gestão na década de 1990, os índices deste setor apresentaram certos resultados positivos, tais como o aumento do número de instituições de saúde (SOUZA, 1998). No entanto, este aumento nos últimos anos retrocedeu e ao mesmo tempo as demandas que se encaminham a este setor têm aumentado, de forma que estas instituições já não suportam o contingente populacional, uma vez que as demandas, principalmente da alta complexidade são atendidas em sua maioria na capital paraense, tendo em vista que os municípios não apresentam estrutura para atender essas demandas.

Este é apenas um recorte da realidade desafiadora condizente ao setor saúde, pois de forma prática são visualizadas inúmeras situações que denotam a realidade de dificuldades que a política pública de saúde enfrenta, seja por este fator acima apresentado, seja pelo próprio processo de desmonte da política pública de saúde, pelo paulatino processo de privatização, pela fragilidade no financiamento em nível nacional, estadual e municipal, que incide sobre as condições de trabalho, no atendimento, acesso a materiais e insumos, dentre outros fatores que refletem diretamente no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

Neste sentido, o processo de gestão da política pública de saúde necessita que todas as instâncias deste setor unam forças para construir mecanismos que incidam sobre esta realidade em que a saúde se apresenta. Sendo que, dentre os atores deste processo estão os espaços dos Conselhos, os quais têm importante papel frente a política pública de saúde, conforme explicitado no segundo capítulo deste trabalho.

Os Conselhos de Saúde, portanto, de acordo com a resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, são instâncias colegiadas, deliberativas e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de governo, integrantes da estrutura organizacional do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição,

organização e competências fixadas na Lei que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Lei nº 8.142/90).

O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde de da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (PRIMEIRA DIRETRIZ, RESOLUÇÃO Nº 453).

É nesse contexto que se insere o Conselho Estadual de Saúde do Pará, o qual foi criado no dia 15/12/1971, sob o governo de Fernando José de Leão Guilhon, conforme a Lei Estadual nº 4. 373, a qual em seu artigo 1º dispõe que a finalidade do conselho era orientar e fixar a política sanitária do Estado e suas atividades afins (KLEIN, 2012).

O CES/PA, atualmente, está funcionando em prédio na Avenida Conselheiro Furtado, Nº 1086, CEP: 66. 025 – 160, na cidade de Belém. Sua presidência, no período de realização da pesquisa, esteve sob a responsabilidade do senhor Gerson Lúcio Gomes Domont, referente ao biênio 2014 - 2015.

O CES/PA é um Órgão Colegiado de deliberação superior do SUS no âmbito do estado. Tem caráter permanente e deliberativo e apresenta como objetivo geral, atuar na formulação e proposição de estratégias, bem como no acompanhamento, controle, avaliação e execução da Política Pública de Saúde, em conformidade com a Constituição Estadual e com as Leis nº 8.080, de 19/09/1990 e a 8.142, de 28/12/1990, e Resolução 333 do CNS” (REGIMENTO INTERNO DO CES/PA, CAP I, Art. 2º, 2012)¹⁴.

No que concerne a composição do CES/PA, este é composto por vinte e oito membros titulares e seus respectivos suplentes, os quais são eleitos em

¹⁴O presente Regimento Interno regula as atividades e atribuições do Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA), previsto no artigo 265, inciso VI, da Constituição Estadual e criada através da Lei nº 7.264, publicada no Diário Oficial do Estado do Pará nº 3.1406, de 24 de abril de 2009 (Art. 1º).

eleição organizada. Sendo que, o mandato dos membros do CES/PA tem a duração de dois anos, admitindo-se recondução, a critério de cada representação. Os conselheiros estão distribuídos conforme sua representação por segmentos, os quais são definidos entre: gestor; trabalhador da saúde e usuário, além do presidente.

Sobre a estrutura e funcionamento do CES/PA, este apresenta como órgãos o Plenário; a Mesa Diretora e a Secretaria Executiva. Sendo que, o Plenário é composto pelo conjunto dos conselheiros (as) e, é órgão de deliberação máxima do Conselho. A Mesa Diretora é composta pelo presidente; vice- presidente; primeiro secretário; e segundo secretário. E à Secretaria Executiva cabe o papel de organizar e coordenar as atividades da instituição, assim como manter seu bom funcionamento em conjunto a Mesa Diretora.

Quanto a sua atuação, o CES/PA observará diretrizes básicas de atuação, além das previstas na legislação específica vigente, visando:

- I - uma política de saúde pública voltada para o desenvolvimento e a complementaridade entre as ações de saneamento básico, de preservação e educação ambiental, de educação sanitária e de assistência, garantindo os serviços de saúde a toda população paraense, em observância aos princípios do SUS;
- II - a melhoria das condições ambientais e dos cuidados com a saúde pública nos aspectos coletivo e individual;
- III - a integração, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, buscando-se um sistema de referência e contra-referência, com eficiência e eficácia, conforme as características produtivas, ecológicas e epidemiológicas de cada região do Estado;
- IV - a descentralização efetiva das ações de saúde através de mecanismos de incremento de responsabilidade a nível local na gerência do setor;
- V - o pleno funcionamento das instâncias colegiadas do SUS no Estado, com ampla garantia da participação popular e da democratização das decisões;
- VI - a efetivação de uma política de recursos humanos para o setor da saúde que contemple a admissão através de concurso público, plano de carreira, cargos, salários, conforme determinado na CF/88 e RJU dos Servidores Públicos do Estado do Pará (REGIMENTO INTERNO DO CES/PA, DIRETRIZES BÁSICAS DE ATUAÇÃO, Art. 3º).

Dentre as competências do CES/PA destacam-se: estabelecer as diretrizes da política estadual de saúde, acompanhar, controlar, avaliar e fiscalizar a sua execução no Estado, propondo medidas de aperfeiçoamento e de redirecionamento que julgar necessárias; deliberar sobre as estratégias e

mecanismos de coordenação e gestão do SUS no Estado, articulando-se com os demais colegiados nacionais e municipais; avaliar e deliberar sobre o plano estadual de saúde e a sua aprovação, estabelecendo mecanismos de acompanhamento, controle, avaliação e fiscalização de sua execução; garantir a participação popular no controle social do Sistema Único de Saúde, através da representação da sociedade civil organizada, nos colegiados gestores do SUS no Estado; acompanhar, controlar, avaliar, fiscalizar e manifestar-se sobre o funcionamento do SUS no Estado, deliberando sobre as prioridades orçamentárias, operacionais e metas dos órgãos institucionais, vinculados ao SUS em nível estadual.

Assim como, difundir informações que possibilitem à população paraense em geral o máximo de conhecimento possível sobre as políticas de saúde e do SUS; aprovar a proposta orçamentária anual da Secretaria de Estado de Saúde Pública; a qualquer tempo, criar, modificar, suspender temporariamente as atividades e extinguir Comissões Intersetoriais, de âmbito estadual, integradas pelos órgãos competentes e por entidades, instituições e movimentos sociais representativos da sociedade civil com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, conforme estabelece a Lei 8.080/90 (SEÇÃO III COMPETÊNCIA).

Após esse apanhado geral sobre o CES/PA, destacando seu papel, composição, organização e competências, abre-se para a discussão a proposta em analisar a atuação do Conselho no que concerne ações intersetoriais que conformam a política pública de saúde em âmbito estadual, conforme proposição da pesquisa realizada neste espaço, o que será apresentado nas próximas seções.

4.2 A ATUAÇÃO DO CES/PA EM AÇÕES INTERSETORIAIS: ANÁLISE DOCUMENTAL

Nesta sessão será apresentada a análise documental referente as 26 atas obtidas no CES/PA, as quais condizem aos anos de 2013, 2014 e 2015.

Os documentos fornecidos correspondem as reuniões que apresentaram quorum e que estavam disponíveis no Conselho no momento da pesquisa documental. O objetivo era de analisar diferentes documentos, porém não havia registro dessas fontes, devido problema no banco de informações do CES/PA, sendo assim a pesquisa documental foi subsidiada pelas atas das reuniões ocorrentes no período em questão como mostra a tabela abaixo:

TABELA 01 – Atas das reuniões do CES/PA – 2013/2014/2015

ATA/Nº	NATUREZA	ANO	DATA
01/2013	ORDINÁRIA ¹⁵	2013	28/01
01/2012	EXTRAORDINÁRIA ¹⁶	2013	12/03
03/2013	ORDINÁRIA	2013	13/03
04/2013	ORDINÁRIA	2013	23/04
02/2013	EXTRAORDINÁRIA	2013	24/04
05/2013	ORDINÁRIA	2013	28/05
03/2013	EXTRAORDINÁRIA	2013	29/05
09/2013	ORDINÁRIA	2013	24/09
11/2013	ORDINÁRIA	2013	26/11
12/2013	ORDINÁRIA	2013	17/12
01/2014	ORDINÁRIA	2014	28/01
01/2014	EXTRAORDINÁRIA	2014	25/02
02/2014	ORDINÁRIA	2014	25/03
03/2014	ORDINÁRIA	2014	22/04
05/2014	ORDINÁRIA	2014	24/06
06/2014	ORDINÁRIA	2014	22/07
06/2014	ORDINÁRIA	2014	22/07
04/2014	ORDINÁRIA	2014	27/05
01/2015	ORDINÁRIA	2015	27/01
02/2015	ORDINÁRIA	2015	26/02
02/2015	EXTRAORDINÁRIA	2015	23/03
03/2015	ORDINÁRIA	2015	24/03
03/2015	EXTRAORDINÁRIA	2015	25/03
04/2015	ORDINÁRIA	2015	10/04
05/2015	ORDINÁRIA	2015	26/05
06/2015	ORDINÁRIA	2015	25/06

Fonte: CES/PA.

¹⁵ Reunião que deve ser realizada mensalmente, com prévio agendamento e regida pelo decurso de uma pauta (Regimento CES/PA)

¹⁶ Reunião de caráter urgente, com discussões sobre casos excepcionais (Regimento CES/PA)

Observa-se, portanto, que a disposição da tabela apresenta as atas das reuniões por ordem de ano, sua natureza e período (data) que ocorreram sobre a gestão do CES/PA. Sendo que, no ano de 2013 foram fornecidas 10 atas, no ano de 2014 visualiza-se o quantitativo de 08 atas e no ano de 2015 contabilizou-se, também, o número de 08 atas. Destaca-se a natureza das reuniões em ordinárias e extraordinárias conforme indica o quadro.

O conteúdo das atas referem-se as demandas da saúde no estado do Pará que abrangem a construção de instituições de saúde, intervenção nos níveis de atenção, realização de seminários, formação de comissões, saúde do trabalhador, conferências de saúde, dentre outros temas. Sendo que, com base na pesquisa documental tem-se como perspectiva responder os objetivos propostos, dentre os quais o de identificar se ações que caracterizem a intersectorialidade são desenvolvidas pelo CES/PA.

No que concerne ao ano de 2013, o CES/PA estava sobre a presidência do então Secretário de Saúde do Estado do Pará (SESPA) Hélio Franco de Macedo Junior. A leitura e análise das atas concedidas pelo Conselho, deste período, indicam que os principais assuntos discutidos e deliberados pelos conselheiros referiram-se, principalmente, a construção de relatórios, seminários sobre a promoção da saúde e controle social e visitas de monitoramento aos municípios.

A seguir destacam-se os principais assuntos em cena nas reuniões naquele período, de forma a verificar as ações desenvolvidas pelo CES/PA em sentido geral e, em relação aos objetivos propostos, dentre os quais identificar se o Conselho apresenta em seus espaços de discussão e deliberação ações ou estratégias com caráter intersectorial. Neste sentido, apresenta-se o quadro com os principais assuntos trabalhados nas reuniões do CES/PA no período de 2013:

ATAS ANO 2013
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de relatórios • Privatização dos serviços públicos de saúde • 10ª Conferência Estadual de Saúde • Discussão sobre controle social • Dependência química • Situação da saúde nos diferentes níveis de atenção • Implementação das políticas e ações de responsabilidade do Departamento de Apoio à Gestão Participativa • Seminários de promoção a saúde e controle social • Visitas de monitoramento aos municípios (vigilância em saúde) • Formação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador • Proposta intersectorial de desinstitucionalização das pessoas em medida de segurança

QUADRO 02 – Assuntos das reuniões do CES/PA – ano 2013

Fonte: CES/PA.

Verifica-se, portanto, os principais assuntos discutidos nas reuniões dos CES/PA no referido período. Sendo que, as atas demonstram fragilidade quanto ao aprofundamento dos debates sobre os temas supracitados, assim como se destaca, também, a não discussão de alguns temas elegidos para a discussão no momento dessas reuniões e a não deliberação de outros assuntos conforme demonstram os documentos.

No que tange ao objetivo proposto, de identificar se ações que caracterizem a intersectorialidade são desenvolvidas no CES/PA, destacam-se dois pontos para reflexão: Formação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Proposta Intersetorial de Desinstitucionalização das Pessoas em Medida de Segurança.

Sobre o primeiro ponto, de acordo com informações do CES/PA, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST/PA) tem como objetivo articular a atuação de representantes de várias entidades, de forma a compor esta comissão para discutir ações de caráter intersectorial em perspectiva do atendimento à saúde do trabalhador.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (LOS - Lei 8.080/90), em seu art. 12, cria comissões intersetoriais, subordinadas aos Conselhos de Saúde, representadas pela sociedade civil, item VI - saúde do trabalhador (CIST), com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde. E, em seu parágrafo único, diz que a CIST é responsável por articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A CIST foi criada com o objetivo de participar em conjunto com entidades representativas dos empregados, empregadores, instituições da sociedade civil e órgãos públicos, direta ou indiretamente responsáveis pela preservação e recuperação da saúde do trabalhador, sendo que a CIST é uma comissão do Conselho de Saúde e não tem poder deliberativo e sim de recomendação.

Atua na articulação com as CISTs Estaduais; na ampliação e acompanhamento das CISTs Municipais, na articulação com outras Comissões e GTs do Conselho Nacional de Saúde, na criação de alternativas de comunicação, no acompanhamento de projetos de lei referente a saúde do trabalhador que estão em tramitação no Congresso Nacional e realização das Conferências de Saúde do Trabalhador.

Quanto ao segundo ponto, a Proposta Intersetorial de Desinstitucionalização das Pessoas em Medida de Segurança é com vistas a criação de políticas específicas que envolvem as áreas da justiça e da saúde, de tal forma que existem trabalhos neste caminho no campo da saúde mental, cujas instituições têm realizado trabalhos com pessoas em medida de segurança, com extensão discursiva nas conferências sobre determinada temática. Entretanto, ao longo da análise das atas não foi identificado deliberações quanto a criação de ações que se referem a proposta apresentada.

Em relação as atas do ano de 2014, já sob a gestão de Gerson Lúcio Gomes Domont, líder do Movimento Popular de Saúde (MOPS), a leitura e análise das atas, deste período, indicam que os principais assuntos discutidos e deliberados pelos conselheiros referiram-se, principalmente, a construção de relatórios, seminários sobre a promoção da saúde, controle social,

conferências, cursos de capacitação, fóruns e visitas de monitoramento aos municípios. A seguir o quadro destaca os principais assuntos em cena nas reuniões naquele período:

ATAS ANO 2014
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de relatórios • 10ª Conferência Estadual de Saúde • Discussão sobre controle social • Funcionamento da Rede de Atenção na Prevenção, Promoção e Fortalecimento da Política de Saúde Mental • Seminários • Visitas de monitoramento aos municípios (vigilância em saúde) • Cursos de aperfeiçoamento para os conselheiros de saúde • Reformulação das Comissões Permanentes, Temporárias e Grupos de Trabalho • Composição da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST/PA)

QUADRO 03 – Assuntos das reuniões do CES/PA – ano 2014

Fonte: CES/PA.

No que diz respeito a análise das atas referente ao ano de 2014 foram identificados assuntos que também foram discutidos no período anterior, os quais têm caráter permanente, tais como os seminários, as conferências, a elaboração de relatórios, vigilância em saúde, dentre os outros. Sendo que, pode ser destacado o ponto quanto a promoção de cursos de capacitação para os conselheiros de saúde, de tal forma que este tema não esteve entre os assuntos das reuniões concernentes ao ano de 2013.

Sendo este um ponto fundamental para o exercício dos conselheiros no sentido de qualificar suas atuações enquanto representantes nestes espaços no que compete a discussão e deliberação das ações, serviços e políticas sobre a saúde, assim como para ampliação da discussão quanto temáticas imprescindíveis para a criação de novas propostas, dentre as quais a temática da intersetorialidade, uma vez que outros assuntos discutidos nas reuniões apresentam relação direta, como a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador.

Sobre a referida temática (intersetorialidade), não foi verificado, nas atas, outros pontos que estivessem relacionados ao assunto, assim como a apresentação de propostas ou ações quanto a necessidade e importância em articular a política de saúde com outros setores de políticas públicas para fins de avanço no campo da discussão e elaboração de propostas que tenham em perspectiva o atendimento dos usuários em sua integralidade.

Em relação as atas do ano de 2015, ainda sob a gestão de Gerson Lúcio Gomes Domont, a leitura e análise das atas, deste período, indicam que os principais assuntos discutidos e deliberados pelos conselheiros referiram-se, principalmente, a construção de relatórios, seminários sobre a promoção da saúde e controle social, cursos de capacitação, vigilância em saúde e conferências. A seguir o quadro destaca os principais assuntos em cena nas reuniões naquele período:

ATAS ANO 2015
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de relatórios • Discussão sobre controle social • Seminários • Visitas de monitoramento aos municípios (vigilância em saúde) • Cursos de aperfeiçoamento para os conselheiros de saúde • Formação de outras Comissões¹⁷ • Plano Estratégico de Comunicação em Saúde • 11ª Conferência Estadual de Saúde • 15ª Conferência Nacional de Saúde • Prevenção e redução dos acidentes de trânsito

QUADRO 04 – Assuntos das reuniões do CES/PA – ano 2015

Fonte: CES/PA.

No que diz respeito ao ano de 2015 foram identificados assuntos de caráter permanente como nos outros anos, com destaque para outros pontos,

¹⁷ Comissão Permanente de Acompanhamento da Gestão Estadual da Saúde; Comissão Permanente de Acompanhamento da Política de Saúde Integral da Mulher, da Criança e do Homem; Comissão Permanente de Comunicação e Informação em Saúde; Comissão Permanente de Acompanhamento da Vigilância em Saúde; e Comissão Permanente de Acompanhamento de Educação Permanente em Saúde

como as Conferências de Saúde a nível Estadual e Nacional, as quais segundo a Lei nº 8.142, que afirma em seu art. 1º que a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Ainda, conforme a Lei nº 8.080, as Conferências têm por objetivo: I – reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto da Constituição Federal de 1988.

Em relação a 11ª Conferência Estadual de Saúde do Pará, que ocorreu no período de 15, 16 e 17 de agosto de 2015, foi realizada no município de Belém com a temática “**Saúde Pública de Qualidade Para Cuidar Bem das Pessoas**”. O evento contou com a participação de palestrantes nacionais sobre temas do Financiamento do SUS; Participação Social; Educação e Política de Comunicação do SUS; e Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde.

Os temas em questão são de grande relevância para o debate e construção de propostas no que se refere ao fortalecimento da política pública de saúde e seu avanço no cenário nacional em seus três níveis de abrangência. Entretanto, não foi identificado um debate acerca da temática da intersetorialidade, sendo este apenas citado em duas oportunidades pelos palestrantes ao longo do evento, porém sem aprofundamento.

Apesar da importância destacada pelos palestrantes a discussão sobre a intersetorialidade não foi apresentada enquanto caminho necessário e importante para a leitura da saúde dentro de um contexto macro em que se pense as políticas públicas de forma articulada e como princípio organizativo para sua efetivação e atendimento das demandas em sua integralidade e não diante uma lógica fragmentada, conforme ressalta Pereira (2014).

A Conferência também explicitou a fragilidade nas discussões quanto a finalidade desse tipo de evento, pois o que se visualizou foi a exacerbação da

defesa de interesses individuais em detrimento das demandas gerais que concernem ao atendimento da população.

A 11ª Conferência Estadual de Saúde do Pará, portanto, não teve uma condução para fins de atendimento das reais necessidades do estado, tendo em vista os acontecimentos que se sucederam ao longo dos três dias de evento e a fragilidade quanto a organização e acompanhamento do processo por parte dos responsáveis, assim como dos conselheiros que se fizeram presentes, os quais demonstraram a fragmentação de interesses quanto a política de saúde no estado do Pará.

Em relação a 15ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no período de 1 a 4 de dezembro de 2005, com o tema intitulado “**Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: direito do povo brasileiro**”, apresentou como destaque a saúde pública como direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e privatização, de forma a atender as necessidades dos usuários e ampliar o acesso.

Sendo que, no documento orientador de apoio aos debates da referida Conferência foram apresentados eixos temáticos para a discussão de propostas, tais como: I – Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade; II – Participação e Controle Social; III – Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; Financiamento do SUS e Relação Público – Privado; V – Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; VI – Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; VII – Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS; e o Eixo transversal Reformas Democráticas e Populares do Estado.

Os eixos apresentados, para o debate, na 15ª Conferência Nacional de Saúde mostram-se essenciais quanto a efetivação da política pública de saúde, haja vista tratarem da saúde enquanto direito, assim como o debate sobre participação e controle social, financiamento, gestão, sistemas de informação, dentre outros, os quais estão inseridos em um contexto de lutas, por isso a necessidade da inserção da população nesses debates, de forma a ampliar tais discussões em perspectiva de novas propostas e construção de novos caminhos ao encontro de um Estado democrático e de direitos.

Ainda sobre os eixos temáticos destacam-se, nessa discussão, os dois primeiros, os quais apresentam como propostas ações de caráter intersetorial que podem ser identificadas no item (b) Propostas do eixo I: conhecer as necessidades de saúde da população para garantia adequada de serviços e ações de forma integral e humanizada, com qualidade, em tempo oportuno e equidade no atendimento; estruturar políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde articulando outras políticas como reforma urbana, segurança, transporte, acesso a terra e à água, e segurança alimentar e nutricional, entre outras relacionadas às perspectivas de impactos no desenvolvimento regional e na determinação social da saúde.

Identificada, também, de forma direta, no eixo II quando em seu item (a) Diretrizes/Objetivos fala sobre: fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais; e em seu item (b) Propostas ao indicar questionamentos, dentre os quais: Que pautas e ações podem ser articuladas com outros Conselhos de políticas públicas.

O documento orientador da 15ª Conferência Nacional de Saúde apresenta, portanto, propostas e questões para debate acerca da temática da intersetorialidade enquanto instrumento de agregação entre as políticas públicas, bem como o papel dos Conselhos ao levantar o questionamento acerca de pautas comuns entre estes espaços que favoreçam o diálogo entre os setores, de forma a empreender um trabalho em rede que beneficie os usuários não apenas em nível da atenção em saúde, mas em sua integralidade conforme propõe o eixo I ao indicar como proposta a estruturação de políticas que possam abranger a segurança, a moradia, a educação, dentre outras.

Essa proposta, portanto, vai ao encontro do diálogo empreendido pelos autores aqui trabalhados, os quais, em meio a sua especificidade, apresentam concepções sobre a intersetorialidade enquanto caminho necessário e interface entre as políticas públicas, em que o usuário tenha acesso a serviços tanto da saúde, quanto das demais políticas públicas em sua amplitude, de forma a superar a fragmentação no atendimento e imprimir a concepção do indivíduo enquanto cidadão de direito em sentido holístico e integral.

Ressalta-se, portanto, a importância dessa temática, sendo apresentada como proposta a nível nacional e orientada por ações planejadas em perspectiva de um debate necessário e fundamental para o avanço e ampliação da política pública de saúde em consonância com os demais setores de políticas públicas. Entretanto, este debate não foi identificado na etapa estadual, no momento em que ocorreu a Conferência do Estado do Pará, conforme foi mencionado anteriormente.

Outro ponto a ser destacado na leitura das atas do ano de 2015 foi a proposta de ações para a prevenção e redução dos acidentes de trânsito, a qual conforme análise incide sobre a articulação da política de saúde e de segurança no trânsito. Sendo que, de acordo com informações do CES/PA, no período de 2015 foram criadas ações em parceria com o Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN), com vistas a educação no trânsito para motoristas e pedestres em perspectiva da redução e prevenção de acidentes de trânsito no estado.

Apesar de não ser uma ação em articulação com o Conselho da área em questão, o CES/PA entende que estas ações apresentam caráter intersetorial, uma vez que dialoga e empreende um trabalho com outro setor (política pública). Destaca-se, ainda, a necessidade do avanço dessas articulações, de forma que não sejam ações pontuais e sim contínuas e que possam se estender aos vários municípios do estado do Pará, sendo esta uma realidade que assola muitas localidades.

E, portanto, possa fazer referência a intersetorialidade enquanto ação integral com perspectiva para o rompimento da tradição fragmentada das políticas sociais, de tal forma que possa vislumbrar “mudanças nos conceitos, valores, culturas, institucionalidades, ações e formas de prestação de serviços, além de inaugurar um novo tipo de relação entre Estado e cidadão”, conforme assevera Pereira (2014, p. 26).

Partindo da análise das atas, portanto, verificou-se que ações de caráter intersetorial, se mostram introdutórias no CES/PA, tendo em vista que os documentos denotam a inserção deste tema ainda como incipiente. É importante destacar, todavia, que mesmo que pontuais o Conselho tem

inserido em sua agenda o tema da intersectorialidade enquanto proposta para o alcance de resultados efetivos que atendam as demandas sociais.

Em sentido prático, observou-se que a intersectorialidade é trabalhada enquanto proposta na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST/PA). No entanto, não foi identificado nos documentos e nas entrevistas realizadas (apresentadas na próxima seção deste capítulo) ações efetivas sobre tal proposta.

Sabe-se, todavia, que esta é uma proposta importante e que deve ser trabalhada no sentido de atender as demandas dos profissionais de saúde, assim como a coletividade das demandas sociais que dependem dos serviços provenientes deste setor e de outros que podem ser articulados para o atendimento destes usuários em sua integralidade, conforme pressupõe a intersectorialidade.

A Comissão Intersetorial pressupõe, portanto, um canal de interlocução entre os atores envolvidos, de forma a estabelecer mecanismos de ação, o que corrobora a ideia de Raichelis (2009) ao afirmar que a intersectorialidade possibilita a criação de espaços para a negociação e pactuação de estratégias no âmbito das políticas públicas. Sendo que, neste processo todos os envolvidos devem ser atendidos em suas necessidades.

No caso da ação em parceria com o DETRAN pode ser destacado também que a intersectorialidade também engloba a sua interface com outras dimensões da cidade, conforme assevera Junqueira (1998), tendo em vista que a infra-estrutura desse espaço determina a organização e influencia diretamente as relações sociais, e neste campo é que se inserem as políticas públicas que irão atender as demandas sociais.

Com base na análise documental, portanto, infere-se que a intersectorialidade não é um tema desconhecido para o CES/PA, pois encontra-se na discussão a nível nacional quando se institui a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, assim como na discussão apresentada no documento orientador da 11ª Conferência Nacional de Saúde e nas ações apresentadas nas reuniões do CES/PA no período pesquisado.

Entretanto, entende-se que, a intersectorialidade, por sua importância e amplitude deve ser inserida na agenda do Conselho de forma contínua, e não

apenas pontual, tendo em vista o papel dos Conselhos e a necessidade de trabalhar as políticas públicas em sua articulação. E, a intersectorialidade enquanto princípio organizativo favorece o processo de gestão, com vistas a materialização de diretrizes para trabalhar os conflitos e chegar ao atendimento dos problemas sociais em sua integralidade (YASBEK, 2014).

Neste sentido, o CES/PA ao inserir a proposta da intersectorialidade em suas ações abre caminhos para novas e necessárias formas de gestão para que se ultrapasse a lógica da fragmentação das políticas públicas, assim como favorece a ampliação no campo das discussões e estratégias neste campo.

Todavia, este processo de discussão precisa avançar para que se estabeleça e fortaleça ações práticas, pois ao longo da pesquisa de campo, na participação de algumas reuniões¹⁸ do CES/PA no ano de 2015, não foi observado propostas de ações neste sentido, a exemplo do que ocorreu na 11ª Conferência Estadual de Saúde.

A seguir, portanto, será apresentada a análise das entrevistas realizadas com conselheiros do CES/PA, de forma a ampliar o debate sobre o tema da intersectorialidade a partir da perspectiva desses atores, os quais constituem esse espaço e que atuam no âmbito da política pública de saúde, no sentido da discussão e deliberação de propostas que atendam as necessidades da população no que concerne a este setor, mas que devem ser ampliadas para o campo das demais políticas públicas enquanto alcance das demandas dos usuários em seu sentido integral.

4.3 A VISÃO DOS CONSELHEIROS DO CES/PA SOBRE A INTERSETORIALIDADE

Nesta seção será apresentada a análise das entrevistas, de caráter semi-estruturado, as quais foram realizadas entre os meses de junho, julho e agosto de 2015, com sete conselheiros do CES/PA, que tiveram atuação na gestão do biênio 2014 - 2015, representantes dos segmentos: gestor,

¹⁸Participação, como ouvinte, nas reuniões do CES/PA em 2015, nos meses de maio, junho, julho e agosto.

trabalhador, usuário e o presidente em exercício naquele período. Sendo que, um dos objetivos da pesquisa foi o de analisar a visão dos conselheiros sobre o tema da intersetorialidade e, portanto, será apresentado, inicialmente, um breve perfil dos conselheiros entrevistados, conforme disposto na tabela a seguir, para posterior explanação dos resultados e análise sobre o objetivo proposto.

TABELA 02 – Perfil dos conselheiros entrevistados – biênio 2014/2015

CONSELHEIRO (A)	SEGMENTO	MUNICÍPIO	IDADE	SEXO	FORMAÇÃO
C1	Presidente	Belém	60 anos	Masculino	Ensino Superior
C2	Gestor	Belém	50 anos	Feminino	Ensino Superior
C3	Trabalhador	Rondon	58 anos	Masculino	Ensino Superior
C4	Trabalhador	Redenção	34 anos	Masculino	Ensino Médio
C5	Usuário	Moaná	60 anos	Masculino	Ensino Médio
C6	Usuário	Santarém	46 anos	Masculino	Ensino Médio
C7	Usuário	Belém	55 anos	Feminino	Ensino Superior

Fonte: Dados das entrevistas.

Pretendeu-se realizar as entrevistas com três representantes de cada segmento, no entanto, a não disponibilidade dos conselheiros interferiu no processo de coletas de dados, assim como o período em que as entrevistas foram realizadas, tendo em vista que os mesmos estavam em organização para as Conferências Estadual e Nacional e, também, do processo eleitoral para composição da nova gestão do Conselho.

Sobre o perfil dos conselheiros entrevistados, observa-se, portanto, que um é do segmento gestor, dois do segmento dos trabalhadores, três do segmento dos usuários e o presidente em exercício naquele período. Sendo que os entrevistados foram identificados de acordo com sua participação¹⁹ nas reuniões do Conselho e não de forma aleatória, ou seja, uma amostra de recorte não probabilístico.

O quadro, por sua vez, apresenta algumas informações que compõem este breve perfil acerca dos entrevistados. Verifica-se, portanto, que os

¹⁹ Participação não somente quanto a assiduidade, mas, principalmente, quanto a atuação e proposição, verificadas nas atas e pela observação em reuniões do CES/PA.

conselheiros representam diferentes localidades do estado do Pará, tais como: Belém, Rondon, Redenção, Moaná e Santarém. Sendo que, o Conselho por sua abrangência estadual reúne representantes de outros municípios que compõem o território paraense.

Os entrevistados apresentam idade entre 34 e 60 anos, sendo duas mulheres e cinco homens. Sobre a formação, dos sete entrevistados, quatro possuem ensino superior completo e três, ensino médio. Dentre os que possuem ensino superior estão dois sociólogos - dentre eles o presidente do Conselho - e uma assistente social - também com formação em sociologia.

Com base nessa formação, pode-se inferir que as áreas em destaque (Sociologia e Serviço Social) contribuem para o trabalho desenvolvido nos Conselhos, tendo em vista que discutem a realidade social a partir de diferentes perspectivas e alcances, de forma a construir caminhos para o enfrentamento dos problemas sociais, assim como do entendimento das relações humanas, haja vista a amplitude que essas áreas oferecem no campo de discussão e na intervenção social.

Outro elemento que pode contribuir para a intervenção na realidade social, por meio dos Conselhos, é a própria atuação desses representantes nesses espaços. Neste sentido, a entrevista também mostra a participação desses conselheiros em outros Conselhos de Políticas Públicas, conforme destacado no quadro seguinte:

CONSELHEIRO (A)	CONSELHOS
C1	Conselho Estadual de Saúde do Pará
C2	Conselho Estadual de Assistência Social do Pará
C3	Conselho Municipal do Trabalhador
C4	Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Municipal da
C5	Conselho Estadual de Saúde do Pará
C6	Conselho Municipal de Saúde
C7	Conselho Estadual de Saúde

QUADRO 05 – Atuação em Conselhos

Fonte: Dados das entrevistas.

As informações do quadro denotam, portanto, que os conselheiros entrevistados apresentam atuação em diferentes Conselhos de Políticas Públicas. Sobre essa informação, pode ser identificado nas reuniões do

CES/PA que estes representantes participam de outros Conselhos, podendo ser entendido enquanto fator positivo em relação a sua atuação como conselheiro e a importância desses espaços para o fortalecimento das políticas públicas, e um caminho para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo como pressuposto o conhecimento de diferentes áreas que os Conselhos apresentam atuação.

A experiência desses representantes em diferentes Conselhos, também, fortalece o campo de discussão e atuação política para o emponderamento desses atores no cenário do controle social e da defesa das políticas públicas e construção de propostas que apresentam sustentação e que possam atender, de forma efetiva, as demandas sociais em seus diferentes aspectos que englobam a vida social, conforme assevera Menezes (2012).

Estas instâncias podem e devem ser parceiras na luta pelo controle social. Ou seja, são instituições/espaços que podem auxiliar os defensores da política pública, na defesa dos seus direitos. Concebe-se o controle social, não somente como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e criatividade dos usuários na elaboração da política, já que estes os que realmente sabem, por perceberem no cotidiano, como deve ser uma política pública e quais as falhas atuais dos serviços (MENEZES, 2012, p. 260).

Inferese, portanto, que a atuação desses representantes nos espaços dos Conselhos é de suma importância para a defesa dos direitos sociais, os quais são efetivados pelas políticas públicas. E, no caso dos conselheiros do CES/PA, estes atuam em outros Conselhos, assim como em associações, sindicatos, comissões, o que atribui conhecimento para empreender ações políticas para a discussão e deliberações no campo das políticas públicas. E, mesmo aqueles que tiveram atuação somente no CES/PA, demonstram experiência neste campo, pois dos sete entrevistados apenas um está em sua primeira gestão nos espaços dos Conselhos, os demais possuem entre duas e quatro gestões.

Neste sentido, os conselheiros foram questionados quanto ao papel do CES/PA em relação a política pública de saúde. Sobre as respostas dos entrevistados estão as seguintes falas:

O CES aprova a política pública de saúde. Atua no monitoramento e acompanhamento das ações referente a este setor, assim como no campo da discussão e deliberação de ações que envolvem a saúde no estado do Pará. (C1)

O papel do CES é conhecer a política e as áreas de integração e a intersectorialidade entre este setor e os demais. Acompanhar, fiscalizar, orientar e deliberar sobre os planos do estado. Seguir recomendações e dar resoluções para as ações e atividades de saúde. (C2)

O CES atua na deliberação e fiscalização da política pública de saúde no estado do Pará. Faz o controle social dessa política para que os serviços sejam implantados e que tenham resultados para a população. (C3)

Exerce o controle social, onde a sociedade civil organizada tem o papel junto aos gestores para a política (saúde). Os conselheiros são interlocutores junto a gestão. (C4)

O CES tem papel fundamental para o desenvolvimento da política pública de saúde. Centraliza as deliberações. Tem papel propositivo, articulador e deliberativo. (C5)

O Conselho tem como objetivo o controle social. O controle das políticas públicas de saúde em cada segmento da esfera. Os conselhos aprovam as propostas para as Secretarias de Saúde. Agem, também, na fiscalização e monitoramento. (C6)

O CES tem o papel de fiscalizar as ações das políticas de saúde no Sistema Único. Faz o monitoramento, trabalhando as informações dos usuários do SUS. Faz, também, o controle social das políticas. Articular nos espaços do SUS a participação no contexto da saúde, exemplo das conferências. (C7)

As falas dos entrevistados, sobre o CES/PA, denotam em linhas gerais o seu entendimento sobre o papel desse espaço, conforme pressupõem as respostas, nas quais pode ser identificado um conjunto de elementos que conformam a atuação dos Conselhos no que concerne ao campo das políticas públicas.

Neste conjunto de elementos, portanto, enumeram-se as falas em comum dos entrevistados, os quais afirmaram que o papel desse espaço é de monitorar, fiscalizar, discutir, deliberar e acompanhar as políticas e ações que envolvem o campo da saúde, assim como de aprovar propostas no campo da política pública de saúde no estado do Pará.

Partindo destas falas, os elementos em destaque, conformam o chamado controle social, considerado a síntese destes elementos e dita, de

acordo com a literatura, a função principal dos Conselhos de políticas públicas. Neste sentido, o “controle social” pode ser destacado como fala singular entre os entrevistados, sendo, portanto, apresentado enquanto categoria empírica, conforme elucidam os autores trabalhados no segundo capítulo deste trabalho, com destaque para Campos (2006) que assevera o conjunto monitoramento, fiscalização e avaliação, denominado controle social.

Outra categoria encontrada foi a “participação”, apresentada pela Conselheira C7 (segmento usuário), a qual destaca que o papel do CES/PA também é *“articular nos espaços dos SUS a participação no contexto da saúde”*. Essa participação, por sua vez, pode ser compreendida, conforme defende Bordenave (1983), em seu significado político, que pressupõe o sentimento de pertencimento a determinado grupo em defesa de seus direitos, por isso, vai além de estar neste grupo, é necessário ter parte dentro do processo político em que este grupo está inserido.

E, de acordo com Simões (2008), é por meio dessa participação que o controle social é empreendido, seja por meio dos Conselhos, Fóruns e Conferências, de forma a garantir os direitos sociais, assim como superar formas burocráticas de atuação na gestão das políticas públicas. Neste sentido, a participação é o caminho para o exercício deste controle social, conforme as prerrogativas legítimas para sua efetivação.

No que concerne ao tema da “intersectorialidade”, foi identificada esta categoria apenas na fala da C2 (segmento gestor), a qual destacou em seu discurso que o papel do CES/PA é *“conhecer a política e as áreas de integração e a intersectorialidade entre este setor e os demais”*. A fala da conselheira, apesar de não apresentar elementos que aprofundem, denota que a intersectorialidade deve ser trabalhada pelos Conselhos, de forma a alcançar a integração entre os diferentes setores de políticas públicas, uma vez que a intersectorialidade pressupõe a complementaridade entre essas políticas, pois nenhuma política pública esgota em si mesma, conforme assevera Sposati (2004).

Infere-se, desta forma, que entre os entrevistados apenas uma conselheira citou a intersectorialidade devido a temática ser vista ainda como secundária e não inserida nesse papel do Conselho, o que pode ser visto na

análise das atas das reuniões, nas quais foram encontrados poucos elementos que denotem a intersetorialidade enquanto mecanismo importante para o processo de gestão das políticas públicas. Por isso, entre as falas dos conselheiros sobre as ações, atividades e projetos desenvolvidos pelo CES/PA, não foram identificadas ações que apresentem caráter intersetorial.

Nas falas dos entrevistados observou-se a aproximação quanto a resposta sobre o papel do CES/PA em relação a política pública de saúde, de tal forma que destacaram a fiscalização, o acompanhamento, o monitoramento e exercício do controle social. Não foram apresentados, portanto, ações, projetos e atividades, em sua natureza prática, que estejam sendo desenvolvidos pelo Conselho.

Outras informações, também, podem ser destacadas nas falas dos entrevistados, o planejamento da política pública de saúde (aspectos políticos e financeiros), ações sobre vigilância em saúde, orientações, realização de plenárias, criação de comissões, propostas para conferências e fóruns, recebimento de denúncias dos municípios e recomendações aos usuários.

Portanto, com a finalidade de alcançar a compreensão dos entrevistados, sobre a intersetorialidade, foi perguntado, inicialmente, se existem ações articuladas com os Conselhos Municipais de Saúde. Sobre as respostas dos conselheiros destacam-se as seguintes falas a respeito:

No CES, comissões trabalham com os municípios. São realizadas discussões e ações com os Conselhos Municipais. Têm conselheiros dos Conselhos Municipais aqui. (C1)

Sim. Ações articuladas no sentido de dar melhoria à comunidade em relação a saúde, como surtos, problemas ambientais, medicamentos e como estão sendo vistoriados. Um exemplo é a atenção primária, com a realização de programas, como a vacinação. (C2)

Sim. São realizadas formações e capacitações para os conselheiros municipais. Também são feitas ações de saúde nos municípios. (C3)

São feitas, em minha opinião, capacitações. Os municípios cobram, mas não tem avanço. (C4)

Existe. Os Conselhos Municipais têm vínculo direto, pois as informações são passadas do CES para estes Conselhos e deles para o CES. (C5)

Existe. Os municípios têm articulação com o CES. São feitas ações com os municípios até se chegar na Conferência Estadual. (C6)

Sim. Existe comunicação entre os Conselhos. Há também educação permanente para os conselheiros sobre o controle social. (C7)

Sobre essa questão, é importante destacar que para o desenvolvimento de ações intersetoriais no que concerne a gestão das políticas públicas, é necessário que o trabalho inicie internamente, ou seja, a partir da articulação entre as instituições que compõem o próprio setor, pois por meio dessa articulação se empreende o trabalho em rede, essencial para o alcance da intersetorialidade, conforme pressupõe Garajau (2013).

Ainda sobre a questão, Nascimento (2010) reforça que a intersetorialidade não pode ser vista antagonicamente a setorialidade, isto é, as ações já empreendidas pelos setores de políticas públicas são a base de sustentação para a interface entre as demais políticas, sendo assim a política de saúde, no caso em estudo, tem dentro de seu próprio setor ações setoriais que devem ser subsídio ao avanço para ações intersetoriais. E no que tange aos Conselhos Municipais de Saúde, estes devem estar articulados entre si e com o Conselho Estadual de Saúde, de forma a fortalecer o trabalho em rede que poderá se estender a outros campos de direitos.

Partindo desse pressuposto, posteriormente, foi questionado, aos entrevistados, se existem ações articuladas com outros Conselhos de Políticas Públicas, quais Conselhos e ações, assim como se nas reuniões do CES/PA são apresentadas deliberações sobre essas articulações. Sobre as respostas dos conselheiros destacam-se as seguintes falas:

Sim. Conselho de Assistência Social, Criança e Adolescente e outros. Nas reuniões existem pautas do próprio CES, assim como são pautadas pelos outros setores de políticas públicas. (C1)

Há uma integração com outros Conselhos e sociedade civil organizada. São deliberadas as pautas a partir da mesa diretora. (C2)

Existe com o Conselho de Meio Ambiente, Educação e Conselho Estadual de Direito da Criança e do Adolescente. São apresentadas as pautas nas reuniões do Conselho e são deliberadas. Nesse momento não me lembro de alguma ação. (C3)

Existem ações articuladas, exemplo: Conselho de Segurança Pública e Conselho de Educação. São apresentadas para a mesa diretora e deliberadas nas reuniões. Uma ação pode ser a educação no trânsito,

que envolveu o DETRAN, mas o Conselho de Segurança não atuou diretamente. (C4)

Sim. Conselho de Habitação, Transporte, da Criança e do Adolescente. O Conselho delibera nas reuniões as pautas. (C5)

O CES recebe demandas e tem conselheiros que fazem parte de outros Conselhos. Na maioria das vezes não tem um trabalho efetivo. Mas, as demandas passam pela mesa diretora. Existem pastas designadas para segmentos de políticas públicas. (C6)

Não se avançou nesse sentido, mas quando convocados alguns Conselhos participam de ações. Sobre esses momentos, as demandas passam pela mesa diretora que organiza para as deliberações dos conselheiros. (C7)

Partindo das falas dos conselheiros evidencia-se que de algum modo existe uma aproximação entre o CES e outros Conselhos de políticas públicas, pois todos os entrevistados relataram que há articulação entre essas instituições, com destaque para o Conselho de Educação e o Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente. Conforme os conselheiros as demandas sobre essas articulações são discutidas e avaliadas pela mesa diretora do CES/PA, para posterior deliberação entre os conselheiros.

No entanto, não foi identificada nas falas dos entrevistados alguma ação que caracterize esta articulação. Apenas o conselheiro C4 ressaltou a ação de educação no trânsito, a qual foi apresentada na seção anterior, porém o entrevistado fez referência a uma ação entre setores diferentes (saúde e segurança pública), mas não houve participação direta do Conselho de Segurança Pública. Essa informação, portanto, ratifica as informações identificadas nas atas analisadas, as quais não fazem referência a participação do Conselho supracitado na ação sobre educação no trânsito e sim do DETRAN.

No discurso dos conselheiros C6 e C7, por sua vez, podem ser identificadas as seguintes falas, respectivamente: *“na maioria das vezes não tem um trabalho efetivo”* e *“não se avançou nesse sentido, mas quando convocados alguns Conselhos participam de ações”*. Essas falas, portanto, destacam que existe uma aproximação com outros Conselhos de Políticas Públicas, porém não há ações que sustentem essa articulação, tendo em vista que o conselheiro C6 reforça o que foi analisado nas atas das reuniões, que

não tem um trabalho efetivo entre os diferentes setores de políticas públicas no estado do Pará e que esses Conselhos só dialogam quando convocados para participar de determinadas ações, conforme destaca a conselheira C7.

Infere-se, por seu turno, que os conselheiros entrevistados avaliam que há uma articulação do CES/PA com outros Conselhos de Políticas Públicas, porém essa articulação (entendida por eles) não denota a existência de ações concretas entre diferentes setores de políticas públicas. Observou-se que o termo articulação, entendido por eles, refere-se a toda e qualquer aproximação entre os Conselhos. Quando, na verdade, o termo remete-se a junção entre diferentes campos ao desenvolverem ações planejadas, dialogadas que atendam interesses comuns e diferentes em seus campos particulares de atuação (GAEDTKE, 2011).

Esta articulação, portanto, é um dos pilares da intersetorialidade, por isso a necessidade de identificar nas falas dos conselheiros se há esse trabalho de articulação entre o CES/PA e outros Conselhos de Políticas Públicas, pois de acordo com Machado (2013) os Conselhos são fundamentais para o processo de gestão numa articulação intersetorial, pois este é um processo que precisa ocorrer em instâncias amplas, com caráter coletivo e participativo, características dos espaços dos Conselhos.

E ainda, o setor saúde, apresenta um histórico importante no que diz respeito a ações intersetoriais, por isso, faz-se necessário que também seja iniciativa deste setor articular ações intersetoriais, mas, sobretudo, convocar outros setores de políticas públicas para a efetivação de ações neste sentido, conforme assevera Monnerat e Souza (2014).

Espaços como os Conselhos, portanto, são instâncias que atuam no processo de gestão e, por isso, a articulação entre diferentes Conselhos de Políticas Públicas fortalece o trabalho em rede que tais políticas necessitam para sua efetivação e atendimento das demandas sociais em sua integralidade.

Entende-se, neste sentido, que o CES/PA precisa avançar quanto a articulação com outros Conselhos de Políticas Públicas, tendo em vista que tal relação consubstancia o desenvolvimento de ações intersetoriais, o que na fala dos conselheiros foi identificado de forma frágil, pelo próprio entendimento sobre o termo “articulação” e a não identificação de que estas relações são

primordiais para o processo de gestão das políticas públicas entre os diferentes setores de representação.

Partindo do pressuposto acima e tendo como base a análise das inferências, foi questionado aos conselheiros a compreensão deles sobre o que é a intersectorialidade. Sobre as respostas, os entrevistados ressaltaram que a intersectorialidade é:

Condicionante para a integralidade do atendimento da saúde das pessoas. Articulação entre os setores para alcançar atenção a saúde. É uma construção coletiva. (C1)

A saúde vem como uma consequência. Ela deve estar articulada com os demais setores para que as situações deste setor sejam resolvidas. Os setores podem decidir harmoniosamente sobre o que é melhor para a devida solução. Quando não ocorre a integração corre-se o risco de penalizar a população. (C2)

Articular todas as políticas públicas voltadas para todos os segmentos, descentralizando as ações. (C3)

Articulação entre as políticas públicas de um modo geral para atender todas as necessidades que a população apresenta. Mas, não pode existir uma visão setorializada das políticas, como ainda existe. (C4)

A intersectorialidade é fundamental para o desenvolvimento da política de saúde. Quando ela existe (intersectorialidade) é porque há união entre os setores. As informações não ficam centralizadas. (C5)

Tenho pouco entendimento. Mas, para mim intersectorialidade quer dizer que cada setor é responsável por suas áreas, mas que articulam e somam suas atuações para a qualificação dos trabalhos. (C6)

Seria a parceria e articulação da saúde com a Educação, Assistência Social, Justiça, Desenvolvimento. Engajamento entre as Secretarias, para trabalhar conjuntamente. (C7)

Sabe-se, contudo, que as falas dos entrevistados não determinam o entendimento geral de todos os conselheiros atuantes no CES/PA, pois este é apenas um recorte para uma análise qualitativa sobre o tema. E, as respostas dos entrevistados apresentam vários elementos que dão sustentação à compreensão sobre a intersectorialidade, assim como a importância da mesma não só para a política de saúde, mas para as demais políticas, que é o seu objetivo, como mostra a discussão empreendida no capítulo anterior.

Nele trabalham-se autores que apresentam concepções particulares, mas que se aproximam uma das outras sobre o significado dessa categoria

conceitual e o seu papel no processo de gestão das políticas públicas. Neste sentido, a seguir, destaca-se um quadro com alguns autores trabalhados, os quais apresentam elementos que denotam a intersectorialidade, de forma a empreender uma aproximação com as falas dos conselheiros entrevistados:

AUTORES (AS) ²⁰	ELEMENTOS SOBRE A INTERSETORIALIDADE
Junqueira (2000)	Aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e também para a sua solução
Andrade (2004)	Combinação de estratégias e de ações coordenadas entre diferentes setores. Envolve a ação do Estado, da sociedade civil e de outros parceiros intrasetoriais
Sposati (2009)	Princípio organizativo que confere relação de complementaridade entre as políticas públicas
Raichelis (2009)	Canal de interlocução entre os atores envolvidos no processo de gestão e exercer o controle socializado das ações e deliberações
Tumelero (2010)	Superar as práticas fragmentárias que são impostas pela relação Estado x Sociedade, que oferece os serviços de forma setorizada
Nascimento (2010)	Entendida como interface da relação entre ações setoriais. Não pode posicionar-se antagônica à setorialidade e sim complementar as ações já empreendidas pelos setores
Gaedtke (2011)	Espaço constituído por atores heterogêneos com diferentes saberes e relações
Garajau (2013)	Envolve princípios básicos: senso de responsabilidade, compartilhamento, articulação, parceria, cooperativismo, diálogo, trabalho em rede e integração
Machado (2013)	Processo tem que ser coletivo, participativo e realizado em instâncias amplas como Fóruns e Conselhos
Monnerat e Souza (2014)	Instrumento para superar a fragmentação das políticas públicas por meio de um processo dialógico entre os setores
Silva (2014)	Deve apresentar três perspectivas elucidativas: a) Complementaridade de setores na perspectiva de totalidade; b) Construção de práticas originando novos espaços; c) princípio de trabalho em rede para ações conjuntas
Almeida e Santos (2014)	Entendida como esforço coletivo, com vistas ao planejamento de ações para a intervenção sobre demandas particulares, mas de escopo abrangente
Yasbek (2014)	Articulação entre políticas públicas direcionadas à Proteção Social. Envolve estruturação de elementos de gestão que materializem princípios e diretrizes, com a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e trabalhar conflitos para chegar com maior potencial às ações
Pereira (2014)	Deve ser entendida como uma lógica de gestão e um instrumento de otimização de saberes. Sua efetivação é em prol de um objetivo comum, que requer pesquisa planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas

QUADRO 06 – Ideias dos autores sobre intersectorialidade

Fonte: Dados da pesquisa bibliográfica.

²⁰ Por ordem de ano de suas respectivas obras.

O quadro destaca alguns elementos trabalhados, por 14 autores, sobre a construção conceitual sobre a intersectorialidade, tendo em vista que esta não tem uma definição fechada, por isso, novos elementos podem ser incorporados a discussão, levando-se em consideração que faz parte do processo de gestão, o que lhe atribui continuidade enquanto instrumento diante a realidade que está em constante movimento.

Sobre os elementos que os autores apresentam quanto a discussão da intersectorialidade destacam-se: visão integrada dos problemas sociais, combinação de estratégias, princípio organizativo, complementaridade entre políticas, canal de interlocução entre os atores, superação das práticas fragmentárias e setorializadas, interface entre as relações setoriais, articulação entre diferentes saberes e relações, senso de responsabilidade, compartilhamento, parceria, cooperativismo, trabalho em rede, processo coletivo e participativo, processo dialógico, perspectiva de totalidade, construção de novos espaços, ações conjuntas, planejamento de ações, criação de espaços comunicativos, negociação, trabalhar conflitos, instrumento de otimização de saberes que requer pesquisa, planejamento e avaliação.

Observa-se, portanto, que cada autor apresenta elementos particulares quanto a discussão sobre a intersectorialidade, sendo que não são antagônicos e sim complementares, o que atribui a esta categoria uma dinamicidade, sem tratá-la como um conceito fechado imune a alterações ou agregações. Sendo assim, pode-se entender a intersectorialidade, na perspectiva de cada autor, dotada dessa diversidade de elementos, os quais na prática darão subsídios para a materialidade da chamada intersectorialidade.

Levando em consideração, desta forma, a discussão que os autores empreendem, destacam-se as falas dos entrevistados acerca de sua compreensão sobre a intersectorialidade, nas quais podem ser identificados elementos que contribuem para a compreensão sobre a tema em estudo. Neste sentido, a seguir o quadro destaca as respostas que os entrevistados apresentaram sobre essa questão:

CONSELHEIRO (A)	ELEMENTOS SOBRE A INTERSETORIALIDADE
C1	Integralidade do atendimento; Articulação entre os setores; Construção Coletiva
C2	A saúde deve estar articulada com os demais setores; Decidir harmoniosamente
C3	Articular todas as políticas públicas; Descentralização das ações
C4	Articulação entre as políticas para atender as necessidades da população; Não pode existir uma visão setorializada
C5	União entre os setores; Informações não centralizadas
C6	Cada setor é responsável por sua área, mas articulam e somam suas atuações
C7	Parceria e articulação entre os setores; Engajamento para trabalhar conjuntamente

QUADRO 07 – Compreensão dos conselheiros sobre intersectorialidade

Fonte: Dados das entrevistas.

Tendo como pressuposto a discussão teórica realizada no segundo capítulo sobre a intersectorialidade e agora o resgate de alguns elementos trabalhados pelos autores, empreende-se a relação desta discussão com a fala dos conselheiros entrevistados, os quais destacaram elementos que se aproximam as ideias dos autores. Entretanto, vale ressaltar que, os entrevistados apresentaram compreensões ainda superficiais sobre a intersectorialidade, haja vista terem destacado elementos em caráter isolado, que em sua singularidade, não definem uma concepção sobre a referida categoria, mas que fazem parte de seu processo de construção.

Ao relacionar, portanto, as falas dos entrevistados às ideias dos autores trabalhados pode-se inferir que, em sentido geral, os conselheiros entendem por intersectorialidade a integralidade do atendimento, a articulação entre os setores, a construção coletiva, a decisão harmoniosa, a descentralização das ações e informações, a visão não setorializada das políticas públicas, a soma de atuações entre os diferentes setores de políticas públicas, assim como a parceria e engajamento para o trabalho em conjunto.

Esses elementos podem ser vinculados as ideias dos autores em questão, dentre os quais, por exemplo, Yasbek (2014) que destaca que a intersectorialidade pressupõe a articulação de políticas públicas, com vistas à Proteção Social em consonância ao que se reporta Garajau (2013), o qual

afirma que a intersectorialidade envolve senso de cooperativismo e articulação, sendo destacado por seis conselheiros entrevistados, o que denota que a compreensão da intersectorialidade, para os mesmos, perpassa principalmente pela ideia de articulação entre os setores de políticas públicas.

Entretanto, sabe-se que a intersectorialidade vai além desta articulação. Ela é constituída por um conjunto de elementos, conforme foi evidenciado no quadro oito e na discussão teórica, e dentre esses elementos também podem ser destacados a fragmentação das políticas, conforme ressaltou o C4 ao inferir que *“não pode existir uma visão setorizada”*. E sobre esta ideia de não fragmentação que pressupõe a intersectorialidade, resalta-se Tumelero (2010), o qual pondera que é necessário superar as práticas fragmentárias e setorizadas no que se refere as políticas públicas e, para tal, Monnerat e Souza (2014) asseveram que a superação desta lógica fragmentária está na implementação de um processo dialógico que também pode estar relacionado as práticas comunicativas e de negociação, conforme defende Yasbek (2014).

Além desses elementos, ainda foi destacado pelo C1 e pela C7, respectivamente, que a intersectorialidade pressupõe a *“construção coletiva”* e *“engajamento para trabalhar conjuntamente”*, que pode ser atribuído a ideia de Machado (2013) quando resalta que este é um processo coletivo, participativo e realizado em instâncias amplas, com destaque para os espaços dos Fóruns e dos Conselhos, onde se insere o CES/PA.

Complementar a esta ideia Almeida e Santos (2014) destacam que a intersectorialidade requer esforço coletivo, com vistas ao planejamento das ações, por isso a necessidade de somar as atuações entre os setores de políticas públicas, conforme resalta o C6 *“cada setor é responsável por suas áreas, mas que articulam e somam suas atuações para a qualificação dos trabalhos”* e o C5 ao dizer que *“quando ela existe (intersectorialidade) é porque há união entre os setores”*.

Outro elemento a ser destacado é a descentralização das ações e informações, conforme ressaltaram o C3 e o C5, pois a partir das práticas intersectoriais estas ações e informações passam a ser comuns entre os setores envolvidos no processo, o que facilita o processo de gestão das políticas públicas, que envolve a tomada de decisão, de forma a atender as demandas

de todos os setores, com vistas ao atendimento das demandas sociais em sua integralidade, conforme pressupõe a intersectorialidade e que foi destacado pelo C1 ao informar que a intersectorialidade é “*condicionante para a integralidade do atendimento da saúde das pessoas*”. Não somente para o atendimento da saúde, mas das demandas dos outros setores de políticas públicas.

Tendo isso em vista, faz-se necessário que a intersectorialidade seja entendida, conforme defende Silva (2014), em uma perspectiva de complementaridade, com perspectiva para a totalidade, ou seja, tendo como pressuposto, o atendimento das demandas em sua integralidade; a construção de práticas que originem novos espaços; e como princípio de trabalho em rede, que não foi destacado na fala dos conselheiros, mas que é essencial para as práticas intersectoriais.

Outra ideia importante é a de Sposati (2009), que discute a intersectorialidade enquanto um princípio organizativo. Apesar de não ter sido destacado pelos conselheiros, os elementos que os mesmos apresentaram estão inseridos na ideia que a autora trabalha, tendo em vista que este princípio organizativo é constituído por este conjunto de elementos que já foram enumerados e, portanto, são complementares a discussão do processo de gestão das políticas públicas e que de acordo com a intersectorialidade são indispensáveis a sua construção.

A partir da análise empreendida, da compreensão dos conselheiros entrevistados, sobre a intersectorialidade, infere-se que, a definição sobre o tema apresenta ainda um carácter superficial, que não abarca a categoria em sua amplitude no campo de discussão e os elementos que ela apresenta para sua construção. Todavia, os elementos apresentados pelos conselheiros, mesmo que em sua singularidade, estão de acordo com os elementos destacados nas ideias dos autores trabalhados, que em sua aproximação, pode-se estabelecer uma relação entre o discurso dos entrevistados e a discussão teórica sobre a intersectorialidade.

Ainda neste campo de discussão foi questionado aos conselheiros se a intersectorialidade pode contribuir para a execução da política pública de saúde, alguns nas suas falas sobre a compreensão ressaltaram-na enquanto caminho para a saúde, conforme destacou C1 “*a integralidade do atendimento da saúde*

das pessoas”, o que remete a compreensão de que os mesmos entendem que a intersectorialidade tem papel importante quanto a gestão da política pública de saúde em consonância com outros setores. Tendo isso em vista, seguem as falas dos entrevistados sobre o questionamento:

Com certeza. A saúde se beneficia desse processo, mas não somente a saúde, também os outros setores. Pode contribuir a partir de ações e discussões entre essas diferentes políticas. (C1)

Sim. A intersectorialidade na saúde cria base para os serviços onde setores e equipes podem trabalhar no sentido de melhorar as demandas que se aproximam da realidade. Pode ocorrer pela afinidade e criação de vínculos para a sustentabilidade das políticas públicas. (C2)

Contribui, sim. A maneira de contribuição pode ser através da participação popular e integração com todos os movimentos que defendem as políticas públicas em seus segmentos. (C3)

Sim. Com a agregação entre os setores, com a mesma linguagem, para que a população seja atendida em suas necessidades. (C4)

É fundamental para o desenvolvimento da política de saúde. Acontece quando vários setores discutem para unificar as propostas que irão favorecer todos os setores a partir das suas experiências e por consequência, a saúde é beneficiada. (C5)

Pode, sim. A maneira é que tem que abranger todos os trabalhadores, usuários para dar suporte a todos que trabalham a gestão das políticas. (C6)

Sim. Tem que unir as forças. Ela favorece todas as políticas públicas. Tem que ser uma unidade. (C7)

Observa-se, portanto, que todos os conselheiros entrevistados atribuem à intersectorialidade importância quanto sua contribuição para a política pública de saúde, destacando elementos quanto a maneira que essa contribuição pode acontecer. Neste sentido, os conselheiros destacaram que formas de contribuição podem ocorrer pela construção de ações e discussões entre as políticas públicas, pela afinidade e criação de vínculos para a sustentabilidade dessas políticas, por meio da participação popular e integração dos movimentos sociais, pela unificação de propostas entre os setores e troca de experiências entre os mesmos, tem que abranger trabalhadores, usuários e todos que trabalham na gestão da política pública de saúde e dos demais setores e ter uma unidade entre essas políticas.

Na fala dos entrevistados podem ser identificados elementos que integram o processo de construção da intersectorialidade, o que reforça a importância de entendê-la enquanto campo de discussão dinâmico, que pode apresentar novos elementos para seu debate e baseado na discussão teórica outrora apresentada, infere-se que os conselheiros destacaram elementos importantes para o desenvolvimento de práticas intersectoriais. Contudo, entende-se também, que são indicações ainda incipientes e que não foram encontradas, de forma prática, nas atas analisadas.

Pode-se destacar, todavia, nas falas dos entrevistados a importância da intersectorialidade no que concerne a política pública de saúde, assim como as demais políticas, por isso a necessidade da “*afinidade e criação de vínculos para a sustentabilidade das políticas*”, conforme ressaltou a C2 e “*unificar as propostas que irão favorecer todos os setores a partir das suas experiências*”, o que está de acordo com a ideia de Nascimento (2010), que pressupõe a intersectorialidade enquanto interface da relação entre ações setoriais, por isso não pode ser antagônica a setorialidade e sim contribuir por meio das experiências já existentes nos campos particulares de cada política pública.

Ainda sobre este ponto Gaedtker (2011) afirma que os espaços são constituídos por atores heterogêneos, que apresentam diferentes saberes e relações e esses são elementos essenciais para a troca de experiências, e este é o campo da intersectorialidade, um campo de diferenças e variedades que contribui sistematicamente para ações planejadas, articuladas, integradas por meio de relações dialógicas que atendam os interesses de todos os atores envolvidos no processo.

Com base nesse pressuposto, os conselheiros foram questionados quanto o papel do CES/PA sobre o desenvolvimento de ações ou práticas intersectoriais, assim como o Conselho trabalha em sua agenda a intersectorialidade. Sobre o questionamento, seguem as seguintes falas:

Sim. Discussão da política pública de saúde. Educação permanente “casada” (sic) com a educação popular em saúde. O CES trabalha em sua agenda a intersectorialidade de forma prática, consta na construção das políticas. Diálogo com outros setores. (C1)

Sim. Exemplos são: Movimentos de organização da sociedade civil, sindicatos de classe, representação dos Secretários Municipais de

Saúde, que se integram para a criação dos planos de saúde. Trabalha em sua agenda nas pautas das reuniões, quando os Conselhos Municipais solicitam para tecer propostas. (C2)

Sim. Divide por conselheiro de área (segmentos), de acordo com sua região. Participa desde a fiscalização, impactos financeiros e sociais. Na agenda do CES trabalha de acordo com as pautas e solicitações. (C3)

Sim. O CES faz parte do Conselho dos Secretários Municipais da Saúde. Trabalha a intersectorialidade na formação de comissões votadas pelo pleno para compor a participação em outros conselhos. (C4)

Sim. Defesa do SUS, com o plano para criar um Comitê que discute a equidade. Trabalha em sua agenda através das pautas e deliberações nas reuniões. (C5)

O CES se volta mais para o setor saúde no estado e nos municípios. O trabalho é prejudicado devido as questões relacionadas a gestão. Não vejo ações nesse momento. Mas, todas são encaminhadas nas reuniões, para deliberações. (C6)

Sim. Tem ações sobre a área do Meio Ambiente, o acidente que aconteceu em Barcarena, por exemplo, fomos chamados para colaborar. O Conselho trabalha através das Comissões. (C7)

Sobre ações ou práticas intersectoriais, os conselheiros entrevistados destacaram que o CES/PA trabalha ações nesta direção. No entanto, não foram identificadas informações, nas falas dos entrevistados, que denotem tais informações. Sendo que, alguns conselheiros destacaram que a articulação do Conselho Estadual com os Conselhos Municipais de Saúde pressupõe a intersectorialidade. Assim como, as instituições que compõem o próprio setor saúde, ou seja, as ações apontadas se reportam a uma relação interna, que perpassa o próprio setor saúde e não outros setores de políticas públicas.

Sobre a relação com outro setor, apenas a C7 informou uma ação com outro setor, no caso o de meio ambiente, entretanto, refere-se a uma ação pontual, no sentido de atender as demandas emergenciais do acidente que ocorreu no município de Barcarena, com a balsa que transportava bovinos, a qual sucumbiu gerando transtornos ambientais, sociais e econômicos para a população. A ação partiu da Secretaria de Meio Ambiente, em convocação a outros setores, dentre eles a saúde.

Partindo desta análise, portanto, pondera-se que os conselheiros não identificam ações do CES/PA articuladas com outros setores de políticas

públicas, no sentido de atuação da instituição, pois indicaram apenas ações referentes ao próprio setor. Informaram que as ações são trabalhadas nas reuniões do Conselho com deliberações e encaminhamentos, porém não foram identificadas, tanto nas entrevistas, quanto na leitura das atas a existência de práticas intersetoriais.

Entende-se, todavia, que ao destacarem ações que competem ao próprio setor saúde, como a articulação entre os Conselhos Municipais e destes com o Estadual, assim como com outras instituições de representação da saúde, estão desenvolvendo um importante trabalho em rede, que para a intersectorialidade, nos dizeres Garajau (2013), deve ser iniciado, primeiramente, entre os atores institucionais que constituem os setores em sua especificidade enquanto política pública para, posteriormente, alcançar os demais setores, pois desta forma o trabalho ganha força e sustentação para práticas que agreguem saberes de outras áreas de atuação.

Andrade (2004) destaca, por sua vez, que a combinação de estratégias para a promoção da saúde demanda uma ação orientada entre diferentes atores, que envolve setores sociais, Estado e sociedade civil, dentre outros parceiros em caráter intrasetorial, ou seja, instituições que representam a própria política pública de saúde, mas que se estendam para os demais setores.

A C7 mencionou ainda, em sua fala, a composição das Comissões, sobre as quais informou que a intersectorialidade é trabalhada pelo CES/PA por meio desses espaços. Sobre o assunto, foi questionado aos conselheiros se existem comissões intersetoriais para assessoramento das ações do CES/PA. Em relação as falas dos entrevistados destacam-se:

Existem Comissões. Comissão de Vigilância em Saúde, dos Direitos da Criança e do Adolescente e a Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador. Articulado, tem o trabalho da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador, pois envolve representantes de outros segmentos de políticas públicas. (C1)

Tem as Comissões Permanentes e as Temporárias. Comissão de Vigilância em Saúde e Gestão. Cada Comissão trabalha no seu campo de atuação. (C2)

Comissão de Gestão. Comissão de Comunicação e Comissões Permanentes que são para capacitação. (C3)

Tem a Comissão de Gestão e Planejamento. Comissão de Vigilância e Saúde e a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador. (C4)

Sim. Comissão de Gestão, Comissão de Projetos e Vigilância em Saúde. Não vejo articulação entre as Comissões. (C5)

Intersetorial só a de Saúde do Trabalhador, mas está voltada para o trabalhador de saúde. Tem as Comissões Permanentes e as Temporárias. (C6)

Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, Comissão dos Secretários Municipais de Saúde, Vigilância em Saúde. Tem suas ações de acordo com suas áreas de atuação. (C7)

Sobre as comissões, os conselheiros destacaram diferentes tipos: Vigilância em Saúde, Direitos da Criança e do Adolescente, de Gestão e Planejamento, de Comunicação, de Projetos e de Secretários Municipais de Saúde. Sendo que, existem as de caráter temporário (dependendo das ações emergenciais e pontuais) e as de caráter permanente (para capacitação, por exemplo).

Conforme os entrevistados, estas Comissões atuam de acordo com as ações específicas para cada demanda social, ou seja, parte-se do entendimento de que não há uma relação de articulação estabelecida entre as mesmas, conforme destaca C5 “*não vejo articulação entre as Comissões*”.

Em relação a comissões intersetoriais, quatro conselheiros (C1, C4, C6 e C7) destacaram somente a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), a qual foi apresentada na seção que trata da pesquisa documental. Sendo que, esta Comissão “*envolve representantes de outros segmentos de políticas públicas*”, como cita o C1.

Sabe-se, contudo, que esta Comissão está voltada ao atendimento das demandas dos trabalhadores do SUS e está estabelecida legalmente pela Lei 8.080/90, com desdobramento para outros campos de políticas públicas para a criação de programas, projetos e ações voltadas a saúde do trabalhador.

No que concerne, as comissões intersetoriais, o CES/PA apresenta apenas a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador partindo do pressuposto que é uma Comissão instituída pelo SUS, sendo assim deve fazer parte de todos os Conselhos de Saúde. No entanto, quanto a existência de

outras comissões com este caráter o Conselho não mostra avanços neste campo, tendo em vista que as comissões desenvolvem papel importante no contexto da política pública de saúde.

A partir da explanação e análise das entrevistas, infere-se, portanto, que a compreensão dos conselheiros entrevistados apresenta-se ainda de forma incipiente, levando-se em consideração o entendimento dos mesmos sobre a intersectorialidade, os quais indicaram elementos pontuais, que em sua singularidade não denotam a ampla compreensão do conceito, mas que os elementos destacados se aproximam das ideias dos autores trabalhados na discussão teórica, porém que precisam agregar mais leituras para o entendimento da importância deste princípio organizativo, conforme assevera Sposati (2009) que contribui para o processo de gestão das políticas públicas.

Neste sentido, pondera-se que, apesar de não terem abarcado a ampla discussão sobre o que é a intersectorialidade, os conselheiros do CES/PA apresentam certo entendimento sobre o tema, tendo em vista que este também é constituinte da discussão que o próprio SUS desenvolve, seja no campo da gestão, dos espaços das conferências, da composição da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, dentre outros canais, o que pressupõe que os Conselhos não estão alheios a esse debate, apesar da necessidade de avanço no campo das discussões e das práticas efetivas de caráter intersectorial.

A seguir, portanto, serão apresentados, a partir do discurso dos conselheiros entrevistados e da discussão teórica, alguns elementos que podem ser considerados no campo das possibilidades e dos desafios quanto a efetividade da intersectorialidade no que se refere às políticas públicas, em especial a política pública de saúde.

4.4 O CES/PA E A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A INTERSETORIALIDADE

Nesta seção serão trabalhados alguns elementos que apontam os desafios e possibilidades para a efetivação da intersectorialidade no campo das

políticas públicas, em especial para a política pública de saúde. Neste sentido, outro objetivo da pesquisa foi o de identificar limites e possibilidades para as práticas intersetoriais no CES/PA, tendo como base as entrevistas realizadas com os conselheiros.

Para explanar sobre esses limites e possibilidades, primeiramente, vale ressaltar, que a intersectorialidade enquanto instrumento que contribui para o processo de gestão apresenta vários desafios para sua efetivação nos campos das políticas públicas, tendo em vista as relações, os saberes, os campos de atuação, os atores, dentre outros fatores que estão inseridos neste processo. Neste sentido, os conselheiros foram questionados sobre os limites ou dificuldades para trabalhar ações com estratégias intersetoriais. Portanto, destacam-se as seguintes falas, como mostra o quadro a seguir:

CONSELHEIRO (A)	LIMITES OU DIFICULDADES
C1	Formação das pessoas em relação a concepção “departamentalizada” A não compreensão do todo pelos atores Ótica de “compartmentalização” das ações
C2	Ausência de recursos humanos qualificados Desconhecimento dos profissionais sobre determinados assuntos Não disponibilidade para participação Visão individualizada sobre as demandas sociais nos setores
C3	A gestão como está configurada, em setores Deslocamento para as ações devido a falta de financiamento A não participação dos conselheiros
C4	Falta de organização Falta de comunicação Deficiência na gestão
C5	Dificuldades para realizar debates, devido concepções de tendências e interesses Direcionamento da gestão mais para o interesse político do que para a própria saúde
C6	Não fornecimento de documentação entre os setores O não conhecimento público sobre a importância dessas ações Deslocamento para realizar as ações Falta de diálogo
C7	A pouca infraestrutura O problema do deslocamento A questão orçamentária

QUADRO 08 – Limites ou dificuldades para a intersectorialidade

Fonte: Dados das entrevistas

Observa-se, portanto, que os limites ou dificuldades, apresentados nas falas dos conselheiros, são diversificados, mas que ao mesmo tempo se aproximam entre si, dentre os quais se destacam: a visão setorializada das

ações, a necessidade de pessoas qualificadas que rompam com esta visão, a deficiência no próprio processo de gestão estabelecido, no qual se trabalha isoladamente em seus setores, falta de diálogo, falta de financiamento para as ações e deslocamento, a falta de entendimento sobre o assunto e, conseqüentemente, a sua importância para o processo de gestão das políticas públicas e a não participação dos conselheiros.

Esses são limites ou dificuldades reais que vão de encontro ao processo de gestão e da efetivação de práticas intersetoriais, conforme destacaram os conselheiros entrevistados e os autores trabalhados na discussão teórica, na qual destaca-se que a construção para o desenvolvimento de ações intersetoriais não se mostra uma tarefa fácil, uma vez que são inúmeros os desafios atinentes a este processo, pois a heterogeneidade perpassa o interior dos próprios setores e ao se articular com outros campos tem uma tendência maior aos conflitos, a desmobilização, a dificuldade de adesão, dentre outros fatores que estão relacionados ao campo desses limites ou dificuldades (BURLANDY, 2014).

Sendo que, os interesses políticos, conforme ressaltou o C5 em sua fala ao afirmar que há um *“direcionamento da gestão mais para o interesse político”* é uma das grandes dificuldades a serem superadas no processo de gestão, e no caso dos espaços dos Conselhos esta é uma realidade bastante presente, pois os interesses em voga, em muitos casos, estão voltados para necessidades individuais que envolvem questões políticas partidárias, em detrimento dos reais interesses que esses espaços devem defender, ou seja, o interesse da população.

Sobre esta questão, pode ser evidenciado na própria Conferência Estadual de Saúde, onde visualizou-se tendências particulares de interesses, se configurando uma arena de disputas individuais, e as demandas da política pública de saúde apresentaram caráter secundário neste processo, que deveria ser de debate, deliberação e encaminhamentos quanto as necessidades deste setor.

Outra dificuldade apontada pelos conselheiros foi a de fragmentação das políticas públicas, a qual pode ser visualizada nas falas de três entrevistados C1 *“ótica de ‘compartimentalização’ das ações”*, C2 *“visão individualizada sobre*

as demandas sociais nos setores” e C3 *“a gestão como está configurada, em setores*”. Essas falas, por sua vez, podem ser relacionadas ao debate de Andrade (2004), o qual assevera que a lógica fragmentadora das políticas públicas deve ser desconstruída, no sentido de avançar para práticas abrangentes que não se limitem ao caráter reducionista de atuação dessas políticas, sendo que isso se deve a própria cultura de organização e seu processo de gestão, conforme destacou o C4 ao apontar dentre as dificuldades a *“falta de organização e a deficiência na gestão”*.

Ainda sobre a lógica fragmentadora das políticas, Yazbek (2014) ressalta que, essa é uma prática histórica, em que as políticas sempre foram apresentadas de maneira setORIZADA e desarticulada, imprimindo à gestão caráter centralizador e hierárquico, o que gera fragmentação das demandas e do atendimento, baseando-se em ações paralelas, prejudicando, desta forma, os usuários.

As dificuldades que os conselheiros apresentaram, portanto, condizem a discussão teórica empreendida, na qual os autores destacam essas dificuldades enquanto caminho de superação para a prática e efetivação da intersectorialidade. Sendo que, como já mencionado, a intersectorialidade apresenta-se em constante movimento, uma vez que acompanha o processo histórico da realidade social, por isso novos elementos podem ser incorporados, seja para sua compreensão e definição, seja enquanto elementos no campo dos limites ou dificuldades para sua efetivação.

Partindo da necessidade de superação desses limites ou dificuldades, a seguir destacam-se alguns elementos quanto as possibilidades propostas pelos conselheiros entrevistados, para que ações intersectoriais possam ser desenvolvidas. Levando-se em consideração que, o reconhecimento dos limites ou dificuldades atinentes a este processo devem ser vistos enquanto fio condutor para a criação de propostas em caráter intersectorial, conforme destaca Burlandy (2014). A seguir, portanto, apresentam-se as falas dos entrevistados:

CONSELHEIRO (A)	PROPOSTAS OU POSSIBILIDADES
C1	Trabalhar a educação permanente Adesão e participação dos conselheiros Fazer valer os interesses coletivos
C2	Trabalhar com metodologia regionalizada Conhecer as demandas setoriais Cumprimento das metas estabelecidas Conhecimento da gestão
C3	Estabelecer normas e diretrizes sobre o assunto em regimento Participação nos debates Buscar ações em conjunto com outros setores
C4	Deixar de defender as políticas públicas partidárias e sim as políticas de saúde Respeitar as particularidades de cada setor Capacitação para conhecimento de todos
C5	Diálogo Debate contínuo Tratar as questões com seriedade
C6	Descentralização das ações dos Conselhos Interdependência para que os Conselhos possam agir
C7	Diálogo Organização Articulação entre os Conselhos que são convocados pelo CES Gestão com compromisso

QUADRO 09 – Propostas ou possibilidades para a intersectorialidade

Fonte: Dados das entrevistas.

A partir das falas dos conselheiros entrevistados infere-se que os mesmos destacam propostas ou possibilidades que contribuem para a superação dos limites e dificuldades que interferem na efetivação da intersectorialidade enquanto instrumento ou princípio organizativo necessário para o processo de gestão das políticas públicas em sua interface, conforme pressupõe as práticas intersetoriais.

Os elementos apresentados pelos conselheiros são diversos e dentre os quais, podem ser destacados: a necessidade do diálogo, educação continuada quanto assuntos que envolvem a temática, participação nos debates e ações, criação de normas e diretrizes em regimento para que questões possam ser tratadas de forma legal, interdependência entre os Conselhos, construir ações articuladas com outros setores, trabalhar com metodologias regionalizadas, conhecer o processo de gestão que envolve as políticas públicas, dentre outros.

Tendo isso em vista, essas propostas ou possibilidades são necessárias para superar vínculos precários, conforme destaca Bravo (2009), pois ações integrais só poderão ser alcançadas quando propostas viáveis sejam criadas

para atender as demandas sociais. Sendo que, para tal faz-se necessário o esforço de todos os atores envolvidos no processo. E, no campo da intersetorialidade os espaços dos Conselhos são canais importantes, uma vez que neles perpassam a tomada de decisão, planejamento, controle e acompanhamento das políticas públicas.

No caso dos conselheiros do CES/PA, a participação em outros espaços, como associações, movimentos, outros Conselhos fornece aos mesmos, diferentes práticas e saberes, o que se torna elemento para sua atuação no Conselho em questão, assim como para entender e conhecer diferentes campos de atuação e de políticas públicas, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Outro elemento importante, destacado pelo C6, é o processo de descentralização. Ele afirma que, faz-se necessária a *“descentralização das ações dos Conselhos”*, neste caso pode atribuir esta visão ao campo da descentralização das políticas públicas, no sentido de otimizar o seu processo de gestão.

Sobre esse processo Almeida (2014) destaca duas tendências: o desenvolvimento de ações intersetoriais por meio de programas de políticas públicas, os quais estão vinculados ao reconhecimento dos direitos sociais, sobre os quais a intersetorialidade apresenta dimensão estruturante. A outra refere-se a realização de experiências em esfera local, o que remete a articulação de diferentes representantes que atuam no enfrentamento dos problemas sociais, para tal deve ocorrer a *“interdependência para que os Conselhos possam agir”*, conforme ressaltou C6.

Outra possibilidade que pode ser destaca e que pode contribuir não só para o desenvolvimento de práticas intersetoriais, assim como para o processo de gestão democrática, é a participação. No caso dos Conselhos, os seus representantes desenvolvem papel fundamental quanto as decisões que abarcam as políticas públicas. Por isso, C1 e C3 destacaram a *“adesão e participação dos conselheiros”* e a *“participação nos debates”*, respectivamente, como propostas em contribuição para a efetivação da intersetorialidade.

Segundo Garajau (2013), essa participação pode ocorrer também, na relação entre munícipes e gestores, de tal forma que a população ao conhecer

as suas demandas locais facilita a relação em uma escala macro, onde estão envolvidos os Conselhos, tendo em vista que seu papel, também, é de se aproximar da população para o entendimento de suas realidades e, assim, propor, deliberar e encaminhar ações favoráveis às demandas sociais e que permite a participação do próprio usuário no campo das decisões, conforme preconiza o próprio SUS.

A partir da análise realizada, portanto, observa-se que os conselheiros destacaram elementos importantes para o debate, denotando a compreensão que apresentaram sobre a intersectorialidade, mesmo que ainda de forma incipiente, mas que não pode ser desprezada. Neste sentido, evidencia-se que essa compreensão abrange elementos coerentes quanto a discussão teórica aqui proposta, mas que ao mesmo tempo precisam ser aprofundados no sentido de avançar sua atuação no campo da política pública de saúde em consonância com os demais setores de políticas, haja vista a necessidade de romper com a lógica fragmentária e reducionista dessas políticas e a abertura de novos espaços que congreguem as demandas sociais em sua integralidade, conforme pressupõe a intersectorialidade.

Com base nos objetivos propostos, a análise dos dados leva a considerar que a intersectorialidade é um assunto pouco abordado ainda no CES/PA, o que pode ser visualizado na pesquisa documental, com o estudo das atas, tendo em vista que não foram encontrados registros que expressem ações de caráter intersectorial com outros campos de políticas públicas de forma sistematizada. Neste sentido, entende-se que o Conselho precisa avançar quanto a esse debate para que práticas intersectoriais sejam provocadas e efetivadas em contribuição ao processo de gestão das políticas públicas e, conseqüentemente, do atendimento das demandas sociais.

Sendo que, para essa efetivação os conselheiros precisam ampliar sua compreensão sobre o processo da intersectorialidade, pois a análise sobre as falas dos entrevistados mostra que eles apresentam elementos que conformam a compreensão sobre a intersectorialidade, porém ainda de forma incipiente e não em sua amplitude no campo de discussão. Todavia, esses elementos evidenciam a importância diante a necessidade do CES/PA trabalhar práticas

intersetoriais, que agregue diferentes campos de atuação das políticas públicas.

Para tanto, limites e possibilidades precisam ser superados, como os próprios conselheiros destacaram que existem, haja vista o conjunto de elementos apresentados por eles. Mas, que também pode ser o fio condutor para a abertura de propostas e possibilidades neste campo, que vem ganhando espaço no cenário teórico e que os espaços dos Conselhos devem acompanhá-lo em suas ações práticas, haja vista a relação direta com o processo de gestão das políticas públicas.

5 CONCLUSÃO

A atual dinâmica da sociedade capitalista está pautada pela ótica de um Estado Neoliberal que, gradativamente, passou a diminuir sua função de agente provedor do desenvolvimento social. Com essa diminuição, o Estado reduz direitos sociais, privatizando serviços essenciais à população, não garantindo a estas formas seguras e dignas de reprodução da vida social.

O Estado quando deixa de promover tais ações ou políticas sociais acaba transferindo essa responsabilidade para a sociedade civil organizada e nos dizeres de Simões (2008, p. 448) essa transferência culminou na necessidade de uma nova organização política que se desdobrasse para além do Estado, mas tendo este como articulador, de forma a integrar “[...] um conjunto híbrido de fluxos, redes e organizações, em que se combinam e interpenetram elementos estatais e não estatais, nacionais e globais”.

Significa dizer que essas organizações da sociedade civil permitem aos cidadãos que estes possam se envolver nas tarefas da administração pública, atribuindo-lhes maior participação na construção de uma nova realidade social, participando, juntamente com representantes do governo, dos assuntos que conformam a agenda pública, tais como a discussão, elaboração e fiscalização de políticas públicas.

Esse processo conhecido como controle social, segundo Campos (2006) pode ser considerado sob a perspectiva técnica – a fiscalização administrativa – e sob a perspectiva sociopolítica – valorizando a participação da sociedade civil nos assuntos da agenda governamental.

Sendo que, para o exercício do controle social foram criados espaços participativos, dentre eles os Conselhos, para que o interesse coletivo prevaleça para garantir o cumprimento das decisões tomadas em conjunto (sociedade civil e governo) e para que as políticas públicas e os serviços delas provenientes sejam democratizados, para que a população tenha acesso aos mesmos e possam ter garantidos seus direitos, como apontado pelo autor supracitado.

Além desse controle social, os Conselhos podem desenvolver ações articuladas com outros setores de políticas públicas, de forma a efetuar um trabalho em rede que responda as demandas e necessidades da população de maneira integrada, pois essa integração definida enquanto intersectorialidade pode contribuir para a garantia dos direitos sociais da população (JUNQUEIRA, 2000).

Partindo do estudo aqui apresentado sobre o tema proposto, infere-se, portanto, que as políticas públicas estão inseridas em um contexto de lutas, ou seja, em contraposição a lógica do mercado que detém o controle econômico, a qual incide sobre o social, de tal forma que o Estado é o mediador dessas relações e atua no sentido de atender as demandas deste mercado, assim como as demandas sociais, conforme a explanação empreendida no primeiro capítulo, ao destacar elementos sobre a relação dessas políticas com o Estado.

Sendo que, dentre essas políticas está a política pública de saúde, que foi trabalhada neste estudo, sobre a qual verificou-se que em seu trajeto histórico as lutas travadas pela população para a criação de um sistema público de saúde não é uma luta ganha, ela é cotidiana e que o processo de mobilização visualizado naquele período deve ser intensificado nos dias atuais, pois a realidade que o setor saúde apresenta hodiernamente pode ser vista enquanto um retrocesso das conquistas para esta política, haja vista a precarização no acesso e serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi implementado a partir das lutas sociais no contexto da Reforma Sanitária.

Essa precarização, portanto, perpassa pelos três níveis de atenção da saúde: básica, média e alta complexidade, as quais não conseguem acompanhar as demandas provenientes da população, pois não há capacidade para o seu atendimento, assim como o funcionamento da rede nos três níveis, infraestrutura, além de profissionais suficientes e qualificados, o processo de descentralização que é defendido pelo pacto pela saúde, mas que em muitos casos não funciona de acordo com o projeto proposto, dentre outros fatores que influenciam neste acesso e qualidade dos serviços, conforme preconiza o SUS.

Por isso, vários limites e dificuldades são visualizados no cenário da saúde pública, os quais são enfrentados no cotidiano das instituições de saúde, sejam elas na área da assistência direta ou no nível da gestão, tendo em vista que ambas se interrelacionam. Sendo assim, faz-se necessário que novos caminhos sejam construídos para as respostas a este cenário de dificuldades, as quais devem ser o fio condutor para a criação de novas propostas e estratégias que dêem respostas práticas às demandas que se aglomeram no setor da saúde.

Um dos caminhos, para essa construção, portanto, seria um trabalho articulado entre os diferentes setores de políticas públicas, conforme pressupõe a intersetorialidade, o qual de acordo com os autores trabalhados envolve elementos, tais como: visão integrada dos problemas sociais, combinação de estratégias, princípio organizativo, canal de interlocução, superação das práticas fragmentárias e setorializadas, interface entre as relações setoriais, parceria, cooperativismo, trabalho em rede, processo dialógico, planejamento de ações, criação de espaços comunicativos, negociação, dentre outros, os quais constituem esse conceito ou categoria definida como intersetorialidade.

Sendo que essa intersetorialidade, conforme os pressupostos deste estudo, pode contribuir para o processo de gestão das políticas públicas, uma vez que ações neste sentido podem fortalecer um trabalho já existente dentro dos setores específicos das políticas públicas, mas que pode espalhar-se para outros setores, de forma a criar uma relação de interdependência entre essas políticas, no sentido de organizá-las, otimizá-las e, sobretudo, atender as demandas da população em sua integralidade quanto as suas necessidades que refletem sobremaneira uma sobre as outras, haja vista, os diferentes aspectos da vida social.

As inferências, por meio do estudo, é a de que para a efetivação da intersetorialidade deve ser trabalhado o processo de descentralização, pois com este advento os municípios passaram a ter maior autonomia no campo das decisões, no que concerne aos serviços sociais. E, este é um campo promissor para a implementação de ações articuladas com outros setores, de forma a romper com a fragmentação no campo das políticas públicas, haja vista que a nível local essas relações apresentam maior facilidade de

aproximação, assim como pode ser encontrado um trabalho em rede já existente, além do conhecimento das demandas sociais em seus diferentes aspectos.

A intersectorialidade, portanto, deve estar inserida no cenário das políticas públicas, haja vista a necessidade de aproximar os diferentes setores dessas políticas, no sentido de criar estratégias de gestão que possam atribuir qualidade técnica, de amplitude no campo do conhecimento e articulação entre esses setores e, especialmente, no atendimento das demandas sociais que precisam ser visualizadas em seu conjunto de necessidades no âmbito de sua vida social.

A partir da discussão infere-se, também, que para a efetivação da intersectorialidade os Conselhos de políticas públicas devem estar inseridos neste processo, conforme destacado dentre os autores que debatem o tema, pois o senso coletivo e participativo que constituem a discussão sobre a intersectorialidade enquanto elementos, também, estão inseridos na discussão sobre os espaços dos Conselhos (MACHADO, 2013).

Entende-se, portanto, que os espaços dos Conselhos, além do seu papel fiscalizador, deliberativo e propositivo no campo das políticas públicas, também, devem atuar no sentido de agregar ações em conjunto com outros setores de políticas públicas que possam dar respostas quanto ao atendimento da população em seus diferentes segmentos e aspectos. Por isso, a necessidade destas instâncias abrirem espaço para a discussão sobre o tema, que é um importante instrumento como destacam os autores para a construção de uma nova forma de gestão para o campo das políticas públicas.

Além disso, a intersectorialidade foi tema trabalhado na 15ª Conferência Nacional de Saúde, como mostram as informações apresentadas no último capítulo, pois o tema fez parte das discussões do evento, no sentido de abrir espaços para que os diferentes setores de políticas públicas possam realizar ações articuladas que atendem as necessidades das demandas sociais em seus diferentes aspectos da vida social, sendo assim cabe aos Conselhos inserirem em suas agendas a discussão e criação de ações e estratégias com caráter intersectorial.

De forma sintética, portanto, infere-se que a intersectorialidade no campo das políticas públicas deve ser trabalhada enquanto um princípio organizativo que confere relação de complementaridade entre as políticas públicas (SPOSATI, 2009). Ou seja, deve atuar sobre o planejamento, efetivação e acompanhamento das ações em sentido ampliado que envolva outros setores de políticas públicas, mas de forma a criar mecanismos ou estratégias que atendam aos interesses de todos os envolvidos no processo de gestão e, primordialmente, aos usuários dos serviços.

E, no caso do setor saúde, aqui em questão, este apresenta inúmeros motivos para que ações neste sentido sejam construídas, haja vista o cenário em que este setor se apresenta atualmente, a necessidade de fortalecer a política pública de saúde e, conseqüentemente, o SUS, o qual enfrenta um contínuo processo de precarização em suas diferentes instâncias e níveis de atenção, dentre outros fatores que já foram destacados.

Por isso, a necessidade dos Conselhos, dentre eles o de saúde, de investir no processo de construção de ações e estratégias com caráter intersectorial, de forma a criar possibilidades para ampliar o debate e atuação nesses espaços, não apenas para o exercício do controle social, mas para novas práticas que incluam diferentes setores de políticas públicas com os gestores do setor saúde, tendo em vista que o próprio SUS, estabelece na Lei 8.080/90 que os espaços dos Conselhos devem construir caminhos que ultrapassem o setor saúde, em uma perspectiva dialógica e de parceria com outras instâncias de políticas públicas.

Sabe-se, contudo, que este é um caminho permeado por limites, que conforme atribuem os autores perpassam por interesses políticos, pela necessidade de superar a lógica fragmentadora das políticas públicas, que pode estar atrelada a essa perspectiva de interesses, tendo em vista que a intersectorialidade requer um trabalho em conjunto e de grande amplitude, o que pode interferir em relações já estabelecidas, por isso a grande dificuldade de articulação entre esses setores. No entanto, infere-se também, que estes desafios devem ser vistos como fio condutor para a compreensão de que a gestão das políticas públicas deve encontrar novos caminhos para o

atendimento das demandas sociais, que possam superar e eliminar vínculos precários.

Baseado nessas inferências, portanto, a pesquisa realizada no Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA) mostra que este espaço trabalha a intersetorialidade em caráter incipiente, pois não foram encontradas nos registros das atas, ações sistematizadas que apresentassem caráter intersetorial, tendo em vista também que os próprios conselheiros entrevistados, indicaram esta não sistematização. Os documentos denotam ações pontuais que ocorreram, porém não aprofundadas em discussão, a exemplo da Etapa Estadual da Conferência de Saúde em 2015, conforme foi destacado. Sendo que, a intersetorialidade está diretamente presente na formulação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), sobre a qual, porém, não foram identificadas ações práticas nos documentos analisados.

Quanto a compreensão dos conselheiros sobre a intersetorialidade, infere-se que os entrevistados apresentaram importantes elementos que conformam a construção deste conceito, o que apesar de não ser uma compreensão ampla sobre a discussão do tema é de suma importância para o debate no CES/PA, assim como demonstra que os conselheiros não estão alheios quanto ao entendimento desta temática. Levando em consideração que, as falas dos entrevistados foram relacionadas, diretamente, as ideias dos autores trabalhados na discussão teórica, de forma a validar as falas dos participantes das entrevistas.

Os conselheiros, também, indicaram limites e possibilidades quanto a efetivação da intersetorialidade nas ações desenvolvidas pelo CES/PA, de tal forma que os elementos apresentados pelos entrevistados estão relacionados a discussão dos autores, o que demonstra que esses conselheiros reconhecem os limites para que o Conselho possa atuar neste sentido, mas que pode ser visto também como um campo promissor para a inovação no cenário da política pública de saúde, uma vez que outros setores de políticas públicas podem participar e articular propostas que fortaleçam o campo da gestão dessas políticas.

Tendo isso em vista, infere-se, portanto, que os espaços dos Conselhos são instâncias privilegiadas que atuam na proposição, deliberação e acompanhamento das políticas públicas, mas que também podem participar da construção de um novo modelo de gestão dessas políticas por meio de ações com caráter intersetorial, conforme destacam os autores trabalhados na discussão teórica.

No caso do CES/PA, as informações encontradas são de grande relevância, mas entende-se que este espaço deve avançar quanto a discussão para que ações neste sentido possam ser sistematizadas e inseridas na agenda do Conselho, haja vista os próprios conselheiros destacarem a importância desta temática para a política pública de saúde, pois por meio dela os outros setores de políticas públicas podem agregar conhecimento e planejar ações que possam atender as necessidades dos usuários em suas diferentes dimensões da vida social.

Atribui-se, portanto, à intersetorialidade importante papel no campo da gestão das políticas públicas enquanto instrumento que pode fortalecer o trabalho dos diferentes setores dessas políticas, dentre elas a saúde. Todavia, este debate deve estar presente, não somente, nos espaços dos Conselhos, mas em todas as instâncias que constituem a rede de atendimento dos serviços, de forma a ultrapassar limites internos e espriar-se para outros setores e poder criar mecanismos e estratégias que constituam a intersetorialidade enquanto princípio organizativo, conforme assevera Sposati (2009), incorporando o diálogo, o trabalho em rede, o planejamento, a participação, dentre outros elementos na prática dessas ações, no sentido de superar a fragmentação das políticas públicas e contribuir para o acesso e qualidade dos serviços oferecidos aos usuários em sua integralidade, conforme pressupõe a intersetorialidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. L. Descentralização e intersetorialidade: desafios para a consolidação da política pública de educação. (org) MONNERAT T, G. L.; ALMEIDA, N. L. T. DE; SOUSA, R.G. DE. In: **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas São Paulo: 1º Ed. Papel Social, 2014.

ALMEIDA, G.; SANTOS, M. C. B. Intersetorialidade na efetivação do processo transsexualizador do SUS: uma indispensável utopia. In: **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais/** MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T. de; SOUZA, R. G. de. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2004. (Tese de Doutorado)

ANDREAZZI, M. de F. S. de. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais/** BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. de (orgs). – São Paulo: Cortez, 2012.

BIDARRA, Z. S. Conselhos gestores de políticas públicas: uma reflexão sobre os desafios para a construção dos espaços públicos. In: **Espaço público e controle social**. Revista Serviço Social & Sociedade. Ed. Cortez. Ano XXVII - nº 88, novembro, 2006, p. 41 - 58.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 8ª ed. Editora Brasiliense, 1983.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde. In: **CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social**. Brasília: UNB – CEAD. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. [et al] (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. – 3. Ed. – São Paulo, Cortez, 2010.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. Participação social e controle social na saúde: a criação dos conselhos de gestão participativa no Rio de Janeiro. In: **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais/** BRAVO, M. I.; MENEZES, J. S. B. de (orgs). – São Paulo: Cortez, 2012.

BURLANDY, L. Um olhar sobre a intersectorialidade a partir da experiência de construção do campo da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. In: Giselle Lavinias Monnerat, Ney Luiz Teixeira de Almeida, Rosimary Gonçalves de Souza; prefácio Vanda Maria Costa Ribeiro (orgs). **A intersectorialidade na agenda das políticas públicas**. – Campinas, SP: Papel Social, 2014, p. 105 – 123.

CAMPOS, E. B. **Assistência social: do controle ao descontrole social**. In. Revista Quadrimestral de Serviço Social. Ano XXVII – n. 88 – Novembro, 2006.

CARNOY, M. **Estado e teoria política**. – Campinas, SP: Papirus, 1998.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

Conselho Estadual de Saúde do Pará. **Regimento Interno do CES/PA**. Aprovado pela Resolução CES/PA nº 051 de 24/10/2012. Publicado no Diário Oficial Nº. 32254 de 03/10/2012.

Conselho Nacional de Saúde. **Documento Orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde Pública de Qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro**. Lei nº 8.142, de 28/12/1990, 2015.

CORREIA, M. V. C. Que controle social na saúde?. In: **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 47 – 78.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. In: Ana Elizabete Mota [et al] (orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009, p. 111 – 138.

DOWBOR, M. Ocupando o Estado: análise de atuação do Movimento Sanitário nas décadas de 1970 e 1980. In: **sociedade e políticas públicas: atores e instituições no Brasil contemporâneo**/CARLOS, E. ; OLIVEIRA, O. P. de; ROMÃO, W. de M. (orgs). Chapecó: Argos, 2014.

Edital de convocação ao CES/PA/**Diário Oficial** Nº. 32.413 de 10/06/2013. (Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/ces/biênio2014/2016-pdf/> Acesso: 23/10/13 às 18:30h).

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**/ GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: **Políticas e**

Sistemas de Saúde no Brasil/ GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. – Brasília, 2ª edição: Liber Livro Editora, 2007.

GAEDTKE, K. M. **As relações intersetoriais nos Conselhos Municipais de Saúde: um estudo de caso nos conselhos de Joinville, Jaraguá do Sul e Balneário Barra do Sul – SC**. Dissertação de Mestrado: Florianópolis, SC, 2011.

GARAJAU, N. I. **Reflexões sobre a intersectorialidade como estratégias de gestão social**. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. CRESS 6ª Região. BH, 2013.

GIL, A. C. Como classificar pesquisas?. In: **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008, p. 41 – 57.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 79 - 108.

IANNI, O. **Construção da categoria**. [s. n. t., mimeo.] (Transcrição de aula no Curso de Pós-graduação em Ciências Sociais da PUCSP, 1º semestre de 1986).

JACCOUD, L. Proteção social no Brasil: debates e desafios. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009, p. 57 – 86.

JACOBI, P. **Movimentos Sociais e Políticas Públicas** – 2ª edição. São Paulo: Cortez, 1993.

JUNQUEIRA, L. A. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. In: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, nov. /dez., 1998.

_____. **Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde**. RAP Rio de Janeiro 34(6): 35-45, Nov. /Dez, 2000.

KLEIN, J. S. **O Conselho Estadual de Saúde - CES/PA em foco: uma análise da participação e do controle social**. – Jundiaí, Paco Editorial. 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. de. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei nº 8.080/90). **Ministério da Saúde**. Brasília/ Distrito Federal, 1990.

Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Senado Federal**, 1990.

MACHADO, L. A. **Construindo a intersectorialidade**, [Online] 2010. Disponível em <portales.saude.sc.gov.br.com>. Acesso em 20/11/2015.

MAGANE, Renata Possi. **Serviços públicos sociais e o terceiro setor**. SC: Busca Legis, 2013.

MAY, T. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENEZES, J. S. B. de. O Conselho Nacional de Saúde na atualidade. In: Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes (orgs). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. – São Paulo: Cortez, 2012, p. 253 – 292.

MINAYO. M. C. de S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 09 - 29.

Ministério da Saúde. **Portaria Nº 968, de 11 de dezembro de 2002**. Secretaria de Atenção à Saúde.

_____. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. de. Intersectorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual. In: Giselle Lavinias Monnerat, Ney Luiz Teixeira de Almeida, Rosimary Gonçalves de Souza; prefácio Vanda Maria Costa Ribeiro. **A intersectorialidade na agenda das políticas públicas**. – Campinas, SP: Papel Social, 2014, p. 41– 54.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social**. _ 3ed. _ São Paulo: Cortez, 2011.

NASCIMENTO, S. do. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas**. In: Serviço Social e Sociedade, Nº 101. jan/mar, 2010.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil/ GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

PEREIRA, P. A. P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: Giselle Lavinias Monnerat, Ney Luiz Teixeira de Almeida, Rosimary Gonçalves de Souza; prefácio Vanda Maria Costa Ribeiro. **A intersectorialidade na agenda das políticas públicas**. – Campinas, SP: Papel Social, 2014, p. 21 – 39.

Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. 3ª edição. Brasília, 2006.

RAICHELIS, R. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, A. E. [et al] (org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília – DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

Regimento eleitoral para escolha das entidades e instituições para compor o CES/PA. (Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/ces/biênio2014/2016-pdf/> Acesso: 23/10/14 às 18:30h).

SANTOS, H. **Políticas públicas, Estado e sociedade**. Civitas, Revista de Ciências Sociais, v. 5. n. 1, jan.-jun, 2005.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, M. O. da S. O Bolsa Família: intersectorialidade – dimensão central na implementação e nos resultados do Programa. In: **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais/** MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T. de; SOUZA, R. G. de. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

SILVA, F. B. & JACCOUD, L. & BEGHIN, N. Políticas Sociais no Brasil: participação social, conselhos e parcerias. In: JACCOUD, L. (org.) **Questão Social e Políticas Públicas no Brasil Contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005, 273 – 407.

SIMÕES, C. O terceiro setor. In: **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2008, p. 445 – 478.

SOUZA, A. L. **Saúde no Estado do Pará: considerações gerais acerca da gestão de políticas públicas no setor**. Paper do NAEA 107: Belém – PA. Setembro, 1998.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Política Pública. In: **Políticas Públicas no Brasil/** HOCHMAN, G. ARRETCHE, M. MARQUES, E. (orgs). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009, p. 13 – 53.

SPOSATI, A. **Especificidade e intersectorialidade da política de assistência social**. Revista Quadrimestral de Serviço Social. ANO XXIV – n. 77 – março, 2004.

STEIN, R. H. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (revisão teórico – conceitual). In: **Descentralização, Cidadania e Participação**. Revista Serviço Social & Sociedade. Ed. Cortez. Ano XVIII – nº 54, julho, 1997, p. 75 – 96.

TEIXEIRA, M. J. de O. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático. In: Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes (orgs). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais.** – São Paulo: Cortez, 2012, p. 55 - 84.

TUMELERO, S. M. Intersetorialidade nas políticas públicas. In: **Seminário Nacional de Sociologia e Política: repensando desigualdades em novos contextos.** Curitiba, 2010.

YASBEK, M. C. Sistemas de proteção social, intersectorialidade e integração de políticas sociais. In: Giselle Lavinias Monnerat, Ney Luiz Teixeira de Almeida, Rosimary Gonçalves de Souza; prefácio Vanda Maria Costa Ribeiro. **A intersectorialidade na agenda das políticas públicas.** – Campinas, SP: Papel Social, 2014, p. 77 - 103.

<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao>. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, 2015. Acesso em: 03/01/2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Identificação do Entrevistado

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Naturalidade: _____

Estado Civil: _____

2. Formação

3. Experiência Profissional

4. Atuação em Conselhos

4.1. Atuação no Conselho de Saúde do Pará (CES)

5. Qual sua assiduidade e participação no CES

6. Qual o papel do CES em relação a política pública de saúde

7. Quais as ações, atividades e projetos desenvolvidos pelo CES

8. Existem ações articuladas com os Conselhos Municipais de Saúde. Quais Conselhos e ações

9. Existem ações articuladas com outros Conselhos de Políticas Públicas. Quais Conselhos e ações

10. Existem ações articuladas com outras instituições. Quais instituições e ações

11. O CES em suas reuniões apresenta deliberações sobre essas articulações

12. Qual sua compreensão sobre intersetorialidade

13. Em sua opinião, a intersetorialidade pode contribuir para a execução da política pública de saúde. De que maneira

14. O CES trabalha ações com estratégias intersetoriais. Quais

15. Como o CES trabalha em sua agenda a intersetorialidade

16. Existem Comissões Intersetoriais para assessoramento do Plano do Conselho. Quais

17. Quais as dificuldades para trabalhar ações com estratégias intersetoriais

18. Enquanto conselheiro o que você considera que pode ser proposto para que ações com estratégias intersetoriais possam ser desenvolvidas

19. Você tem algo mais a declarar

APÊNDICE B



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O S.r. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “Política Pública de Saúde e a Intersetorialidade: Um olhar sobre o Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA)”, de responsabilidade da pesquisadora Thaize de Sousa Medeiros, mestranda do curso de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pará.

Este estudo tem como objetivo apresentar como a intersetorialidade vem sendo trabalhada no cenário da saúde, de forma a atender a população em suas necessidades e direitos. Sua participação na pesquisa, portanto, se dará por meio de uma entrevista, na qual será solicitado (a) a responder a perguntas relacionadas ao tema apresentado.

Esta pesquisa poderá subsidiar nos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, assim como no trabalho desenvolvido pelo CES quanto a política pública de saúde. Os riscos serão mínimos, uma vez que a entrevista ocorrerá em horário previamente agendado. Também não haverá qualquer despesa com a sua participação, uma vez que caberá à pesquisadora os custos da pesquisa. A identidade dos participantes será mantida em sigilo.

Os participantes têm direito de serem mantidos atualizados sobre os resultados que sejam de conhecimento do pesquisador, ficando ao seu critério ter acesso a estes resultados.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima que me foram apresentadas pela assistente social Thaize Medeiros sobre a pesquisa intitulada: “Política Pública de Saúde e a Intersetorialidade: Um olhar sobre o Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES/PA)”, e que me sinto suficientemente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar espontaneamente da pesquisa cooperando com as informações necessárias.

Belém, _____/_____/_____.

Assinatura do participante