

A INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

ANA LUCIA DE LIMA PANSINI

**Dissertação de Mestrado em Política Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social
Universidade Federal do Espírito Santo**

Vitória
Maio de 2011

A INTERSETORIALIDADE ENTRE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES

ANA LUCIA DE LIMA PANSINI

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Aprovada em 19/05/11 por:

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia - Orientadora - UFES

Prof^a. Dr^a. Márcia Smarzaró Siqueira - UFES

Prof^a. Dr^a. Berenice Rojas Couto - PUCRS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Vitória, Maio de 2011**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

P196i Pansini, Ana Lucia de Lima, 1975-
A intersectorialidade entre saúde e assistência social no
município de Vitória/ES / Ana Lucia de Lima Pansini. – 2011.
232 f. : il.

Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Garcia.
Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e
Econômicas.

1. Política de saúde. 2. Assistência social. 3. Ação
intersectorial. I. Garcia, Maria Lúcia Teixeira, 1961-. II.
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências
Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 32

Dedico este trabalho à minha família, ao meu esposo Odair, aos meus filhos Davi e Daniel, aos meus amados professores e amigos que me auxiliaram nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado é resultado de um processo de construção coletiva, por isso, agradecer é preciso.

Agradeço ao meu amado Senhor Jesus Cristo que até aqui me ajudou, me guiou e me sustentou durante todo esse percurso.

À Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia, minha orientadora e mestra, pelo compromisso, seriedade, disponibilidade, paciência, estímulo, amor, e pelas correções e sugestões sempre precisas. A ela, uma pessoa tão especial em minha vida, agradeço pela realização desse sonho, pois suas palavras e incentivo me ajudaram a chegar até aqui.

À Prof^a. Dr^a. Maria Beatriz Lima Herkenhoff, coordenadora do Programa de Pós-graduação em Política Social - PPGPS.

À Prof^a. Dr^a. Márcia Smarzaró Siqueira, coordenadora adjunto do PPGPS.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Ao Sr. Luiz Carlos Reblin, Secretário Municipal de Saúde - SEMUS.

À Josenan de Alcântara Almeida Costa, da Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde e demais profissionais da SEMUS.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS.

À Sr^a. Ana Maria Petronetto Serpa, Secretária Municipal de Assistência Social - SEMAS.

À Isabela Queiroz Coutinho, da Gerência de Atenção à Família – GAF.

À Marilena Bragatto Rangel, coordenadora técnica dos Centros de Referência em Assistência Social – CRAS – de Vitória/ES.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social - SEMAS.

À coordenação da Unidade Básica de Saúde da Família de São Pedro V.

Aos técnicos das equipes 1, 2, 3 e 4 da Estratégia de Saúde da Família de São Pedro V, que participaram da pesquisa.

À coordenação do Centro de Referência de Assistência Social de Santo André.

Aos técnicos do Centro de Referência de Assistência Social de Santo André, que participaram da pesquisa.

Aos professores do PPGPS: Prof^a. Dr^a. Ana Targina Rodrigues Ferraz, Prof^a. Dr^a. Desirée Cipriano Rabelo, Prof^a. Dr^a. Edinete Maria Rosa, Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Cunha Gomes, Prof^a. Dr^a. Vanda de Aguiar Valadão, Prof^a. Dr^a. Eugênia Célia Raizer, Prof. Dr. Izildo Corrêa Leite, Prof. Dr. Luiz Jorge Vasconcellos Pessoa de Mendonça, Prof. Dr. Mauricio de Souza Sabadini, Prof. Dr. PhD Paulo Nakatani e Prof. Dr. Reinaldo Antonio Carcanholo.

À Banca Examinadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia, Prof^a. Dr^a. Berenice Rojas Couto e Prof^a. Dr^a. Márcia Smarzaró Siqueira, pelas sugestões e contribuições oferecidas no Exame de Qualificação.

À Adriana Xavier Rodrigues Pratti e Keidma Marize Lozório, secretárias do mestrado, pela disponibilidade, carinho e atenção dispensada.

À Sandra Almeida Campos, pelas orientações e ajuda com as referências.

À todos (as) os profissionais do Centro de Documentação da UFES - CEDOC-UFES.

Aos professores e demais profissionais do Departamento de Serviço Social.

À Maria Helena Elpídio Abreu, minha orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso, pelas palavras de estímulo que me ajudaram sonhar e ingressar no mestrado.

À equipe de pesquisadores do Grupo de Pesquisa intitulado: “A política de Assistência Social e suas particularidades no Estado do Espírito Santo”.

Aos alunos da turma 2010/1, que freqüentaram a disciplina optativa tópicos especiais em serviço social – “Intersectorialidade entre a Política de Assistência Social e a Política de Saúde” -, pelas reflexões realizadas em sala de aula.

Aos colegas de mestrado da turma de 2008, pela torcida e amizade: Aline Fardin Pandolfi, Anailza Perini de Carvalho, Andréia Lima de Cristo, Andressa Nunes Amorim, Camila Lopes Taquetti, Fátima do Amaral Teixeira, Nildete Virginia Turra Ferreira e Thiago Piloni e Silva.

Aos colegas de mestrado da turma de 2009, meus contemporâneos, pelo amor, carinho e ajuda a mim dispensada: Aline Pinheiro Schultz, Charles Travezani de Jesus, Flaviane Cristina de Oliveira Ferreira, Leandra Maria Borlini Drago, Luciana Silvestre Girelli, Roberta Daniel de Carvalho F. Borba, Vicente de Paulo Colodeti, incluindo Josicleia Stelzer Zanelato e Tânia Maria Silveira (turma de 2010).

Aos amigos, Valber Ricardo dos Santos e Camila Costa Valadão, pela amizade e apoio nos momentos de estudo em preparo à seleção do mestrado.

À Marizete da Penha Rui, Nayara dos Santos Gonçalves, Paula Aristeu Alves.

À Mirella Souza Alvarenga, e demais componentes do FÊNIX, pela cooperação na pesquisa.

Aos amigos e amigas da Pró-Reitoria de Extensão da UFES.

À amada amiga-irmã, Eliane Selga da Silva Barbosa e família, pelo apoio e intercessões a mim dispensadas.

À minha mãe, meu pai e irmãos e, demais familiares, pelo amor e carinho.

E, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho.

Os que lutam
Há aqueles que lutam um dia; e por isso são muito bons;
Há aqueles que lutam muitos dias; e por isso são muito bons;
Há aqueles que lutam anos; e são melhores ainda;
Porém, há aqueles que lutam toda a vida; esses são os imprescindíveis.
(Bertolt Brechet)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 METODOLOGIA	33
2.1 OS GRUPOS FOCAIS	40
3 INTERSETORIALIDADE	44
3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE	54
3.1.1 Da 7ª a 13ª CNS e o debate sobre a intersectorialidade	66
3.1.2 O SUS, a Estratégia de Saúde da Família e a intersectorialidade	89
3.2 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE	102
3.2.1 As CNAS e a intersectorialidade	109
3.2.2 O SUAS, a Proteção Social Básica e a intersectorialidade	130
4 INTERSETORIALIDADE ENTRE CRAS E ESF: OS (DES) CAMINHOS DE UM PERCURSO	145
4.1 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DAS EQUIPES DO CRAS E DA ESF	145
4.1.1 O Centro de Referência da Assistência Social de São Pedro, território I, e a ação intersectorial	145
4.1.2 A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São Pedro V e a ação intersectorial	186
4.1.3 Intersectorialidade: o que (não) temos!	196
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	202
6 REFERÊNCIAS	210
APÊNDICES	228
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	229
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL PARA ESF1 E PAIF1	230

ANEXO	231
ANEXO 1 – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – UFES	232

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos da área da Assistência Social e da Saúde selecionados para o estudo	36
Quadro 2 - Síntese do debate sobre a intersetorialidade nas Conferências Nacionais de Saúde	87
Quadro 3 - Composição da equipe de referência do CRAS – território I	146
Quadro 4 – Ações realizadas pelo CRAS - território I	159
Quadro 5 – Oficinas realizadas pelo CRAS – território I.	167
Quadro 6 – Composição das equipes da ESF da USF São Pedro V	187
Quadro 7 - Dificultadores e facilitadores do processo intersetorial na perspectiva da ESF e do CRAS - território I.	198

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da Regionalização da Saúde de Vitória, 2007	34
Figura 2 - Rede SUS	94
Figura 3 - Parceiros da ESF na constituição da Rede	101
Figura 4 - Parceiros do CRAS e CREAS na constituição da Rede	133
Figura 5 – Serviços socioassistenciais do CRAS e a ele articulados	149
Figura 6 – Articulação do CRAS com a rede socioassistencial do território	152
Figura 7 – Articulações intrainstitucionais do CRAS	155
Figura 8 – Articulações intersetoriais do CRAS	157
Figura 9 – Articulações intersetoriais do CRAS	163
Figura 10 – Articulações intersetoriais do CRAS	166
Figura 11 - Instituições participantes das reuniões da Rede Socioassistencial da região São Pedro	181
Figura 12 – Instituições componentes da Câmara Territorial da Região São Pedro	182
Figura 13 – Principais parceiros da ESF em Nova Palestina	190
Figura 14 - Concepção dos técnicos do CRAS acerca da intersetorialidade	196
Figura 15 - Concepção dos técnicos da ESF acerca da intersetorialidade	197

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AB	Atenção Básica
ABONG	Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais
ACARD	Associação Capixaba de Redução de Danos
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADHIP-ES	Associação de Diabéticos e Hipertensos do Estado do Espírito Santo
ADRA	Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANASSELBA	Associação Nacional dos Servidores da Legião Brasileira de Assistência Social
ANC	Assembléia Nacional Constituinte
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
ASEFs	Ações Sócio-Educativas com as famílias
AS	Assistência Social
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAJUN	Caminhando Juntos
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CAVVID	Centro de Atendimento às Vítimas de Violência e Discriminação
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CD	Compact Disc
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social

CIA	Companhia
CIB	Comissões Intergestoras Bipartite
CIC	Centro Integrado de Cidadania
CIT	Comissões Intergestoras Tripartite
CLAS	Comissão Local de Assistência Social
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CNAS	Conferência Nacional de Assistência Social
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CODESA	Companhia Docas do Espírito Santo
COGER	Comitê Gestor de Diretores das Unidades de Saúde
COPS	Clínica de Orientação Psicológica e Social
CPS	Coletivo de Proteção Social
CPS	Comitê de Políticas Setoriais
CPTT	Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CT	Câmara Territorial
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DC	Defesa Civil
DHESCAs	Direitos Humanos, Econômicos, Culturais e Ambientais
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAESA	Faculdade Espírito-santense de Administração

FAM	Família Multiplicadora
FEA	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
FEMB	Fundação Educacional Monte Belo
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FNS	Fundação Nacional da Saúde
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
GAF	Gerência de Atenção à Família
GAS	Grupo de Acolhimento Social
GIM	Gerência de Informações Municipais
GSA	Gerência de Segurança Alimentar
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCAPER	Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural
INESC	Instituto de Estudos Socioeconômicos
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IQU	Índice de Qualidade Urbana
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MAS	Ministério da Assistência Social
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MESA	Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar
MG	Minas Gerais
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRS	Movimento pela Reforma Sanitária

MS	Ministério da Saúde
NAF	Núcleo de Atendimento à Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUCAVI	Núcleo Contra a Violência ao idoso
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
Oscip	Organizações da sociedade civil de interesse público
PAB	Piso de Atenção Básica
PAB-A	Piso da Atenção Básica Ampliado
PAC	Programa de Atenção à Criança
PAC	Programa Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	Programa de Atenção Integral à Saúde
PB	Paraíba
PBF	Programa Bolsa Família
PCS	Programa Comunidade Solidária
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRE-Mare	Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério da Administração e da Reforma do Estado
PEF	Plano de Emancipação Familiar
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PFC	Programa Família Cidadã
PFL	Partido Frente Liberal
PGRFM	Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima
PJAS	Políticas de Juventude de Assistência Social
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico
PNIJ	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Plenária Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPB	Partido Progressista Brasileiro
PPGPS	Programa de Pós-Graduação em Política Social
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
ProJovem	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PRONAM	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PRONASCI	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PSAN	Programa Segurança Alimentar e Nutricional
PSB	Proteção Social Básica
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSE	Proteção Social Especial
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC	Pontifícia Universidade Católica
PUCSP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RH	Recursos Humanos
RJ	Rio de Janeiro
RS	Reforma Sanitária
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SALESIANA	Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SEDU	Secretaria de Estado da Educação
SEGES	Secretaria de Gestão Estratégica

SEHAB	Secretaria de Habitação
SEJUS	Secretaria de Estado da Justiça
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEMCID	Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos
SEME	Secretaria Municipal de Educação
SEMMAM	Secretaria Municipal de Meio Ambiente
SEMSU	Secretaria Municipal de Segurança Urbana
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SESI	Serviço Social da Indústria
SETGER	Secretaria de Trabalho e Geração de Renda
SETRAN	Secretaria Municipal de Transportes
SF	Saúde da Família
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOSF	Serviço de Orientação Sócio-Familiar
SP	São Paulo
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnica de Higiene Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UIP	Unidade de Inclusão Produtiva
UMAPAZ	Universidade Aberta do Meio Ambiente e da Cultura de Paz
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

RESUMO

A proposta deste estudo é analisar se (e como) as equipes do Programa de Atendimento Integral à Família – Centro de Referência de Assistência Social - e da Estratégia Saúde da Família – Unidade Básica de Saúde da Família -, no território de São Pedro (Vitória/ES), estruturam suas ações dentro da lógica intersetorial e refletir como o tema da intersetorialidade se coloca como desafio aos técnicos na operacionalização das políticas de Assistência Social e de Saúde. Realizou-se pesquisa qualitativa englobando pesquisa documental e entrevistas (individual e grupal). As entrevistas individuais foram realizadas com a coordenação do CRAS, território I e com a coordenação da UBSF de São Pedro V, e os grupos focais envolveram os profissionais do CRAS e das equipes da ESF. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. A intersetorialidade aparece como um dos pressupostos tanto da política de saúde quanto da política de assistência social, ora como integração, ora como articulação, sempre atrelada à dimensão técnica e operativa. No município de Vitória/ES, a intersetorialidade está presente tanto nos Planos Municipais de Saúde (2006-2009 e 2010-2013), quanto no Plano Municipal de Assistência Social (2006-2009). Em relação ao CRAS, os técnicos buscam realizar suas atividades em articulações com outros setores, sendo estas caracterizadas por encaminhamentos aos serviços da rede sociassistencial do território e através do desenvolvimento de palestras que acabam focando o desenvolvimento de capacidades e habilitações dos usuários. Nas ações dos técnicos da ESF o que predominou foi a ênfase aos entraves à realização da intersetorialidade, relacionadas à grande demanda por atendimento, existente no território, à falta de profissionais, de espaço físico inadequado, o que, por sua vez, obstaculizam o desenvolvimento do trabalho das equipes, e principalmente, o planejamento intersetorial. Os técnicos (do CRAS e da ESF) reconhecem a importância da intersetorialidade, mas, apontam a falta de diálogo entre os setores como empecilho ao desenvolvimento do trabalho conjunto.

Palavras Chaves: política de saúde; assistência social; ação intersetorial.

ABSTRACT

This study aims at analyzing whether (and how) Whole Family Care Program teams (Social Care Reference Center) and Family Health Strategy (*ESF*) teams (Family Basic Health Care Unit) in the São Pedro area (Vitória-ES, Brazil) structure their actions within the boundaries of intersectorial logic, as well as reflecting on how the intersectoriality theme is set as a challenge for technicians to operationalize social and health care policies. A qualitative study including documental research and group and individual interviews was carried out. The individual interviews were performed with the coordination board of CRAS (Social Assistance Reference Center) territory I and the coordination board of São Pedro V *UBSF* (Basic Family Healthcare Unit). The focus groups involved CRAS professionals and *ESF* teams. The data were analyzed using the content analysis approach. Intersectoriality appears as one of the premises of both health care policy and social assistance policy, either as integration or interaction, but always linked to the technical and operational sphere. In the city of Vitória-ES, Brazil, intersectoriality is present in both Municipal Health Plan (2006-2009 and 2010-2013) and Municipal Social Assistance Plan (2006-2009). As far as the CRAS is concerned, its technicians aim at performing their activities interacting with other sectors, referring individuals to social assistance services in the territorial network or giving lectures that ultimately focus on developing users' capabilities and skills. In the actions of the *ESF* technicians, the emphasis on the obstacles to realizing intersectoriality predominated. It referred to the large demand for care services in that territory, and the lack of professionals and proper physical space, which hinder the work of these teams and, most importantly, the intersectorial planning. The *CRAS* (Social Assistance Reference Center) and *FHS* (Family Health Strategy program) technicians acknowledge the importance of intersectoriality, but point out at the poor dialogue between sectors as hindrance to developing team work.

Keywords: Health policies; social assistance; intersectorial action.

1 INTRODUÇÃO

"Não é bastante ter ouvidos para ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma. Daí a dificuldade..." (Rubem Alves).

Entender a intersetorialidade entre as políticas de Assistência Social e de Saúde requer construir um caminho no qual é *mister* compreender o sistema de proteção social brasileiro, tendo como marco a instituição da Seguridade Social, refletindo suas particularidades históricas intrinsecamente relacionadas ao contexto econômico, político e social. Buscaremos aqui pensar a proteção social no Brasil, a construção e o desmonte da Seguridade Social brasileira e aí inserida a Assistência Social e a Saúde. Pensar a proteção social exige que o analista reconheça “as condições de desigualdades originárias constantes na sociedade capitalista e o tensionamento presente na efetivação das políticas de caráter distributivas” (COUTO, 2009, sp). Entenderemos proteção social como um sistema¹ mediado por um conjunto de relações entre Estado e sociedade que articula os patamares de cidadania e direitos sociais (MENDES; WUNCH; COUTO, 2009).

Como um conceito amplo, a proteção social, desde meados do século XX, engloba a seguridade social (ou segurança social), o assecuramento ou garantias à seguridade e as políticas sociais (PEREIRA, 2000). A primeira constitui um sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos. O assecuramento identifica-se com as regulamentações legais que garantam ao cidadão a seguridade social como direito. E as políticas sociais constituem uma política pública que visa concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros. Neste sentido, a proteção social não é sinônimo de tutela nem deverá estar sujeita a arbitrariedades, assim como a política social – parte integrante do amplo conceito de proteção – poderá também ser denominada de política de proteção social (PEREIRA, 2000). A proteção social será aqui entendida como “produto histórico das lutas do trabalho, na medida em

¹ O conceito de sistema de proteção social é aqui utilizado em sentido abrangente.

que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato” (MOTA, 2006, p. 1). Nesse aspecto, as políticas sociais são, ao mesmo tempo, uma conquista da classe trabalhadora e uma estratégia do capital de incorporação de parte das necessidades do trabalho (MOTA, 2006).

No Brasil, o sistema de proteção social tem como marco a Seguridade Social, instituída com a promulgação da Constituição Federal de 1988² (CF/1988). Este sistema de proteção social teve suas particularidades ao se constituir, pois não se ancorou no pleno emprego e nem na expansão dos serviços sociais universais conforme ocorreu nos países capitalistas avançados (PEREIRA, 2000). A constituição das políticas sociais brasileiras foi marcada pela dependência econômica e pelo domínio colonialista a que foi submetido o país, desde os primórdios da colonização (PEREIRA, 2000; COUTO, 2008).

No processo de construção do sistema de proteção social brasileiro³ têm-se como principais características: a) a política social brasileira expandiu-se nos períodos “mais avessos à instituição da cidadania” – governo militar –; b) sua configuração carrega marcas de intervenções públicas seletivas, adoção de medidas autoritárias e desmobilizadoras da classe trabalhadora, e; c) estabelecimento de esquemas universais e não contributivos de implementação de benefícios e serviços, sendo esse processo mesclado às “práticas clientelistas, populistas, paternalistas e de patronagem política”, presente na tradição brasileira (PEREIRA, 2000, p. 127).

Com a Constituição Federal de 1988 houve o rompimento com a lógica fragmentada de implementação das políticas sociais, buscando-se, por meio da Seguridade Social, dar um sentido amplo à área social, trabalhando na lógica da ampliação dos direitos sociais e inserção da noção de responsabilidade do Estado brasileiro na implementação de tais políticas (COUTO, 2008). A seguridade social proposta passou a ter como concepção

² Para uma revisão histórica de Seguridade Social no Brasil e no mundo recomenda-se a leitura de Behring e Boschetti (2007), Boschetti (2006), Couto (2008), Pereira (2000) e Mota (2008).

³ Para aprofundamento histórico sobre a trajetória de constituição do sistema de proteção social brasileiro no período que antecede a CF/88, consultar Couto (2008).

um sistema de proteção integral ao cidadão, tendo o dever de protegê-lo, seja no exercício da sua vida laboral, na falta dela, na velhice e nos diferentes imprevistos que tiver que enfrentar, tendo para sua cobertura ações contributivas para com a política previdenciária e ações não-contributivas para com a política de saúde e assistência social (COUTO, 2008).

O processo de redemocratização do país, a aprovação da nova Carta magna e a implementação da legislação da Seguridade Social ocorreram em um contexto de efervescência dos anos 1980-90. No plano internacional, estas duas décadas foram marcadas pela reconfiguração do papel do Estado articulada a uma reação da burguesia à crise do capital, iniciada nos anos de 1970 – relacionada à superprodução, acompanhada pelo agravamento do desemprego devido à introdução de técnicas de trabalho poupadora de mão-de-obra, pela alta dos preços das matérias-primas, etc (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). O capitalismo administrou essa crise à sua maneira, por meio de estratégias de reanimação monetária ao estilo keynesiano, ou seja, “o Estado atuou como almofada amortecedora anticrise” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 116). Como seqüelas dessa crise, o capitalismo passou a ser marcado pela recessão e inflação, baixo índice na produção industrial e não-absorção do desemprego gerado pela própria recessão que passou a ser crescente (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Entre 1980-82 viveu-se uma nova crise, desencadeada nos Estados Unidos, onde as saídas monetaristas e as alternativas para a recuperação depararam-se com a crise fiscal do Estado e com os riscos de inflação crescente. Como saída para a crise houve uma revolução tecnológica e organizacional na produção denominada de reestruturação produtiva visando a retomada das taxas de lucro, desvinculada do crescimento e do pleno emprego – influenciando as ações realizadas pelos Estados nacionais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). A reestruturação produtiva influencia a política macroeconômica provocando a desestruturação do mercado de trabalho, passando a ocorrer com isso, desestruturação das conquistas do período anterior – *Welfare State* -, em especial dos direitos sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

Esse contexto, caracterizado por reduzidos índices de crescimento e por altas taxas de inflação, foi terreno propício à disseminação dos argumentos neoliberais que passou a atacar o Estado social. Defendiam que o Estado não deveria intervir na regulação das relações do trabalho, pois isso impedia o crescimento econômico e a criação de empregos. Da mesma forma, a proteção social garantida pelo Estado prejudicava o desenvolvimento econômico, aumentando o consumo e diminuindo a poupança da população (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Com base nesses argumentos, os neoliberais passaram a defender uma programática em que o Estado não deveria intervir na regulação do comércio exterior e nem nos mercados financeiros. Sustentavam a estabilidade monetária como meta suprema que implicava a contenção dos gastos com o social, manutenção do desemprego e ajustes fiscais no âmbito do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2007). Tais princípios foram assumidos, a partir de 1970, por países da Europa e dos Estados Unidos e também no Brasil (a partir da segunda metade da década de 1980-90, principalmente, no governo Collor, sendo aprofundadas nos governos Fernando Henrique Cardoso e Lula⁴) (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

É nesse terreno de desestruturação do Estado social, dos direitos sociais adquiridos via políticas sociais e de enfraquecimento dos sindicatos e movimento operário (no plano internacional) e de recrudescimento em nível nacional, que foi promulgada a Constituição brasileira, considerada cidadã por acolher em seu interior a demanda por direitos sociais. Essa mudança de concepção no âmbito do sistema de proteção social brasileiro foi priorizada graças à mobilização da sociedade (PEREIRA, 2000; COUTO, 2008).

A Seguridade Social, instituída na Constituição Federal de 1988, nos artigos 194 e 195 é composta pela associação das três políticas sociais: previdência social, saúde e assistência social que, em tese, devem ser realizadas articuladamente para garantir os direitos sociais dos cidadãos brasileiros, por meio de uma “rede de proteção ampliada, coerente e consistente” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p. 158). O conceito de

⁴ Não há reflexões sistemáticas do governo Dilma, mas, até o momento, não há indicações de mudanças na política econômica.

seguridade inscrito na lei maior do país fundamentava-se na lógica da ampliação dos direitos sociais (COUTO, 2008). A autora destaca que a CF/88 foi aprovada a partir de uma lógica conceitual bastante nova para a sociedade brasileira, baseada nos princípios do *Welfare State*, de recorte social-democrata. Entretanto, quanto ao âmbito conceitual, a seguridade social brasileira “acompanha os projetos implementados nas sociedades do capitalismo avançado, com dois grandes problemas de fundo”: a) foi aprovada com quarenta anos de atraso e; b) “sua inscrição num contexto onde há uma nova configuração do capitalismo internacional”, regido pelo neoliberalismo que prima pela destruição dos direitos sociais e das políticas de cunho universal (COUTO, 2008, p.160). A seguridade social brasileira já nasceu com dificuldades de toda ordem, principalmente, no tocante à não criação de um orçamento próprio, que tinha como finalidade principal constituir-se em um espaço próprio e integrador das ações relativas à previdência, à saúde e à assistência social, assegurando a apropriação de recursos do orçamento fiscal (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

Do ponto de vista do orçamento – que seria o principal propiciador de articulação -, as três políticas sociais tornaram-se gradativamente discriminadas (setorializadas) (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006). Além disso, os recursos que deveriam ser canalizados e direcionados para a Seguridade Social, foram retidos pelo Orçamento da União e utilizados em prol do *superávit* primário. Assim, o financiamento da Seguridade Social no Brasil é marcado pela separação das fontes de custeios com três orçamentos diferenciados, independentes, visão reforçada a partir da reforma da Previdência Social, em 1998 (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

O que se tem hoje são políticas sociais, embora componentes da Seguridade Social, funcionando setorializadas, com legislação e fundos orçamentários próprios: Previdência Social vinculada ao Ministério da Previdência Social (MPS), Saúde vinculada ao Ministério da Saúde (MS) e Assistência Social vinculada ao Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome (MDS). Na atualidade não existe o Ministério da Seguridade Social, não existe um orçamento único para a Seguridade, que financie as três políticas, mas sim, cada uma tem receitas estipuladas separadamente (VIANNA, 2007).

Mesmo inserida em um terreno de contradições, Boschetti e Salvador (2006) afirmam que a Seguridade Social brasileira é uma das principais conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, sendo definida como um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, incluindo também a proteção ao trabalhador desempregado (seguro-desemprego). Alguns autores qualificam a seguridade social brasileira como um **sistema inconcluso** (FLEURY, 2004a), outros afirmam que ocorreu uma **metamorfose inconclusa do seguro para a Seguridade Social** (TEIXEIRA, 1990), e outros ainda entendem que ela permanece **entre o seguro e a assistência** (BOSCHETTI, 2003).

Seja como for, a Seguridade Social a partir da promulgação da CF/88, passou a ser o marco do sistema de proteção social brasileiro, representando uma profunda transformação no padrão de proteção social por passar a estruturar sua organização e seu formato baseado na busca da universalização da cidadania (FLEURY, 2004). A intenção da aprovação desse conceito de seguridade foi a busca pelo rompimento com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal de trabalho, no qual os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, fundamentados nos princípios da justiça social, devendo estender universalmente a cobertura e a integrar as estruturas governamentais (FLEURY, 2004).

Considerando o nosso objeto de estudo – intersectorialidade entre saúde e assistência social –, nos deteremos no estudo dessas duas políticas.

Na contemporaneidade, a política de saúde abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, e tem o dever, conforme a CF/88, de garantir o acesso integral, universal e gratuito a toda a população do país. O sistema de saúde anterior à década de 1980 dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os que não possuíam direito algum por não estarem inseridos no mercado formal de trabalho – considerados “incapazes” ou “inaptos” para o trabalho – que ficavam à mercê das

benesses das entidades filantrópicas que realizavam ações de saúde (BOSCHETTI, 2006). Mas, a partir da década de 1970, ganha força o Movimento pela Reforma Sanitária (MRS) que inicia sua luta para que a saúde fosse direito de todos (e não apenas daqueles que se encontravam inseridos no mercado formal de trabalho) (CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr, 2001; BRAVO; MATOS, 2007; PAIM, 2007; SANTOS, 2009).

Na CF/88, em seu artigo 196, lê-se: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e o acesso às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação deve ser “**universal e igualitário**” (BRASIL, 1988, p. 98). Apesar de o texto constitucional conter inegáveis avanços, forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes, impediu a concretização da proposta da Reforma Sanitária. O projeto de saúde universal, construído na década de 1980, foi desconstruído (BRAVO, 2006). A Saúde ficou vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade e a responsabilizando para assumir os custos relativos à busca de soluções de seus problemas, ou seja, ocorre a “consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado” em detrimento da universalidade (BRAVO, 2006, p. 99).

A assistência social, por seu turno, antes de 1988 não era direito e nem dever do Estado, mas praticada de forma privada por pessoas ou por instituições religiosas, desde seus primórdios, no sentido da ajuda e da caridade (MARTINELLI, 2007). Tradicionalmente, a assistência⁵ era realizada por entidades filantrópicas através de ações pontuais de caráter emergencial, marcadas pelo primeiro *damismo*⁶. Sua ação baseava-se em valores e interesses vinculados à ajuda, ao dever moral, à vocação religiosa ou então, em práticas eleitoreiras, clientelistas e populistas, predominando nessa época, o assistencialismo. No “uso distorcido e perverso da assistência, o foco da ação não era a satisfação das necessidades básicas dos cidadãos” (PEREIRA, 2007, p. 64). Era vista como uma atividade cuja realização centrava-se nas pessoas

⁵ O Estado realizava algumas intervenções nessa área, contudo, caracterizava-se por ações fragmentadas, descontínuas e/ou na forma de programas diluídos em outras políticas sociais.

⁶ A Legião Brasileira de Assistência (LBA) foi a primeira instituição, criada em 1942, caracterizada pelo primeiro *damismo*, ou seja, geralmente eram as primeiras-damas as presidentes de instituições que prestavam assistência social.

pobres, de modo que a pobreza aparece como condição básica e necessária para sua determinação e justificação (PEREIRA, 1996).

A partir de 1988, a Assistência Social passa a política pública e de seguridade social, direito social e de cidadania e dever do Estado (PEREIRA, 1996), definida no âmbito das leis, dos conceitos, das idéias e “até das utopias” (PEREIRA, 2007, p. 65). A partir de então, “remando contra a corrente liberal dominante, a assistência social vem, desde o início da década de 1990, constituindo-se, ironicamente, em importante espaço de construção de projetos sociais contra-hegemônicos” (PEREIRA, 2007, p. 65-66).

Em ambas as políticas em tela, um dos pressupostos que orientam suas implementações, é a intersetorialidade colocada como condição para a gestão eficiente dessas – e condição *sine qua non* para a efetivação do direito –, por isso, se faz mister aqui buscar entendê-la.

A proposta deste estudo é analisar se (e como) as equipes do Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), no território de São Pedro (Vitória/ES), estruturam suas ações dentro da lógica intersetorial e refletir como o tema da intersetorialidade se coloca como desafio aos técnicos na operacionalização das políticas de Assistência Social e de Saúde. No estudo, buscou-se: refletir sobre a Política Nacional de Assistência Social e a Política Nacional de Saúde nos marcos da Seguridade Social; refletir sobre o conceito de intersetorialidade e como este é apresentado pela literatura brasileira; identificar qual a concepção de intersetorialidade inscrita na política de Saúde e na política de Assistência Social; descrever o trabalho realizado pelas equipes do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) no território de São Pedro (Vitória/ES); analisar se no planejamento das ações dos técnicos do PAIF e da ESF há indicação de ações intersetoriais; identificar, nas iniciativas intersetoriais das equipes, a rede de atores e setores envolvidos neste processo; apreender como os técnicos do PAIF e da ESF compreendem a intersetorialidade e como buscam articulação com os equipamentos sociais no atendimento da população de suas áreas adstritas; apontar

fatores restritivos e facilitadores à implementação da prática intersetorial pelos técnicos do PAIF e da ESF.

A intersetorialidade é tema da agenda da pesquisa nas áreas da saúde e das ciências sociais. Ela é um dos pressupostos inscritos na política de saúde e de assistência social - aparecendo nas normalizações, como sinônimo de integração e de articulação. É discutida como questão que envolve: a) a gestão de políticas públicas (INOJOSA, 2001; MACHADO; PORTO, 2003; JUNQUEIRA, 2004; COMERLATTO et al, 2007); b) a interface desta com o terceiro setor (CKAGNAZAROFF; MELO; CARVALHO, 2005); c) como tema específico da política de saúde (WESTPHAL; MENDES, 2000; GALINDO, 2004; ABREU, 2009). Nosso foco neste estudo é pensar a intersetorialidade como articulação – planejamento, execução e avaliação conjunta de programas, projetos e/ou ações - envolvendo duas políticas públicas: saúde e assistência social.

O debate sobre a intersetorialidade despontou na área da saúde, na segunda metade do século XIX vinculada ao Movimento de Reforma Médica Alemã, iniciativa da classe média liberal, que não questionava o direito de propriedade, nem os dos meios de produção (ANDRADE, 2004). A classe trabalhadora alemã, nesse período, vivenciava uma série de conseqüências provocadas pelo sistema capitalista de produção em sua fase industrial, cuja reação resultou greves e manifestações em torno do tempo da jornada de trabalho e também do valor a ser pago pela força de trabalho em forma de salário (ABREU, 2009). A discussão sobre Medicina Social e a intersetorialidade inserem-se no interior das intencionalidades do sistema capitalista desejoso pela acumulação de capital e no processo de produção e reprodução da força de trabalho (ABREU, 2009). Ambas as discussões estão pautadas na concepção de que a saúde, vista de uma maneira estritamente biológica, é incapaz de alcançar resultados significativos e de manter a força de trabalho dos operários. O Estado, então, passa a intervir na formulação e execução de ações que passam a ser necessárias e, estas devem ultrapassar o setor saúde, tendo em vista a manutenção da força de trabalho apta a mover o sistema capitalista (ABREU, 2009; ANDRADE, 2004).

No século XX, a proposição da intersectorialidade em saúde aparecerá nos principais planos e programas de organismos internacionais e no Plano Decenal de Saúde Pública e Aliança para o Progresso (FERREIRA; SILVA, 2005). A partir da década de 1960, recomendações para a adoção da intersectorialidade foram feitas em diversos documentos e eventos oficiais (FERREIRA; SILVA, 2005). A discussão da intersectorialidade se disseminou no final da década de 1970, face à eclosão de uma série de conferências internacionais, principalmente, da conferência internacional de Alma-Ata⁷ (ABREU, 2009).

No Brasil, a proposta da intersectorialidade existe desde a década de 1970 inserida no Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico (PND) para o período de 1975 -79 e na 7ª Conferência Nacional de Saúde. Inscrita como objetivo da Política Nacional, a intersectorialidade foi incluída no Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS) e no Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM) (FERREIRA; SILVA, 2005). Em 1980 entrou na pauta de discussão da política de saúde brasileira, a partir da 7ª Conferência Nacional, sendo discutida na Plenária Nacional de Saúde (PNS) e debatida como responsabilidade do Estado em termos de sua efetivação (ABREU, 2009)⁸.

A implementação da intersectorialidade relaciona-se a racionalidade que defende uma “nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços voltados para uma nova prática sanitária” na qual todos possam ter acesso às ações de saúde – princípio da integralidade (FERREIRA; SILVA, 2005, p. 107).

Além de fazer parte da agenda de discussão da política de saúde, a intersectorialidade, na década de 1980, apareceu em diferentes contextos e políticas públicas como eixo estratégico de articulação de ações entre setores. O argumento justificador era o de que para a resolução dos problemas dos cidadãos faz-se necessária a sua

⁷ Para aprofundar a discussão da intersectorialidade nas Conferências Internacionais de Saúde recomenda-se a leitura de Abreu (2009, p. 52-70).

⁸ Nesse debate ela apareceu como aspecto técnico – associada à implementação de conceitos difundidos pelo movimento pela reforma sanitária em termos operacionais – e como aspecto político – capacidade da PNS em fomentar discussão entre setores sociais que tem diferentes formas de organização e expressão em torno de uma luta política que defendia o direito à saúde como dever do Estado e direito de todos, democracia e mudanças sociais (ABREU, 2009) .

consideração em sua totalidade e não de forma fragmentada por apenas uma política (JUNQUEIRA, 1997). De acordo com essa argumentação, uma determinada política apenas não dá conta de responder às necessidades dos sujeitos sociais, por isso se faz *mister* a articulação entre os diversos segmentos (públicos ou privados) para o enfrentamento dos problemas apresentados.

Com essa perspectiva, a partir da década de 1990, passou a ocorrer no Brasil o desenvolvimento de experiências de descentralização que incorporaram em alguma medida as ações intersetoriais. O incremento da discussão sobre intersectorialidade apareceu vinculado em geral à discussão da descentralização (reformas administrativas em âmbito municipal tendo como eixo articulador o tripé: descentralização, intersectorialidade e formação de redes) (FERREIRA; SILVA, 2005). De 1995 em diante, a intersectorialidade passou a fazer parte também da agenda das Conferências Nacionais de Assistência Social, ora aparecendo como integração, ora como articulação, sempre relacionada à dimensão técnica e operativa.

Para analisar a articulação entre as políticas de saúde e de assistência social⁹, é necessário refletir sobre as particularidades constitutivas de cada uma delas (trajetória, processo, etc.) para depois pensar a articulação de ambas que são mediadas por um conceito de seguridade social – proposto para garantir a proteção social por meio de ações integradas destinadas ao asseguramento dos direitos relativos à previdência social, à saúde e à assistência social – que, na prática, encontra-se caracterizado pela fragmentação das próprias políticas que a compõe.

O percurso aqui irá resgatar as políticas de saúde e de assistência social - e nelas destacar o nível de atenção básica - para compreender os sentidos e as implicações que a intersectorialidade trará a essas políticas -, pois é nele que a intersectorialidade

⁹ No semestre 2010/1 ministrei a disciplina (optativa) Tópicos Especiais em Serviço Social – **A Intersectorialidade entre a Política de Assistência Social e a Política de Saúde** –, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no curso de graduação em Serviço Social. Os alunos se mostraram muito interessados na temática, sugerindo que a mesma fosse ofertada novamente. Em setembro de 2010, foi ministrada palestra para os alunos da disciplina de Estágio Supervisionado, do Curso de graduação em Serviço Social da UFES, referente à mesma temática, com foco na discussão conceitual da categoria e nas experiências intersectoriais realizadas no território brasileiro.

deverá ser executada pelos técnicos do CRAS¹⁰ e da ESF, conforme previsto nos documentos de ambas as áreas.

Como estratégia de organização do argumento, inicialmente apresenta-se o caminho metodológico aqui adotado. Como um caminho longo e urdido lentamente, sua descrição requer remontar um trajeto no qual “[...] há dias de prazer e dias ruins. Já não sou mais quem era antes” (Herbert Vianna).

¹⁰ Em setembro de 2010 foi ministrada a palestra intitulada “Intersetorialidade: uma discussão necessária”, na reunião da Rede Socioassistencial realizada no CRAS de Resistência, território II, por solicitação dos profissionais dos dois Centros de Referência da Assistência Social de São Pedro.

2 METODOLOGIA

A gente pensa uma coisa, acaba escrevendo outra e o leitor entende uma terceira coisa... e, enquanto se passa tudo isso, a coisa propriamente dita começa a desconfiar que não foi propriamente dita (Mario Quintana).

A orientação metodológica deste estudo se fundamentou no método crítico-dialético. Definido o método, por meio da revisão teórica, resgatou-se a trajetória histórica de constituição das políticas de saúde e de assistência social como direito social universal, situado-as no contexto histórico, econômico, político e social. Nestes termos, nosso olhar se orientou pelo conceito de política social como “um terreno importante da luta de classes” por compor um conjunto de estratégias destinadas a assegurar as condições necessárias à produção e reprodução do capital e do trabalho (BEHRING, 2002, p. 175). Consideramos que as políticas sociais são intervenções, estratégias e medidas de caráter econômico e social destinadas ao atendimento das necessidades econômicas e sociais produzidas histórica e culturalmente (BEHRING, 2002). São desenvolvidas, prioritariamente, pelo Estado para assegurar tanto o processo de acumulação quanto a legitimidade da ordem social capitalista. Dessa forma, a política social é um campo de contradição, de disputas e de conflitos de interesses.

O sistema de proteção social, como “produto histórico das lutas do trabalho”, respondem “pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato” (MOTA, 2006, p. 40). Em relação ao Estado o concebemos como sendo a sociedade política, que corresponde à função de dominação direta ou de comando que se exprime no Estado ou governo jurídico (PORTELLI, 1977).

A definição clara de conceitos e matriz teórica é fundamental para apreender a dinâmica do real que não se expressa na imediaticidade dos fatos observados.

Definido o mirante a partir do qual olhar-se-á a realidade, os procedimentos metodológicos envolveram revisão teórica, pesquisa documental, entrevista individual e grupo focal. Adotou-se uma abordagem qualitativa.

O Estudo de Caso englobou as práticas intersetoriais entre CRAS e ESF no território de São Pedro, Vitória/ES - permitiu que o problema investigado fosse percebido em sua amplitude e em sua profundidade (MEKSENAS, 2002), requerendo a utilização de várias fontes de evidências (YIN, 2005).

Para delimitação do *lôcus* de nosso estudo, realizou-se levantamento de dados na Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) do município de Vitória/ES, por meio de visita institucional, para identificação dos territórios em que existiam CRAS e ESF. Nas seis regiões de saúde de Vitória/ES (São Pedro, Santo Antônio, Centro, Forte São João, Maruípe e Continental) (figura 3) há Unidade Básica de Saúde da Família implantada. A Assistência Social dividiu o município em 12 regiões, dessas, 6 possuem CRAS e ESF no território.

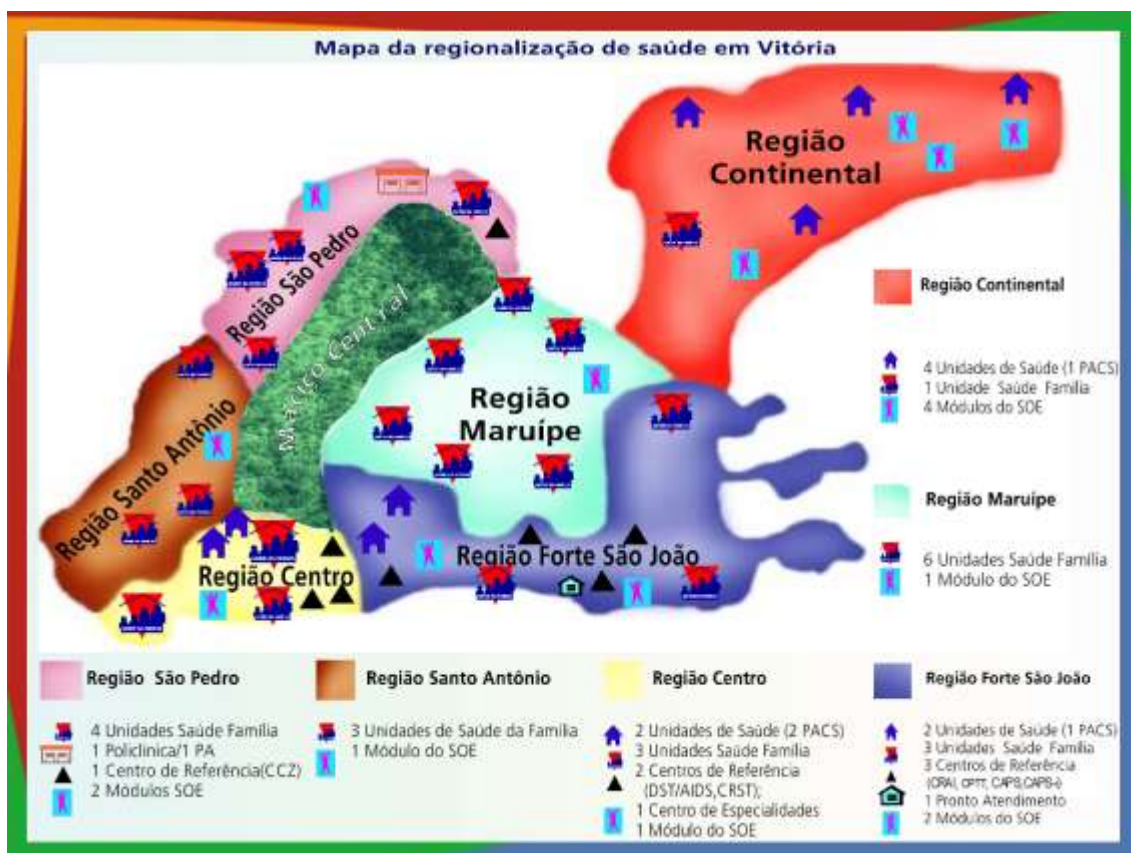


Figura 1 - Mapa da Regionalização de Saúde de Vitória, 2007.
Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória/ES

Na Região São Pedro existem 2 CRAS e 4 Unidades de Saúde da Família (USF). Para a escolha do território a ser pesquisado, seguiu-se os seguintes critérios: diagnóstico situacional de saúde¹¹; perfil de mortalidade (morbi-mortalidade) do município de Vitória/ES por regiões; renda *per capita* dos habitantes, considerando as regiões do Município.

São Pedro foi a que apresentou menor renda (segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 63,2% a renda dos responsáveis pelos domicílios eram de até 2 salários mínimos) e maiores índices de morte por violência¹². Elegeu-se, assim, a Região de São Pedro para a realização da pesquisa empírica.

Para a coleta de dados as técnicas utilizadas foram: pesquisa documental, entrevistas individual e grupal.

A pesquisa documental apresenta grande relevância científica por reforçar o entendimento em estudos de caso – como é o nosso caso, por exemplo – pela capacidade de situar os relatos contemporâneos em um contexto histórico (MAY, 2004). Os documentos têm o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente, de mostrar as aspirações e intenções dos períodos aos quais se referem e de descrever lugares e relações sociais de uma época (MAY, 2004). Por isso oportunizam a aquisição de informações sobre a maneira na qual os eventos são construídos, as justificativas empregadas, além de fornecer materiais para a realização de investigações mais aprofundadas (MAY, 2004).

Os documentos inicialmente selecionados para o estudo foram (quadro 1):

¹¹ Os dados encontrados sobre as regiões referem-se ao percentual de anemia e de doenças parasitárias que atingiram os alunos da primeira série do ensino fundamental nos anos de 2007/2008.

¹² No artigo “Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES¹²” 2000 a 2003, este mostra que dos 597 homicídios, 62% concentraram-se em três regiões administrativas: São Pedro, Maruípe e Bento Ferreira (BASTOS, 2009).

Docum.	Secret.	Tipo de fonte	Elaboração	Tipo de circulação	Informação a ser levantada
Plano Municipal 2006-2009	Assist. Social	Secundário	Executivo municipal (SEMAS)	Restrita	Preconiza a intersectorialidade entre a política de saúde ou demais políticas públicas? Há proposta de articulação entre a Política de Assistência Social e de Saúde no âmbito municipal?
	Saúde	Secundário	Executivo municipal (SEMUS)	Irrestrita	
Plano Municipal 2010-2013	Saúde	Secundário	Executivo municipal (SEMUS)	Irrestrita	
Relatórios anuais da Ger. de Atenção à Família (GAF) de 2006, 2007 e 2009	Assist. Social	Secundário	Executivo municipal (SEMAS)	Restrita	Há menção ao desenvolvimento de ações intersectoriais entre a Assistência Social e a Saúde e/ou outros setores?
Planejam. Anual do CRAS de 2009 e 2010	Assist. Social	Secundário	Técnicos do CRAS	Restrita	A intersectorialidade está prevista no planejamento anual das ações de assistência social? O planejamento propõe a intersectorialidade entre a saúde e a assistência social? Qual a forma de articulação pensada?
Relatórios Trimestrais Qualitativos de 2007-2010	Assist. Social	Secundário	Técnicos do CRAS	Restrita	Há descrição de ações entre as equipes ESF e CRAS? De que forma se articulam? Qual o objetivo da articulação? Qual o tipo de articulação? Há sistema de avaliação dessas ações conjuntas?
Ata das reuniões de Rede Socioassist. de 2009	Assist. Social	Secundário	Coorden. do CRAS	Restrita	Há menção de ações intersectoriais entre a Assistência e a Saúde e/ou outros setores?
Relatório de Gestão de 2006-2009	Saúde	Secundário	Executivo municipal (SEMUS)	Irrestrita	Há menção ao desenvolvimento de ações intersectoriais entre Saúde e/ou outros setores?

Quadro 1 – Documentos da área da Assistência Social e da Saúde, selecionados para o estudo.
 Fonte: SEMUS, SEMAS e CRAS de São Pedro, território I. Sistematização da pesquisadora.

Estes documentos foram identificados por meio de visita feita ao CRAS de São Pedro (localizado em Santo André) e à Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São Pedro V, localizada em Nova Palestina. Essa visita teve como objetivos: conhecer as duas unidades (CRAS e UBSF); identificar possíveis informantes-chave e documentos para o estudo; realizar os primeiros contatos com as coordenações do CRAS e da ESF, e com as equipes que trabalham nas duas instituições com o intuito de buscar informações sobre o tempo de existência das equipes do CRAS e da ESF no território de São Pedro. Esses procedimentos possibilitaram a aproximação e conhecimento do campo de pesquisa. As idas ao campo antes do trabalho mais intensivo oportunizaram também o levantamento de informações para subsidiarem o processo de planejamento da pesquisa.

Buscamos localizar o planejamento anual do trabalho das equipes da ESF e/ou relatórios de campo, porém, não encontramos. A coordenadora da UBSF nos informou que o trabalho das equipes é realizado tendo como base o Plano Nacional e Municipal de Saúde e demandas espontâneas surgidas nas reuniões de equipe, que ocorrem mensalmente. Há existência de relatórios de campo na Unidade, entretanto, não servem para análise por serem quantitativos. Pela não existência de relatórios e/ou planos de trabalho construídos pelos profissionais da ESF, os documentos selecionados foram: os Planos Municipais de Saúde de 2006-2009 e de 2010-2013 e os Relatórios de Gestão (da Saúde) de 2006-2009.

Concordamos com May (2004) que os documentos também constroem a realidade social e as versões dos eventos e são interessantes tanto pelo que contém como pelo que deixam de fora (MAY, 2004). Para compreendermos as trajetórias históricas das políticas de Saúde e de Assistência Social e apreendermos como a intersectorialidade aparece nelas inscrita e a que projetos reforça, analisamos os relatórios, os anais e cadernos de textos das CNAS e os relatórios das CNS.

A pesquisa documental envolveu também a leitura dos demais documentos no sentido de identificar como a intersectorialidade aparece inscrita neles e qual a argumentação em sua defesa: Lei Orgânica da Saúde (LOS/90) e Lei Orgânica da Assistência Social

(LOAS/93), Norma Operacional Básica da Saúde (NOB/96), Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001), Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Assistência Social (NOB-SUAS/2005, NOB-SUAS/RH/2006 e NOB/SUAS/2010), Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS/2006) e Política Nacional da Atenção Básica (PNAB/2006) e Planos Nacional de Saúde (2004-2007 e 2008/2009-2011).

Uma vez identificados os documentos, foi feita a leitura dos mesmos, foram organizados fichamentos contendo informações-síntese do conteúdo de cada um. Nos documentos buscou-se identificar palavras ou expressões-chave para viabilizar a análise, tais como: intersectorialidade, articulação entre setores e/ou políticas sociais. Feito isso, partiu-se para a análise, sem desconsiderar que os mesmos apresentam possibilidades de múltiplas interpretações e podem responder ou suscitar outros problemas de pesquisa para além do aqui proposto. Buscou-se sempre contextualizar o documento aos processos históricos vigentes no momento de sua efetivação.

Tendo em mãos a autorização da SEMUS e da SEMAS, agendamos uma reunião com a coordenadora da UBSF de São Pedro V e com a coordenadora do CRAS, território I, situado em Santo André, para apresentar a pesquisa.

Para a coleta de dados, além da identificação dos documentos, foram realizadas também entrevistas individual e grupal.

Como estratégia inicialmente, marcou-se uma reunião com a coordenação do CRAS para esclarecimentos quanto ao processo de pesquisa e agendamento da entrevista individual. Os mesmos procedimentos foram realizados junto a coordenação e com os técnicos e da ESF. Ao concordarem em participar, as coordenações sugeriram o dia para a realização das entrevistas. Assim, no dia escolhido, os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A), juntamente com a assinatura da pesquisadora.

A coordenadora do CRAS de São Pedro, território I, juntamente com a coordenadora do CRAS de Resistência, território II, falaram sobre a reunião da “Rede Socioassistencial”

e convidaram-me para participar da mesma. Como observadora acompanhei a reunião. Nesta reunião participaram os seguintes setores: Comitê da Paz, Guarda Municipal, Associação de moradores e CRAS – responsáveis pelas reuniões e pela mobilização dos parceiros. A coordenadora da CRAS de Resistência explicou que o objetivo das reuniões é a apresentação do trabalho desenvolvido pelos parceiros que trabalham no território, dos objetivos das ações, para que, futuramente, haja o planejamento e a realização de ações conjuntas.

Os setores presentes na reunião explicitaram o reconhecimento da importância da Rede Socioassistencial e das reuniões, pois concordam que os sujeitos beneficiados por suas ações – as famílias atendidas – pertencem ao mesmo território. Ressaltaram também a importância de mobilizar todos os setores que atuam no território de São Pedro para a participação das reuniões. Finda a reunião, um relatório foi elaborado.

No processo de coleta de dados, foram realizadas 2 entrevistas individuais e 4 grupos focais, sendo um com os profissionais do CRAS e três com os técnicos da ESF.

As entrevistas individuais foram realizadas com:

- Um (uma) informante-chave na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF): Profissional (coordenador (a) da ESF) que está há mais tempo no trabalho e que foi indicada pelos colegas como o (a) que possui maiores informações sobre a dinâmica do trabalho desenvolvido;
- Um (uma) informante-chave do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): Profissional (coordenador (a)) que está há mais tempo no trabalho e que foi indicada pelos colegas como o (a) que possui maiores informações sobre a dinâmica do trabalho desenvolvido.

Nessas entrevistas, o objetivo era saber como o trabalho é planejado e desenvolvido no setor, para identificar se há ali elementos que indicam a prática intersetorial.

Cabe ressaltar que, no dia da entrevista, a coordenadora do CRAS nos solicitou a participação da coordenadora do CRAS de Resistência – técnica do CRAS São Pedro

até outubro de 2009 -, o que foi prontamente atendido, justificando que a mesma, por ter trabalhado com ela no CRAS poderia contribuir muito com a pesquisa.

Na entrevista individual com a coordenadora do CRAS - e também na entrevista com coordenadora da ESF – como exemplo de prática intersetorial no território foi citada a Câmara Territorial existente em cada território do Município, composta pelos gestores da Saúde, Assistência Social, Educação e outros. A Câmara realiza reuniões mensais e planeja ações intersetoriais.

No dia da entrevista, solicitou-se a assinatura do TCLE e, para assegurar o anonimato dos sujeitos pesquisados, estes receberam a denominação de *PAIF 1* e *ESF 1*. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. O conteúdo transcrito foi entregue aos técnicos entrevistados para aprovação dos textos que contêm suas falas.

O roteiro de entrevista individual (apêndice B) foi organizado em dois eixos:

- *O trabalho no território;*
- *O processo de intersetorialidade no PAIF/ESF.*

2.1 OS GRUPOS FOCAIS

As entrevistas em grupo foram inicialmente planejadas em três etapas:

- *Um grupo focal com profissionais da ESF:* 1 médico clínico geral, 1 enfermeiro, 4 auxiliares de enfermagem, 4 agentes de saúde (com 1º e 2º graus), 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 ginecologista de apoio matricial, 1 odontóloga, 1 técnica de higiene dental (realiza trabalho educacional).
- *Um grupo focal com profissionais do PAIF:* 1 coordenadora (assistente social), 5 assistentes sociais, 1 psicólogo, 1 pedagogo, 1 assistente social, 1 estagiário de psicologia, 1 brinquedista, 1 auxiliar administrativo.
- *Um grupo focal reunindo profissionais da ESF e do PAIF.*

Antes dos grupos focais¹³ foi realizada reunião com a coordenadora da UBSF que solicitou que a técnica fosse realizada no próprio local de trabalho – reuniões de equipe - e designou à Assistente Social da Unidade a responsabilidade pelo agendamento, desenvolvimento e acompanhamento do processo dos grupos focais.

A coordenadora do CRAS também fez a mesma solicitação quanto ao local de realização da entrevista em grupo, assumindo o compromisso de agendar a data para a realização da mesma.

A entrevista em grupo também foi agendada com os técnicos, sendo os objetivos e os procedimentos esclarecidos antecipadamente aos participantes. Entretanto, não foi fácil a sua realização.

Na UBSF realizaram-se três grupos focais, organizados por equipes da ESF: equipe 2, equipe 3; e equipes 1 e 4. A realização dos três grupos focais se justificou porque cada equipe é composta por 7 ou 10 técnicos.

O primeiro grupo focal, com a equipe 2, foi agendado e desmarcado por problemas de agenda da pesquisadora. Na nova data, o grupo focal ocorreu. No início da atividade, o TCLE foi lido para os presentes e assinado pelos participantes. Participaram do grupo (equipe 2): 1 médica, 1 assistente de farmácia, 2 auxiliares de enfermagem, 5 agentes comunitários e 2 estagiários de medicina¹⁴. O tempo de trabalho dos profissionais no território variou entre 5 meses e 10 anos.

Do grupo focal com a equipe 3 participaram: 1 médica, 1 enfermeira, 1 assistente social, 2 auxiliares de enfermagem e 3 agentes comunitários da ESF. O tempo de trabalho no território variou entre 2 e 12 anos.

O último grupo focal foi realizado com os profissionais das equipes 1 e 4. Este grupo focal foi desmarcado 2 vezes devido às demandas com urgência apresentadas à equipe naquele dia. A coordenadora da UBSF reagendou a atividade. Todavia, também

¹³ No dia da entrevista em grupo, contamos com a colaboração de 2 alunos de Iniciação Científica devidamente treinados para colaborarem na execução do trabalho.

¹⁴ Por fazerem parte da equipe 2, a médica solicitou a participação dos mesmos na entrevista.

foi impossibilitado de ocorrer, pois na reunião de equipe que antecederia tal atividade, muitos eram os assuntos a serem discutidos e, por esse motivo o grupo focal foi desmarcado, e reagendado pela terceira vez. Na nova data, a atividade ocorreu após o expediente de trabalho. Os profissionais que participaram do grupo foram: 1 médica pediatra, 1 enfermeira, 1 auxiliar de laboratório, 4 auxiliares de enfermagem e 7 agentes de saúde, das equipe 1, 4 da ESF¹⁵. O tempo de trabalho no território destes profissionais variou entre 5 meses e 11 anos.

O grupo focal com os profissionais do CRAS foi realizado antes da reunião da equipe, após duas tentativas anteriores (que foram canceladas, pois só contava com três profissionais presentes). Do grupo focal no CRAS participaram: 3 assistentes sociais, 1 psicóloga e 1 pedagoga.

Nessa etapa, buscamos apreender como os técnicos concebem a intersetorialidade, se a vivenciam em suas práticas profissionais ou não, se há diferenças entre a concepção dos técnicos e, como compreendem o processo de busca pela realização da intersetorialidade ou da realização da mesma.

O terceiro momento de realização do grupo focal reuniria os técnicos do CRAS e da ESF com o objetivo de perceber a existência ou não de acordos ou desacordos nos discursos dos profissionais do CRAS e da ESF colhidos anteriormente. Entretanto, o terceiro momento não foi realizado pela impossibilidade de os técnicos das equipes se afastarem de seus respectivos ambientes de trabalho, o que traria prejuízos às suas agendas de trabalho.

Uma vez realizadas as entrevistas, todas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

A técnica de análise dos dados foi a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009). Esta foi realizada num esforço de identificar: a) como ocorre a organização do trabalho pelas

¹⁵ Embora cada grupo focal deva variar entre 4 e 12 pessoas (GATTI, 2005; CRUZ NETO et al, 2001), neste dia participaram 14 pessoas, pois por considerarem de grande importância o tema a ser discutido, os demais técnicos quiseram participar da atividade, o que foi concedido pela pesquisadora e não gerou nenhuma dificuldade à coleta de dados.

equipes do CRAS e da ESF no território de São Pedro (Vitória/ES); b) se no planejamento das ações dos técnicos do CRAS e da ESF há indicação de ações intersetoriais; c) a rede de atores e setores envolvidos, nas iniciativas intersetoriais das equipes; d) a concepção dos técnicos sobre a intersetorialidade e como buscam articulação com os equipamentos sociais no atendimento da população de suas áreas adstritas, e; e) os fatores restritivos e facilitadores à implementação da prática intersetorial pelos técnicos do CRAS e da ESF.

Como procedimentos éticos, o projeto foi encaminhado à Prefeitura Municipal de Vitória/ES - à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e de Assistência Social (SEMAS) - para conhecimento e autorização para a realização da pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da UFES – CEP/UFES (nº de registro 221/09). Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A). Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, o relatório final suprimirá dados de identificação e cada profissional será identificado com o nome do programa ao qual pertence (ESF ou PAIF) seguido do número 1, 2, 3 e assim sucessivamente. O material gravado será destruído após o término da realização da pesquisa. A devolução dos resultados da pesquisa será feita à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), à SEMAS, SEMUS e ao CRAS e à UBSF.

Por último, não houve conflito de interesses para a realização da pesquisa, visto que a pesquisadora não possui vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde e nem com a Secretaria de Assistência Social.

3 INTERSETORIALIDADE

Não se acostume com o que não o faz feliz, revolte-se quando julgar necessário.
 Alague seu coração de esperanças, mas não deixe que ele se afogue nelas.
 Se achar que precisa voltar, volte!
 Se perceber que precisa seguir, siga!
 Se estiver tudo errado, comece novamente.
 Se estiver tudo certo, continue
 (Fernando Pessoa).

Na revisão da literatura, foram identificadas abordagens sobre o surgimento da intersetorialidade e sobre como a mesma é conceituada pelos autores.

A discussão dessa temática é iniciada no âmbito da Saúde. Andrade (2004) informa que tal discussão surgiu na segunda metade do século XIX, período histórico marcado pelo crescimento das cidades, resultado do processo de urbanização provocado pela revolução industrial, momento em que os intelectuais e lideranças políticas europeias passaram a fazer as primeiras relações sistemáticas entre situação saúde/doença da sua população e as condições de alimentação, trabalho, habitação, da habitação e sanitárias, bem como a perceber qual deveria ser o papel do Estado sobre esses determinantes¹⁶ (ANDRADE, 2004). Ou seja, a discussão surgiu vinculada ao Movimento de Reforma Médica Alemã – posteriormente Medicina Social¹⁷ - e à discussão dos determinantes sociais da saúde.

É no interior das intencionalidades do sistema capitalista que surge a discussão da Medicina Social e da intersetorialidade pautada na concepção de que a saúde vista de uma maneira estritamente biológica, seria incapaz de alcançar resultados significativos

¹⁶ A partir desse período passou a haver uma disputa, no campo da saúde, em relação à forma de conceber e explicar a determinação da doença. O primeiro grupo fundamentava-se no paradigma da determinação biológica do processo saúde/doença e se consubstanciou na prática da biomedicina hegemônica na sociedade ocidental do século XX (ANDRADE, 2004). Já a segunda vertente defendia – e ainda defende – que “os determinantes do processo saúde/doença estavam intrinsecamente ligados ao complexo contexto histórico e socioeconômico”, ou seja, estavam relacionados aos impactos das dimensões social, cultural, econômica e política nas coletividades (ANDRADE, 2004, p. 78).

¹⁷ Movimento da classe média liberal que não questionou o direito de propriedade, nem mesmo dos meios de produção, mas lutou pela reorganização dos serviços de saúde com a justificativa de que o Estado deveria garantir ao povo o direito à saúde, sua única propriedade (ANDRADE, 2004).

e de manter a força de trabalho dos operários com alto grau de produtividade no contexto do capitalismo em sua fase industrial (ABREU, 2009; ANDRADE, 2004).

Em relação à discussão conceitual, um dos primeiros autores a tratar do tema da intersectorialidade no Brasil foi Junqueira¹⁸. Para ele, a intersectorialidade está associada à descentralização. Seu argumento é o de que a descentralização é uma estratégia de mudanças nas relações entre Estado e sociedade, processo iniciado nos países centrais democráticos – anos de 1970 – que ganhou destaque nos países latinoamericanos a partir da década de 1980, como alternativa à crise do Estado de Bem-Estar Social (JUNQUEIRA, 1997). No Brasil, a discussão da descentralização se realizou vinculada ao debate sobre democratização e participação (JUNQUEIRA, 1997).

A descentralização, para Junqueira (1997), é capaz de possibilitar aos sujeitos sociais de um determinado território, a participação no processo de elaboração, decisão e execução de programas e normas, podendo facilitar a articulação dos interesses dos beneficiários das políticas, garantindo igualdade de acesso, ao mesmo tempo em que viabiliza a articulação e implementação de políticas sociais. Segundo o autor (1997), o Estado não pode substituir a sociedade em qualquer que seja o sistema, podendo, assim, transferir a prestação de serviços de sua competência para outro organismo público não estatal.

Junqueira defende a necessidade de realização de reformas administrativas e de gestão das políticas sociais em uma perspectiva atrelada unicamente à administração pública. É preciso

desvelar que essa retórica de **entender os problemas sociais** ou a ausência de políticas meramente pela **lógica de uma má administração** pública **retira a dimensão política dos fenômenos sociais**, e restringe os mesmos à sua condição técnica e operativa (ABREU, 2009, p. 118, grifos nossos).

Ou seja, os problemas sociais não estão desvinculados do modo de produção capitalista e, assim sendo, o racionalismo burguês próprio da ideologia neoliberal,

¹⁸ Sociólogo, doutor em administração da saúde, professor assistente da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade (FEA) e do Programa de Estudos Pós-graduados em Administração da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) e consultor em gestão de políticas sociais.

“infiltra-se nas relações sociais entre os cidadãos, instituições e organizações sociais, funcionando como mecanismo de produção e reprodução ideológica com um discurso aparente de resolução dos problemas” (ABREU, 2009, p. 118).

O entendimento da descentralização sob apenas um de seus pilares – a descentralização administrativa –, transfere a responsabilidade para as instâncias subnacionais, notadamente os municípios, a condução da gestão das políticas sociais visando a resolução dos problemas sociais locais. Ressalta-se que a argumentação de Junqueira (1997) não vincula, em nenhum momento, os municípios ao restante das instâncias (estadual e nacional), ao contrário, menciona-os como se fossem autônomos e desvinculados totalmente dos estados e da União, Seu argumento é o de que a intersectorialidade é capaz de oferecer resolução para os problemas sociais através da articulação entre os setores e as políticas sociais locais (ABREU, 2009). Tal argumentação reproduz preceitos preconizados pela ideologia neoliberal - a transferência da resolução de problemas que são globais para o âmbito local, como se não estivessem atrelados à dimensão mundial (SOARES, 2003; ABREU, 2009).

A intersectorialidade, para Junqueira (2000), entrelaça noções de sistema e rede como meio de articular diversos atores sociais para criar conhecimentos e intervir. A intersectorialidade e a transetorialidade são processos de integração de saberes e experiências. Junqueira (2000) afirma que a ação intersectorial surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população em determinado território e aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e também para sua solução.

A intersectorialidade incorpora a idéia de integração e de território, no qual a cidade constitui um espaço privilegiado para realizá-la (JUNQUEIRA, 2000). O autor afirma ainda, que tratar os cidadãos de um mesmo território e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços, mas que só isso não basta. Esse novo fazer, segundo ele, envolve mudança de valores e de cultura, principalmente das práticas organizacionais e das relações sociais que se estabelecem entre os diversos atores. Nessa perspectiva, “os atores organizacionais e grupos

populacionais passam a ser considerados sujeitos capazes de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à sua realidade social” (JUNQUEIRA, 2000, p. 43).

Ele afirma que no âmbito das organizações estatais, com a descentralização, podem ser transferidas competências para instituições prestadoras de serviços sociais, e com isso “estabelece-se uma parceria com organizações privadas autônomas voltadas para o interesse coletivo capazes de desenvolverem de maneira integrada projetos intersetoriais em resposta às demandas sociais da população” (JUNQUEIRA, 2000, p. 43). Nesse processo, a população passa a ser considerada sujeito, e não objeto de intervenção, e nesse sentido, “ela passa a assumir um papel ativo colaborando na identificação dos problemas e na sua solução” (JUNQUEIRA, 2000, p. 43).

Nestes termos, a prática intersetorial, por privilegiar a negociação, pode alcançar uma dimensão transetorial, pois

cria um *novo olhar* e instaura *novos valores* mediante o respeito das diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social no entendimento e na superação dos problemas sociais (JUNQUEIRA, 2000, p. 43, destaques nossos).

Não discordamos de Junqueira (2000) quanto à argumentação de que os problemas sociais não podem ser entendidos e analisados isoladamente. Entretanto, seus argumentos fortalecem as idéias neoliberais de privatização do bem-estar social, de mercantilização das políticas sociais e, conseqüentemente, da não efetivação e da não consolidação da idéia de direitos sociais que deverão ser garantidos e providos pelo Estado.

Sua formulação incorpora a idéia de integração e de *território, no qual a cidade constitui um espaço privilegiado para realizá-la*. Essa perspectiva é derivada da proposta de cidades saudáveis, disseminada no período pós-1980 que ocorreu em conjunto com o aprofundamento do processo de globalização e abertura econômica (ABREU, 2009). Entre os impactos advindos desse processo, relacionados à gestão pública, destacam-se o enfraquecimento dos Estados nacionais, resultado da adequação dos países periféricos ao contexto de reestruturação do capital (BEHRING, 2008) e a substituição

do regional e do nacional pelo local (SOARES, 2003). A proposta de cidades saudáveis preconiza ainda que cada cidade deve buscar soluções para os seus problemas, nos mais diversos setores, e trabalhar com os recursos existentes na comunidade, privilegiando as ações ofertadas em conjunto com as ongs, empresariado e poder público (ABREU, 2009). Cabe aqui uma crítica a essa proposta que visualiza os problemas sociais, ambientais e políticos como inerentes a determinadas localidades tendo essas a responsabilidade de conter tanto as causas quanto as conseqüências de seus problemas (SOARES, 2003).

Para Junqueira (2000) o tratamento dos problemas dos cidadãos de um determinado território deve ocorrer de maneira integrada, exigindo um planejamento articulado das ações e serviços, que envolve uma *mudança de valores e de cultura*, principalmente das práticas organizacionais, e das relações sociais que se estabelecem entre os diversos atores. Nessa perspectiva, a população passa a ser considerada, não objeto de intervenção, mas assume “*um papel ativo colaborando na identificação dos problemas e na sua solução*” (JUNQUEIRA, 2000, p. 43). Todavia, essa mudança de valores e de cultura é apropriada pelo projeto conservador que, a partir de década de 1990, tem disseminado a idéia de parceria, solidariedade, resultado da conjuntura de reformas no âmbito de Estado que favoreceram a redefinição de seu papel. Ou seja, transfere-se para o mercado e para as ongs a responsabilidade pela execução dos serviços sociais, por meio da publicização e da descentralização, ações que deveriam ser inerentes ao âmbito estatal (BEHRING, 2008). Por isso, a sociedade passa a ser considerada e convocada a identificar e resolver os problemas sociais locais, como se o bem-estar social pertencesse ao âmbito privado (SOARES, 2003).

A política social, nessa lógica, não garante a efetivação dos direitos dos cidadãos a uma vida digna e com qualidade. Ao contrário do que propõe Junqueira (2000), quando o Estado se desresponsabiliza das suas atribuições com a área social e a sociedade tem de buscar a solução para seus problemas, as políticas sociais passam a ser mercantilizadas, ou seja, “as pessoas deverão pagar pelos serviços para que estes sejam ‘valorizados’. E quanto às pessoas que não podem pagar?” (SOARES, 2003, p. 12). A única alternativa que lhes resta é a comprovação de sua pobreza, para que só

então o Estado deva intervir, “prestando serviços ‘focalizados’ aos comprovadamente pobres”, e além disso, nesse contexto de desresponsabilização do Estado, a filantropia substitui o direito social (SOARES, 2003, p. 12).

Embora Junqueira (2000) considere que a participação dos sujeitos sociais mude a lógica da política social para a perspectiva do direito dos cidadãos a uma vida digna e com qualidade, na prática, tem ocorrido o contrário. As transformações ocorridas no âmbito econômico, político e social tem mostrado que a partir da década de 1980, e principalmente 1990, o projeto que tem predominado é o da busca por altas taxas de lucros para o capital, recondução do papel do Estado – menos executor e mais gerenciador e financiador (BEHRING, 2008), redefinição na concepção e implementação das políticas sociais (MAURIEL, 2008), perda de direitos conquistados (BEHRING; BOSCHETTI, 2007) e realização da privatização do bem-estar social (SOARES, 2003). Ou seja, a perspectiva do direito tem sido cada vez mais atacada em prol da mercadorização das políticas sociais. E, a participação social, quando convocada, é utilizada para reforçar essa lógica.

Outra autora que também conceitua a intersetorialidade é Rose Marie Inojosa¹⁹. Para ela, a intersetorialidade²⁰, ou transetorialidade, é uma expressão do campo das políticas públicas, das organizações e da transdisciplinaridade (INOJOSA, 2001). Ou seja, a intersetorialidade é a “articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com objetivo de alcançar resultados *sinérgicos* em situações complexas” (INOJOSA, 2001, p. 105, grifos nossos). Isso implicaria muito mais do que juntar setores, refere-se à criação de uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional. Com isso, a articulação de saberes, experiências e a criação de uma

¹⁹ Técnica-sênior da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), Mestre em Ciências da Comunicação, Doutora em Saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP) e coordenadora da Universidade Aberta do Meio Ambiente e da Cultura de Paz (UMAPAZ). É membra da Rede Ação pela Paz e da Rede Gandhi.

²⁰ Inojosa (2001) critica o prefixo “inter” porque pode significar apenas a proximidade de saberes isolados, sem daí gerar novas articulações, como o que ocorreu com idéia de equipe multiprofissional, que pretendia a articulação de vários saberes profissionais para a solução de um mesmo problema, mas que, na prática, se limitou, na maioria das vezes, a reunir diferentes profissionais num mesmo lugar ou com um mesmo objeto, sem que o diálogo se desenvolvesse.

nova dinâmica, ou seja, a realização de mudanças no aparato administrativo governamental é capaz de proporcionar o alcance de resultados *sinérgicos* (INOJOSA, 2001).

A palavra *sinergia* significa “cooperação; ato ou esforço coordenado de vários órgãos na realização de uma função; associação simultânea de vários fatores que contribuem para uma ação coordenada; ação simultânea, em comum” (HOLANDA, 1975, p. 1305). Para Inojosa (2001), a intersetorialidade é capaz de proporcionar a realização de ações em comum na resolução de problemas complexos. Para isso, em se tratando da formulação, para a realização e a avaliação de políticas e programas e projetos intersetoriais ou transetoriais, duas coisas são necessárias: a focalização com base regional, em segmentos da população, seja por faixa etária, por gênero ou ocupação e a preocupação com resultados e impactos (INOJOSA, 2001). Assim como Junqueira, a autora visualiza a intersetorialidade relacionada também ao âmbito local.

Inojosa (2001) afirma que o trabalho na perspectiva da transetorialidade envolve: a) mudança de paradigma no sentido de superar a disjunção, a separação, a clausura e a redução do conhecimento, de forma a atuar com adoção de uma nova postura ante os problemas que a organização pública deve enfrentar na sociedade; b) um projeto político transformador, ou seja, é necessária a existência de um projeto político para as políticas públicas contrário ao desenho piramidal e fatiado das corporações; c) planejamento e avaliação participativos e com base regional o que implica em processo permanente que se inicia com a análise de situação, passa por escolhas de estratégias e realização de acordos e consiste em agregar outros atores; e d) atuação em rede de compromisso social, o que permite que atores independentes, ligados aos aparato governamental e à sociedade, sejam atraídos e se mobilizem para, juntos, trabalharem determinado problema da sociedade (INOJOSA, 2001).

A definição de intersetorialidade e a forma como se deve buscar a sua concretização (nos dizeres de Inojosa) não leva em conta alguns pontos que precisam ser considerados na reflexão sobre o tema. O primeiro se refere a como realizar a articulação entre setores muitas vezes tão diferentes em termos de estrutura

institucional, competências, recursos humanos, materiais e que ostentam uma série de peculiaridades intrínsecas a eles e ao contexto brasileiro (ABREU, 2009). O segundo ponto diz respeito à decisão política como solução para o problema da setorialização, fragmentação e das decisões como se ela não estivesse intimamente vinculada à dimensão econômica, social e cultural. Portanto, não se pode captar apenas uma dimensão, pois se assim for, perde-se a totalidade dos processos sociais aos quais a intersetorialidade está vinculada (ABREU, 2009). Ao vincular intersetorialidade à transdisciplinaridade, a autora reafirma que a desfragmentação do conhecimento seria responsável pela resolução dos problemas sociais e de gestão pública (ABREU, 2009).

Concordamos com Abreu (2009) que o conceito construído por Junqueira e Inojosa é limitado porque contempla apenas a dimensão técnica e burocrática da intersetorialidade. Ou seja, os autores, relevantes para a discussão conceitual da categoria, se limitam a discutir apenas a eficácia, eficiência e possibilidade de com ela obtermos a superação de problemas sociais (ABREU, 2009).

Não estamos negando aqui a existência da dimensão instrumental ou técnica da intersetorialidade. Entretanto, ao priorizar apenas essa lateralidade da intersetorialidade, nega-se a sua multideterminação social ao mesmo tempo em que não são exploradas as contradições inerentes aos processos sociais e a intersetorialidade nesses processos (ABREU, 2009, p. 123).

Outros autores discutem a importância da intersetorialidade e a forma como ela deva ser realizada. Mendes e Fernandez (2004) discutem a intersetorialidade relacionada à qualidade de vida. Para eles, a intersetorialidade está vinculada estritamente a dimensão técnica e instrumental, ou seja, parafraseando-os, a ação intersetorial relaciona-se ao “modo de fazer” dos gestores que deverá superar a sobreposição de ações e o *dispêndio de recursos*. Ressaltam que para o alcance da qualidade de vida há a necessidade da realização da intersetorialidade, já que qualidade de vida engloba condições materiais necessárias à sobrevivência e à satisfação de necessidades básicas como renda, habitação, educação, entre outros. Para estes autores, a intersetorialidade deverá ser realizada por meio da solidariedade, processo no qual as pessoas são estimuladas a buscarem o bem-estar de outras pessoas. Não há nenhuma referência ao papel do Estado na implementação de políticas sociais, e sim, ao “modo

de fazer” dos gestores, e nele se inscreve a intersectorialidade, fundamentada na solidariedade. Ou seja, a intersectorialidade é pensada, com foco na atuação dos gestores, como estratégia de superação das ações fragmentadas, contando com a participação da sociedade na busca pela qualidade de vida. Sob essa perspectiva, a intersectorialidade pode ser utilizada, no processo de contrarreforma do Estado, para responsabilizar pessoas, famílias e comunidades pela solução de seus problemas, bem como de outros (SOARES, 2003).

Mendes e Fernandez (2004) apropriam-se da conceituação de Junqueira e Inojosa. Entre eles, Pinheiro (2007), ao discutir o controle social no Programa Bolsa Família, defende a idéia de que os problemas sociais, por serem complexos, deverão ser abordados na perspectiva da transversalidade e da intersectorialidade. Em sua concepção, a primeira perspectiva pressupõe escolhas de formas democráticas e dialógicas realizadas no processo de trocas entre os atores e permite o entendimento da realidade em seus múltiplos sentidos.

Além de estar associada à solidariedade, a intersectorialidade também aparece vinculada à idéia de transversalidade e integralidade. Para Pinheiro (2007), a transversalidade deverá ser somada à intersectorialidade para favorecer a obtenção de resultados exitosos nas políticas implementadas pelo Estado, embora reconheça que esse processo não ocorra sem resistências, contradições e restrições nos diálogos realizados entre os setores. A autora apresenta a intersectorialidade associada à transversalidade como uma das estratégias de resolução de problemas complexos.

Não fugindo a essa linha de raciocínio, Bronzo (2007) aborda o tema da intersectorialidade como uma das estratégias de enfrentamento à pobreza. A intersectorialidade é defendida pela autora (2007) como uma estratégia – de gestão – essencial para o enfrentamento da pobreza - entendida como fenômeno multidimensional - por apresentar a perspectiva de integralidade. Pinheiro e Bronzo também se limitam a discutir a perspectiva meramente instrumental da intersectorialidade, não problematizando a questão.

Um outro autor que também discute a intersectorialidade no âmbito da saúde é Serrate (2007). Ele nos informa que o conceito de intersectorialidade deve partir de um enfoque sistêmico da saúde, pois a concebe como um produto social, cujas ações transcendem ao setor saúde porque requerem uma resposta social organizada (SERRATE, 2007).

O conceito de intersectorialidade adotado por Serrate (2007) se refere à intervenção coordenada de instituições que representam mais de um setor social, em ações destinadas, seja total ou parcialmente, a tratar os problemas vinculados à saúde, bem-estar e qualidade de vida. Desse modo, essa intervenção coordenada das instituições consiste em converter a cooperação casual e ações, que lideradas pelo setor saúde, e apoiadas em políticas nacionais ou locais, se orientem estrategicamente e façam com que os problemas identificados e priorizados, sejam solucionados considerando que a participação de outros setores pode ser determinante (SERRATE, 2007).

Embora seja possível observar que a argumentação de Serrate (2007) acerca da intersectorialidade é mais ampla que a dos outros autores já mencionados, incorporando dimensões que concorrem ou contribuem para a sua realização, concordamos com Abreu (2009) que tal concepção trata a saúde como um sistema capaz de ser expresso através de quadro conceitual e teórico desprovido das contradições sociais. Além disso, o autor (2007) tenta convencer que, se todos os setores mantivessem um sistema de comunicação/articulação em uma dada sociedade, a intersectorialidade seria efetivada, contribuindo para a superação dos problemas e conseqüentemente a harmonia e a coerência desta mesma sociedade, algo muito questionável em uma sociedade capitalista (ABREU, 2009).

A intersectorialidade aparece na literatura brasileira, seja na descrição das experiências realizadas, seja na discussão conceitual, como via para a garantia de direitos e necessidade imposta por uma política e ora como uma estratégia - considerada inovadora - de gestão que: a) somada à transversalidade é capaz de promover o desenvolvimento econômico e social, solucionando os problemas complexos (PINHEIRO, 2007); b) alimentada pela solidariedade é capaz de promover a superação da sobreposição de ações e o dispêndio de recursos, contribuindo para o alcance da

qualidade de vida (MENDES; FERNANDEZ, 2004); e c) é essencial para o enfrentamento da pobreza por apresentar uma perspectiva de integralidade, favorecendo a abordagem multidimensional do fenômeno (BRONZO, 2007).

Entretanto, a intersectorialidade é concebida e apresentada apenas como uma dimensão técnica e operativa – estratégia de gestão. Os autores, ao pensá-la e apresentá-la como uma estratégia de articulação entre os setores com vistas à resolução de problemas complexos, em nenhum momento a relacionam com o contexto econômico, político, social e cultural que pode influenciar diretamente na sua efetivação (ou não).

Abreu (2009, p. 130-131) defende que a intersectorialidade não possui um único significado, mas vários, ou seja, é “ação política e técnica de articulação entre setores visando a construção, reafirmação ou oposição de projetos coletivos que potencializam ou obstaculizam interesses coletivos”, concepção que será aqui adotada.

Assim, a intersectorialidade presente na política de saúde e na política de assistência social, impõe aos profissionais das ESF e dos CRAS, dentre outras, as atribuições de atuar na perspectiva da intersectorialidade.

Para apreender a intersectorialidade inscrita nas políticas de saúde e assistência, inicialmente situaremos cada uma das políticas e como o debate sobre a intersectorialidade se coloca aí. Começemos pela saúde.

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE

O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem (Guimarães Rosa).

A saúde no Brasil só passou a ser considerada um direito social e universal a partir da Constituição Federal de 1988, resultado de luta do movimento sanitário que defendeu a

Reforma Sanitária no Brasil como uma reforma social²¹ e, não apenas como uma reforma setorial e institucional, embora, na prática, tenha culminado como tal²² (PAIM, 2007).

O Movimento pela Reforma sanitária (MRS) foi o principal responsável pela formulação do pensamento crítico na política de saúde brasileira, influenciado também pelo conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) sistematizado na Conferência de Alma Ata e pela idéia de Medicina Comunitária – proveniente dos Estados Unidos (CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr., 2001). Paim (2007), ao analisar o projeto, processo e perspectivas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), ressalta que o movimento sanitário era caracterizado por um conjunto articulado de práticas ideológicas, políticas, científicas, teóricas, técnicas e culturais que objetivou uma Reforma Sanitária que transcendia ao esquema corporativista – o que não exclui que em seu processo desencadeiem-se lutas de cunho mais restrito ao nível corporativo -, e que buscou a instituição de um Sistema de Saúde que atendesse a toda a nação brasileira. Com tal objetivo, o movimento sanitário articulou sua agenda política em meados da década de 1970 (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Entretanto, esse movimento caminhou na contra-mão do que estava acontecendo no contexto nacional e mundial²³.

No Brasil, o período que antecede a década de 1970²⁴, foi marcado por um confronto político entre forças civis conservadoras e progressistas. Nesse embate, o nascimento de uma experiência democrática foi abortado por um discurso em nome da restauração

²¹ Proposta como práxis de reforma com a finalidade de alcançar a revolução do modo de vida (PAIM, 2007).

²² Para aprofundamento sugere-se: Arouca (1975), Eleutério Neto (1997), Gerschman (2004), Paim (2007).

²³ No contexto mundial as últimas décadas do século XX, a fase expansiva do capitalismo maduro iniciou seu esgotamento provocando conseqüências nas condições de vida e trabalho da maioria dos trabalhadores, rompendo com o pacto dos anos de crescimento, com o pleno emprego keynesiano-fordista e com o desenho social-democrata das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2007).

²⁴ Considerado um período de transição política, pois, em 1964, assumiu o governo o Marechal Castelo Branco, em nome do regime militar que depôs o então presidente João Goulart, extinguindo, em 1965, todos os partidos políticos e instituindo o bipartidarismo: Aliança Renovadora Nacional (ARENA) e Movimento Democrático Brasileiro (MDB) (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Em 1967, ocorreu a promulgação da nova Constituição Federal e tomou posse, eleito pelo Congresso Nacional, o general Costa e Silva (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Em 1969, em razão da doença do então presidente, uma junta militar assumiu o poder, impedindo a posse do vice-presidente civil Pedro Aleixo, entregando o poder ao General Emílio Garrastazu Médici (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

da ordem social e política e da recolocação da economia “nos eixos” – repercussão da reação burguesa em busca da retomada de taxas de lucro (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.60). Entretanto, a restauração da ordem se realizou pela repressão e supressão dos canais de comunicação entre o Estado e a sociedade. E a recolocação da economia nos eixos “significou a progressiva exclusão econômica de grandes parcelas da população, bem como da despolitização de temas que passaram a ser tratados sob a ótica tecnicista” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 60).

A partir da década de 1970, num contexto de recrudescimento da classe trabalhadora, em nível internacional e, no Brasil, de rearticulação dos movimentos sociais, de crescimento das denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, de ampliação das reivindicações em prol de soluções imediatas para os problemas criados pelo modelo de saúde existente, emergiu o movimento sanitário que passou a lutar pela transformação do setor de saúde (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Nos primeiros anos do movimento sanitário, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes que transformassem o sistema de saúde brasileiro. Estes espaços foram considerados, pelos participantes do movimento como uma arena onde era “possível travar uma luta surda, mas acirrada, para pôr em prática projetos que, de resto, iam completamente na contra-mão dos interesses do regime autoritário” e, por sua vez, do capital (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 68).

Em 1988, em meio às disputas políticas e aos conflitos de interesses dos grupos vinculados ao projeto médico-assistencial, de um lado, e ao projeto de reforma sanitária, de outro, é promulgada a Constituição Federal brasileira, na qual a saúde é considerada como um direito de todos e dever do Estado, que deverá ser garantida mediante política sociais e econômicas com o objetivo de reduzir o risco de doença e de outros agravos à saúde e de viabilizar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Mas, tal conquista não foi um processo tranqüilo e sem contradições. Antes da promulgação da Constituição Federal, a Assembléia Nacional Constituinte (ANC) foi transformada numa arena política em que os interesses da saúde se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), e o movimento sanitário, representado pela Plenária Nacional pela Saúde (PNS) na Constituinte (BRAVO 2007). O texto aprovado na Constituinte, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atendeu em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudicando os interesses empresariais do setor hospitalar (BRAVO, 2007). Tais reivindicações, entretanto, só passaram a ser garantidas na CF/88 devido à luta do movimento sanitário que defendeu a Reforma Sanitária no Brasil (PAIM, 2007).

A Carta Magna, portanto, baseando-se nas propostas da 8ª CNS²⁵ e na Declaração de Alma Ata, estabeleceu um novo conceito de saúde que engloba três aspectos principais: 1) um conceito mais abrangente de saúde relacionado a fatores determinantes e condicionantes como o meio físico (condições geográficas, água, habitação, alimentação), o meio econômico e cultural (educação, renda e ocupação), e oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde; 2) legitima o direito universal ao acesso às ações de saúde em todos os níveis de complexidade, com primazia do Estado em sua garantia, e; 3) institui o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, organizado por ruma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, e sob o controle da sociedade, em que os serviços privados, conveniados e contratados passam a ser complementares e subordinados à diretrizes do SUS (BRASIL, 1988).

Apesar de o texto constitucional conter inegáveis avanços, forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes, impediu a concretização da proposta da Reforma Sanitária, contribuindo para que o projeto de saúde universal construído na década de 1980 fosse gradativamente desconstruído (BRAVO, 2006).

²⁵ As CNS foram, e ainda são de suma importância para a construção da política de saúde brasileira, por isso serão abordadas no tópico 3.1.1, deste capítulo.

Na Carta Magna não há menção direta à intersetorialidade, ou seja, não aparece grafada, seja como conceito, sinônimo de promoção da saúde, diretriz ou princípio do SUS.

No Brasil, nessa época, o contexto econômico e social era de aceleração do índice inflacionário, falta de investimento, recessão e queda do salário real (BRAVO, 2007). Na política vivenciava-se as incertezas em relação ao que poderia ocorrer com a administração governamental que havia perdido a legitimidade e a credibilidade (BRAVO, 2007). No plano econômico, a ascensão de Collor colocou em marcha no país o processo de privatizações, abertura da economia, adoção do regime de câmbio flutuante, (des)aparelhamento do Estado, eleição de metas da inflação como a principal variável macroeconômica e busca pela manutenção de elevados superávits primários, iniciativas estas que foram implementadas e, até aprofundadas no governo FHC (MARQUES; MENDES, 2009; BEHRING, 2008). Ou seja, o processo de implementação do SUS foi influenciado pelo contexto econômico e político, pelas tensões existentes com a área econômica do governo federal e pelas condicionalidades impostas ao financiamento e ao conceito de saúde, enquanto universal e integrante da Seguridade Social (MARQUES; MENDES, 2009).

Nesse contexto, a Saúde brasileira foi sendo construída sob o domínio do capital portador de juros que trouxe impactos sobre a (des)construção da proteção social e sobre a relação capital/trabalho, num período em que o Brasil não mais crescia de forma duradoura e seu Estado havia perdido sua capacidade de investir, por força dos constrangimentos das dívidas interna e externa, das exigências do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do convencimento crescente na superioridade do mercado (MARQUES; MENDES, 2009).

Nesse processo contrário à expansão dos direitos sociais, em 1990, são aprovadas as leis 8.080/90 e 8.142/90 (Lei Orgânica da Saúde) para a regulamentação do SUS, consideradas como avanços, em relação o contexto de sua aprovação, pois nessa época houve demora na aprovação das mesmas devido a divergências de interesses sobre a concepção de política de saúde (BRAVO; MATOS, 2007).

Em relação à Lei Orgânica da Saúde, a intersectorialidade não apareceu grafada no interior das mesmas. Mas, a Lei 8.080 traz, no artigo 12 do capítulo III – da organização, da direção e da gestão -, a expressão *comissões intersectoriais* que deverão ser criadas em âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde que terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde (BRASIL, 1990). O cumprimento dos princípios oriundos da instituição legal do SUS, e dessas comissões em específico, segundo Abreu (2009), se viu atropelado pela política de repasses orçamentários que não conseguiu contemplar as necessidades dos municípios brasileiros, principalmente, porque intrínseco a esse processo está o avanço das políticas neoliberais que, a partir da década de 1990 se tornaram hegemônicas no Brasil.

Como se vê, o processo de implementação da política de saúde foi marcada por um processo de negociação e reconstrução da proposta original que ora avança, do ponto de vista do movimento sanitário, ora retrocede influenciado pela conjuntura política e econômica. Por isso, a fase de implementação do SUS deslocou-se da arena principal de formulação da política de saúde: do Parlamento para o Poder Executivo e, assim, a comunidade da saúde avaliou que as regras constitucionais (CF/88) e a Lei Orgânica da Saúde (leis 8080 e 8142) não eram suficientes para orientar o processo de descentralização (ARRETCHE, 2005). Por esse motivo, passaram a ser emitidas, pelo Ministério da Saúde (MS), as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), que tornaram-se o principal instrumento da reforma a partir do início da década de 1990²⁶, tornando-se também um objeto de intensa disputa (pelo seu conteúdo) ocasionando desvios e retrocessos na implementação da política de saúde, do ponto de vista do projeto de Reforma Sanitária (ARRETCHE, 2005). Desse modo, tanto as NOBs e as NOASs, como também a descentralização do sistema de saúde, defendidas pelo movimento sanitário como requisitos importantes para a Reforma Sanitária, foram utilizados pelo grupo conservador como forma de frear a implementação da política de saúde na perspectiva da universalidade e do direito.

²⁶ Face à edição do pacto da saúde que substitui todas as NOBs e NOAS vigentes até 2006, não iremos aqui fazer um resgate dessas normalizações. Para esse fim, recomenda-se a leitura de Arretche (2005), Bravo e Matos (2007) e Carvalho, Martin; Cordoni Jr. (2001).

Collor, desde que assumiu a presidência, ignorou os cuidados estabelecidos pelos constituintes não só em relação à utilização dos recursos em fins distintos à Seguridade como também pelo rompimento do próprio conceito de Seguridade (MARQUES; MENDES, 2009). Nestes termos, a construção e implementação do SUS foi marcado pela existência de um duplo movimento, resultado de ação permanente e contraditória de dois princípios que se imbricam, embora cada um deles aponte para objetivos específicos (MARQUES; MENDES, 2009). De um lado, destaca-se o “princípio da construção da universalidade’, que afirma o direito de cidadania às ações e serviços de saúde, viabilizando o acesso de todos, por meio da defesa permanente de recursos financeiros seguros” (MARQUES; MENDES, 2009, p. 63). De outro, identifica-se o princípio da “contenção de gasto’, uma reação que se articula em torno da defesa da racionalidade econômica”, na qual a diminuição das despesas públicas é o instrumento-chave para o combate do déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista e pela manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal (MARQUES; MENDES, 2009, p. 63).

A idéia desse duplo movimento, segundo Marques e Mendes (2009), no caminho do financiamento do SUS após a CF/88 não deve ser entendida como se fosse uma seqüência no tempo ou um movimento pendular, mas como um movimento dialético, pois os dois princípios têm raízes materiais e sociais que convivem de forma permanente e contraditória ao longo do processo de implementação do SUS. A defesa do princípio da construção da universalidade das ações e dos serviços de saúde, portanto, contribui para corrigir a expansão da política econômica ortodoxa, manifestando-se, principalmente, no embate contra os ditames dessa política econômica, por meio da busca da garantia de recursos financeiros (MARQUES; MENDES, 2009).

Após o *impeachment* de Collor, Itamar Franco torna-se presidente do Brasil, em 1992. Mas segundo Bravo e Matos (2007), tal governo não diferenciou-se do anterior, pois nada mudou em relação à qualidade de vida da população e o plano real continuou sendo a prioridade. Em 1994, é eleito Fernando Henrique Cardoso (FHC),

aprofundando a implantação do projeto neoliberal no Brasil por meio da materialização/implementação da contrarreforma do Estado.

O governo FHC (1995-98 e 1999-02) defendeu a idéia de que o Estado deve ser o suporte das condições do mercado globalizado, exercendo um novo papel de sustentação da competitividade em nível global (FALEIROS, 2004). Com tal intuito, FHC realizou reformas que buscaram a estabilização econômica, sob o argumento do crescimento econômico, geração de empregos e políticas sociais, tendo como fundamento a idéia da solidariedade e a parceria entre o governo e a comunidade com vistas ao combate da fome e da miséria (FALEIROS, 2004). Tais reformas, embora tenham ocasionado a diminuição de perdas inflacionárias, não diminuiu a desigualdade social (FALEIROS, 2004).

Esse contexto aumentou a vulnerabilidade do país às turbulências dos mercados internacionais, e se refletirá na Saúde. Segundo Bravo e Matos (2007), entre 1994 e 1998 houve um total descaso com a Política expressa pela não intervenção na área (em relação ao avanço das propostas do movimento sanitário).

Em 1998, José Serra assume o Ministério da Saúde (MS) e contribui para a adaptação da Política aos interesses da equipe econômica e o ajuste da mesma à proposta de contrarreforma do Estado por meio da “defesa de reestruturação do atendimento hospitalar e ambulatorial, pela regulamentação dos planos privados de saúde e pela normatização dos medicamentos” (BRAVO; MATOS, 2007, p. 205). Nesse contexto, o MS é transformado num órgão capaz de enfrentar a poderosa indústria farmacêutica, através da normalização dos remédios genéricos, e as empresas de planos e seguros de saúde, conseguindo apoio dos meios de comunicação e opinião pública (BRAVO; MATOS, 2007).

Foi no governo FHC que se aprofundou a implementação da contrarreforma do Estado, sob o argumento da necessidade de realização de reformas com vistas à condução de um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração gerencial eficiente, com o objetivo de superar a denominada administração pública burocrática (BRAVO; MATOS, 2007). Pode-se perceber que essa proposta de reforma do Estado,

defendida pelos seus ideólogos e implementada por FHC, trata a crise como se fosse apenas uma crise de uma forma de Estado – de âmbito meramente administrativo – e não uma crise econômica e política (BRAVO; MATOS, 2007). Concordamos com os autores que tal proposta caracteriza-se como uma estratégia de contrarreforma, pois o foco da reforma foi a delimitação das funções do Estado, a redução do grau de intervenção do mesmo, em nome da governança e da governabilidade²⁷. E, além disso, concorre com o processo de restrição dos direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora (BEHRING, 2008).

Bravo e Matos (2007) nos mostram que a reforma do Estado atinge o setor saúde, pois o documento do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) – nº 13, de 1998, e em especial o artigo de Bresser Pereira, apresenta uma proposta de reforma para a Saúde, dirigida para a assistência ambulatorial e hospitalar, afirmada no documento como uma das partes fundamentais e mais caras do SUS. O documento propõe três ações:

1ª) **Descentralização** com maior definição das atribuições e do poder de decisão das três esferas de governo, no qual são mantidos os estágios atuais: “centralizado’, ‘descentralização incipiente’, ‘descentralização parcial’ e ‘descentralização semiplena’” (BRAVO; MATOS, 2007, p. 208).

2ª) **Montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado**, composto por dois subsistemas. O primeiro caracterizado como porta de entrada que seriam os postos de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF), responsáveis pela integralidade das ações, encaminhamentos para atendimentos de casos de maior complexidade e de especialização para a rede ambulatorial e hospitalar, através de Autorização de Internação Hospitalar, que passaria a ser distribuída pelo número de habitantes e não mais por número de leitos (BRAVO; MATOS, 2007). O segundo subsistema intitulado de referência ambulatorial e especializada seria formado pelas

²⁷ Governança e governabilidade aqui referem-se à capacidade política de governar, derivada da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade; e a capacidade financeira e administrativa do Estado na implantação de suas políticas, ideais defendidos por Bresser Pereira e pela equipe econômica de plantão (BRAVO; MATOS, 2007).

unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados (estatais – futuramente Organizações Sociais -, públicos não-estatais e privados).

3ª) **Montagem de um sistema de informações em saúde**, gerenciado pelo SUS, através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), para controle de despesas, avaliação da qualidade, gerenciamento de indicadores para a vigilância epidemiológica e para medir os resultados obtidos, no qual os dados deverão estar disponíveis em rede, para possibilitar o controle da execução dos recursos (BRAVO; MATOS, 2007).

Bravo e Matos (2007) mostram que o projeto privatista avança na implementação dessa proposta de reforma da saúde. Ressaltam que os aspectos dessa reforma proposta são encontrados em diversas normalizações elaboradas na segunda metade da década de 90: a Norma Operacional Básica (NOB/96), a regulamentação dos planos e seguros de saúde e dos preços dos medicamentos, incluindo o estabelecimento dos genéricos. Os autores destacam que a NOB/96, ao enfatizar os PSFs e Agentes Comunitários de Saúde (PACS), têm clara orientação focal, priorizando a atenção básica desarticulada da atenção secundária e terciária, além de nela o SUS estar dividido em dois: o hospitalar (de referência) e o básico – através dos programas focais. Destacam que essa proposição, apesar de ser anterior, está articulada ao documento do MARE, de 1998, que deixa subentendidos dois sistemas: um SUS para os pobres e outro sistema para os consumidores (BRAVO; MATOS, 2007).

As proposições da contrarreforma da saúde pretendem que os trabalhadores sejam os novos financiadores do capital através dos planos de saúde privados, com a despolitização da esfera pública e a defesa da solidariedade interclasses. Nessa ótica, o cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor, sendo o primeiro, objeto das políticas públicas e do pacote mínimo para a saúde previsto pelo Banco Mundial, e o segundo, aquele que tem acesso aos serviços via mercado (BRAVO; MATOS, 2007).

Quanto ao princípio da descentralização, esta se caracteriza pelo repasse acelerado de encargos e responsabilidades diretamente para os municípios, muitos dos quais

incompatíveis com as suas distintas realidades e possibilidades. Entre os problemas elencados por Soares (2000), destacam-se:

- Transferência de encargos não acompanhada de forma equivalente pela descentralização de recursos em quantidade e qualidade, com fluxos irregulares, e sem respeitar as reais necessidades de saúde das prefeituras e órgãos municipais;
- Desmonte das estruturas/equipamentos sociais federais e/ou estaduais existentes;
- Aumento das iniquidades regionais devido à concepção de descentralização como municipalização, provocando a fragmentação das ações e a diminuição da sua efetividade.

E, por fim, Soares (2000) critica os atuais PACS, que em sua concepção, têm sido o carro-chefe daquilo que vem sendo denominado de reversão do modelo assistencial. Para a autora (2000), esses programas são verticais, impostos de cima para baixo pelo MS, desconsideram a heterogeneidade entre os municípios na oferta de serviços de saúde e o heterogêneo e complexo quadro epidemiológico brasileiro que demanda serviços de saúde em todos os níveis de complexidade e, têm substituído profissionais qualificados por pessoas sem qualificação, com remuneração baixíssima, com contratos de trabalho precários.

Esses retrocessos, favorecidos pela efetivação da contrarreforma realizada no governo FHC, explicitam a não materialização da saúde enquanto direito social e universal e “a consolidação do mercado de planos privados e seguros privados de saúde” (SANTOS, 2007, p. 432) que fortaleceu a hegemonia do projeto privatista, em detrimento da universalidade, e a “consolidação do projeto de saúde voltado para o mercado” (BRAVO, 2006, p. 99). Portanto, na contemporaneidade, a Saúde acaba ficando vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade que, por sua vez, é responsabilizada a assumir os custos relativos à busca de soluções para seus problemas de saúde (SOARES, 2003).

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) – um dos principais espaços de luta do movimento, responsável pelos avanços alcançados pela Política foi quem iniciou a discussão da intersetorialidade na Política de Saúde brasileira (ABREU, 2009). Instituídas em 1937, e convocadas pelo Executivo federal, tinham o objetivo de dar respostas a essa instância governamental e promover o intercâmbio de informações, sem qualquer menção a processos deliberativos (ESCOREL; BLOCH, 2005). De 1941 até 2007 foram realizadas 13 (treze) CNS. Destas, sete conferências – da 7ª a 13ª CNS – contemplaram em suas agendas o tema da intersetorialidade²⁸.

Destas sete CNS, uma ocorreu no governo do último presidente militar, o general João Figueiredo (a 7ª em 1980), uma no governo de José Sarney (a 8ª em 1986), uma no governo Collor (a 9ª em 1992), duas no governo FHC (a 10ª em 1996 e a 11ª em 2000), e duas no governo Lula (a 12ª em 2003 e a 13ª em 2007). Os temas discutidos foram:

- “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” – 7ª CNS;
- “A saúde é direito de todos e dever do Estado” – 8ª CNS;
- “Saúde: municipalização é o caminho” – 9ª CNS;
- “SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida” – 10ª CNS;
- “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social – 11ª CNS;
- “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a Saúde que temos, o SUS que queremos” – 12ª CNS;
- “Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento” – 13ª CNS.

Pela importância quanto à potencialidade para a efetivação da Saúde como direito social e universal e condução da própria Política, analisamos os relatórios finais e anais das CNS com a finalidade de identificar como a intersetorialidade aparece nela inscrita. Considerando o objeto do nosso estudo, buscamos analisar se a intersetorialidade foi discutida nas CNS, se foi apresentada como uma das demandas e qual a

²⁸ Para o estudo das CNS que antecedem a 7ª Conferência indicamos a leitura de Escorel e Bloch (2005).

argumentação utilizada em sua defesa. Partindo do fato de que as conferências, assim como os conselhos de Saúde e os fóruns, são espaços de participação e controle social, questionávamos: qual o sentido da intersectorialidade ali inscritos? A quais projetos reforçavam?

3.1.1 Da 7ª a 13ª CNS e o debate sobre a intersectorialidade

A 7ª CNS foi realizada em 1980, no processo de abertura política iniciado em Geisel e completado pelo general João Figueiredo. O primeiro ano desse governo foi caracterizado pelo decreto de anistia política e volta dos exilados, pela realização da 7ª Conferência e, pela realização de eleições diretas para governadores dos estados brasileiros (em 1982) (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). A 7ª conferência teve como tema a “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” (BRASIL, 1980). Esse evento teve como finalidade promover o debate de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) (BRASIL, 1980).

Entre os subtemas discutidos destacaram-se, entre outros, a: a) regionalização e organização dos serviços nas unidades federadas; b) saneamento e habitação nos serviços básicos de saúde; c) desenvolvimento de recursos humanos para os serviços de saúde; d) participação comunitária (BRASIL, 1980); Ou seja, as discussões realizadas na conferência, giraram em torno da institucionalização do SUS no território brasileiro.

Segundo Scorel e Bloch (2005), a 7ª CNS foi realizada num momento em que o movimento sanitário havia se articulado em torno de um pensamento e de uma proposta de transformação do setor saúde. Essa CNS é considerada um marco em relação à discussão da intersectorialidade (ABREU, 2009). É nela que se travaram as discussões que defendiam a atenção primária à saúde que tinha como marco

conceitual e operativo, a participação real e efetiva dos outros setores, conforme definido na Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978.

Na 7ª CNS, a intersetorialidade aparece como estratégia de coordenação entre os setores responsáveis pela execução de políticas sociais visando a propagação da atenção primária em saúde. Esse ideal foi defendido pela Conferência de Alma Ata. Nela foi enfatizado que a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença (OMS, 1978). A saúde, portanto, deverá ser buscada como um direito humano fundamental e como uma meta social mundial, cuja realização requer a participação de muitos outros setores, sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS, 1978). Embora tenha sido defendida, na 7ª CNS, a realização efetiva da intersetorialidade não se realizará tão facilmente, pois ela não contém apenas a dimensão operativa e nem está desvinculada do contexto econômico e político, no qual será discutida e defendida, e ora ignorada, conformes os interesses em jogo.

Como vimos na introdução, essa década, é um período de nova crise nos Estados Unidos (BOSCHETTI, 2008) que repercute no Brasil, tanto na área econômica – agravada com a crise do período pós-milagre, gerando tensões populares e vários episódios de saques a supermercados -, quanto na área social - contestação ao sistema de saúde governamental (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). E, em 1985, Tancredo Neves, foi eleito presidente, mas falece antes de tomar posse, assumindo em seu lugar, o vice-presidente José Sarney (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005). Seu governo, na área econômica, caracterizou-se pela criação de dois planos, o Cruzado I e II objetivando, naquele momento, o controle da hiper-inflação, da estabilidade e do crescimento econômico (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Esse contexto, somado a conflitos entre o pensamento de esquerda e o núcleo conservador do governo, possibilitaram a proposta de realização de uma CNS com ampla participação da sociedade civil, contando com o protagonismo dos trabalhadores dos setores populares (PAIM, 2007). Referimo-nos a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), considerada um marco histórico e momento significativo para a construção de estratégias de democratização da saúde, pois foi nela que se introduziu no cenário da

discussão da saúde, a participação social e foi nela que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A 8ª CNS destacou a necessidade da reformulação do conceito de saúde e sua correspondência institucional, a natureza do sistema – se estatal ou não, de implantação imediata ou progressiva - e a unificação do Inamps com o Ministério da Saúde. Para os conferencistas, a Previdência Social deveria ater-se às ações próprias do seguro social, enquanto a saúde deveria ser entregue a um órgão federal com novas características – sendo financiada com recursos oriundos de diferentes receitas e seu orçamento contaria com recursos provenientes do Inamps (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que sintetizou as idéias fundamentais expressas no evento e definiu os seguintes princípios da Reforma:

- **Participação** por meio da inclusão representativa da população e de trabalhadores de saúde no processo decisório e no controle dos serviços – que não ocorria até então;
- **Equidade**, na qual todos devem ter igual acesso aos serviços de saúde, contudo alguns precisam de uma maior atenção;
- **Descentralização** baseada na idéia de multiplicação dos centros de poder a serem realizados através da municipalização;
- **Integralidade** no sentido de que todos devem ter acesso a todos os níveis de serviços de saúde prestados, isto é, implica a superação da dicotomia entre serviços preventivos e curativos, ou seja, focar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, extrapolando o setor saúde; e
- **Universalização** significando a igualdade de acesso aos serviços assistenciais de saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI Jr., 2001).

Esses foram os princípios delineados para a efetivação da Reforma Sanitária e que encontraram obstáculos estruturais e conjunturais para sua implementação. Essas

proposições defendidas pelo movimento sanitário foram, a partir de década de 1990, modificadas por influência dos grupos conservadores contrários ao projeto da Reforma Sanitária.

No mesmo ano da 8ª CNS (1986), foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Otawa (Canadá). As discussões ocorridas nesse evento foram baseadas na Conferência Internacional de Alma Ata e no debate realizado na Assembléia Mundial sobre as ações intersetoriais (ABREU, 2009). Nessa Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Otawa, enfatizou-se a idéia de que a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia (OMS, 1986). As pessoas, famílias e comunidades também deverão envolver-se nesse processo de busca pela elevação do nível de saúde (OMS, 1986), o que contribui para o fortalecimento e efetivação da idéia de privatização do bem-estar (SOARES, 2003).

Retomando a 8ª CNS, no que diz respeito especificamente a intersectorialidade, apesar de a Conferência problematizar a saúde como resultante de condições múltiplas de vivência, não há nela uma referência à intersectorialidade. Isso porque, no período que antecedeu a promulgação da Constituição Federal de 1988, a luta do movimento pela saúde passou a ser mais setorial (no âmbito da saúde) devido à existência de divergências dentro do próprio movimento em relação à concepção de Seguridade Social a ser inscrita na Lei maior do país (ABREU, 2009). Reunidos em torno da Plenária Nacional da Saúde (PNS)²⁹(fórum de entidades interessadas na questão da saúde no Brasil) o movimento sanitário defendia o direito social à saúde no processo da constituinte, e, consolidação da Lei Orgânica da Saúde (LOS).

²⁹ Considerada, pelo movimento sanitário, como canal de expressão política, surgiu como resultado da atuação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), criada, ao final da 8ª CNS, com o objetivo de transformar o relatório final da Conferência em proposta concreta de sistema de saúde para leva-la à Assembléia Nacional Constituinte (ANC) (ABREU, 2009). A Plenária objetivou, além de acompanhar os trabalhos da ANC, o de manter uma ligação entre a CNRS e a sociedade civil organizada que havia participado da 8ª CNS (ABREU, 2009).

A intersetorialidade na PNS perpassou toda a sua ação, pois além de discutir o tema, ela trazia em sua estrutura, não apenas instituições relacionadas ao setor saúde, envolvendo diferentes segmentos (ABREU, 2009). Na Plenária, a intersetorialidade foi discutida como responsabilidade do Estado em termos de sua efetivação, e, apresentou duas dimensões: política e técnica. A primeira dimensão se refere à capacidade que a PNS tinha de fomentar discussão entre setores sociais que tem diferentes formas de organização e expressão em torno de uma luta política que defendia o direito a saúde como dever do Estado e direito de todos, democracia e mudanças sociais e, a segunda, à implementação de conceitos defendidos pelo movimento sanitário em termos concretos e operacionais (ABREU, 2009).

Entretanto, a discussão da intersetorialidade foi atravessada por contradições dentro do próprio movimento social que a defendia, uma vez que ela apareceu também como um conceito vazio, deixando de ser discutida no processo da institucionalização da política de saúde brasileira, porque o movimento sanitário não tinha apenas um posicionamento no que se refere à noção de Seguridade Social a ser instituída na CF/88³⁰ (ABREU, 2009). A partir de então, a luta passou a ser mais setorial (no âmbito da saúde) do que intersetorial (da saúde relacionada a todas as políticas sociais) (ABREU, 2009). O movimento sanitário temia que a existência de um só Ministério da Seguridade Social implicasse um golpe e uma ameaça ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à construção de um Ministério da Saúde fortalecido (ABREU, 2009). Esse contexto favoreceu a não inserção da intersetorialidade na agenda de discussão, não só da 8ª, mas também da 9ª CNS.

³⁰ Uma frente do movimento acreditava que o conceito de seguridade social como foi estruturado, englobando apenas as políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência Social, era dotado de reducionismos, pois ficaram de fora o conceito de outras políticas sociais que poderiam ter sido também incluídas: o idoso, a família, o deficiente, o índio, a educação, o lazer, o esporte, entre outras (ABREU, 2009). Além de ratificarem o reducionismo no conceito da Seguridade Social, a seu ver, remeteram o conceito a forças políticas a favor da manutenção das estruturas do antigo Ministério da Previdência Social (MPS) ao qual seria apenas acrescido o Ministério da Saúde (MS) (ABREU, 2009). Logo, temiam que a saúde ficasse relegada a um plano secundário em relação às outras políticas e, além disso, suspeitavam que a inserção da saúde no campo da seguridade social poderia ser um golpe que visava a instauração de uma política de saúde contrária à defendida pelo movimento (ABREU, 2009). Essa frente acreditava que o ideal seria a estruturação de um conceito de seguridade social que englobasse políticas que garantissem qualidade de vida para a população na perspectiva do direito social (ABREU, 2009).

Tendo como tema: “Saúde: municipalização é o caminho”, a 9ª CNS foi realizada em 1992, antecedida pelas etapas municipal e estadual (BRASIL, 1992). Inúmeras tentativas de desestabilização da 9ª CNS e de cancelamento da mesma foram realizadas, representadas por sucessivos adiamentos devido à identificação de contradições, por parte da direção do MS, entre suas propostas e aquelas que vinham dos municípios e estados, demonstrando a dificuldade de diálogo do governo com a sociedade brasileira (BRASIL, 1992).

A 9ª CNS ocorre por pressão do Conselho Nacional de Saúde e dos diferentes setores envolvidos com a causa da Reforma Sanitária (RS). Entre seus resultados finais, destacam-se três vertentes: reafirmação do texto constitucional, do Sistema Único de Saúde (SUS) - financiamento, recursos humanos e controle social – e debate sobre crises do Estado e do governo (BRASIL, 1992). Nela a “Carta da 9ª CNS à sociedade brasileira” (com o subtítulo “Fora Collor”), continha a crise ética do governo que, somada ao modelo de desenvolvimento econômico proposto, contribuiu para o agravamento da crise política, econômica e social em que se encontrava o país (BRASIL, 1992).

A intersectorialidade não compôs a agenda dessa Conferência. Não apareceu a palavra grafada. Entretanto, identificamos, nos anais e nos relatórios da 9ª CNS, as palavras **integração** e **articulação** da Saúde com as outras políticas sociais – Educação, Ciência e Tecnologia, Saneamento Básico (BRASIL, 1992).

Como já apontado, a partir de 1990, como reflexo da reconfiguração do capital em nível mundial, o Brasil entrou num período marcado, segundo Behring (2008), por uma nova ofensiva burguesa no país, dando início ao processo de contrarreforma que promoveu transformações no âmbito do Estado e em sua relação com a sociedade, solapando a possibilidade política de uma reforma democrática brasileira, iniciada com a redemocratização, promovendo, por sua vez, a perda e restrição dos direitos sociais inscritos na CF/88.

O discurso da equipe econômica do governo federal, nessa época, afirmava que a ordem social consagrada em 1988 era perdulária, paternalista e ampliadora do déficit

público. Aliado a esse discurso, emergiu a idéia de que, desde 1980, tanto a América Latina, como o Brasil, foram atingidos pela crise fiscal e pela crise da dívida externa e que a solução seria a realização de uma disciplina fiscal, privatização e liberalização comercial. Com base nesses argumentos, foi posto em prática denominado projeto de (contra)Reforma do Estado.

No âmbito da aparência, com base nesse projeto de reforma³¹, defendido por Bresser Pereira, o Estado deverá ser reconstruído em articulação com o mercado, do qual deverá contratar a realização de serviços, inclusive para a área social (BEHRING, 2008). Portanto, nessa perspectiva, cabe ao Estado um papel coordenador suplementar, gerenciador, e, gradativamente, menos executor, para resolver a questão da crise fiscal, do excesso de regulação e a rigidez e ineficiência do serviço público, com vistas à recuperação da legitimidade e da capacidade financeira e administrativa de governar (BEHRING, 2008). Entretanto, o lugar da política social é deslocado: “os serviços de saúde e educação, dentre outros, serão contratados e executados por organizações públicas não-estatais competitivas” (BEHRING, 2008, p. 173). No governo FHC, o Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (PDRE-Mare) é a síntese dessa idéia (BEHRING, 2008).

Nesse contexto, a *integração* da Saúde com as outras políticas sociais, proposta na 9ª CNS (BRASIL, 1992), contribui para a diminuição e contenção de gastos na implementação da política e, conseqüentemente, no âmbito do Estado. Além disso, embora não seja essa a intenção do movimento sanitário, a intersectorialidade acabou sendo apropriada pelo Estado no sentido de integrar Estado e mercado na implementação das políticas sociais de responsabilidade do mesmo.

A 10ª CNS, realizada em 1996, teve como tema: “SUS – construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida” e ocorreu um ano após a realização da 1ª Conferência Nacional de Assistência Social (CNAS), no segundo ano do governo de FHC. Este governo priorizou a defesa e implementação do Plano Real – integrante de

³¹ Behring (2008) denomina de contrarreforma do Estado, pois compõe-se de um conjunto de mudanças estruturais regressivas, antinacionais e antidemocráticas que atinge negativamente a classe trabalhadora.

vários planos de estabilização econômica, propostos e patrocinados pelas instituições internacionais – com vistas ao controle da inflação (BEHRING, 2008). FHC foi escolhido pela burguesia brasileira para viabilizar no Brasil a coalizão de poder capaz de dar sustentação e permanência do programa de estabilização do FMI e viabilidade política às reformas preconizadas pelo Banco Mundial, ações complementares ao processo de mundialização do capital (BEHRING, 2008).

O Plano Real colocou a inflação sob controle. Todavia, combinado à reestruturação produtiva, resultou no aumento do desemprego, que levou ao empobrecimento, e aumento da violência, o que corroborou para o aumento generalizado da demanda por serviços sociais públicos, num contexto de corte de gastos para a área social e privatização (mercantilização) de serviços sociais (BEHRING, 2008).

Nesse contexto, discutiu-se na 10ª CNS a construção de modelo de atenção à saúde³² (BRASIL, 1997). As deliberações desse evento objetivaram, segundo seus organizadores, aprofundar e consolidar a efetivação da política pública de saúde no território brasileiro, bem como resgatar a defesa, por toda a sociedade, dos direitos de cidadania, da qualidade de vida, **das políticas públicas intersetoriais** consideradas como ampliadoras da saúde e redutoras das desigualdades sociais e dos princípios e diretrizes do SUS e da Seguridade Social (BRASIL, 1997). Contudo, a intersetorialidade, por si só, é incapaz de ampliar a saúde e reduzir as desigualdades sociais, pois ambas estão intrinsecamente relacionadas ao contexto econômico, à vontade política e às escolhas vinculadas a diferentes projetos societários, bem como à correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia (BEHRING, 2008).

Na “Carta da 10ª Conferência Nacional de Saúde”, o SUS é defendido como o exemplo mais importante de democratização do Estado e reafirmado como garantia, a toda a população, do acesso às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação à saúde (BRASIL, 1997). Nela também é explicitada a necessidade da criação de uma **nova cultura de intervenções, com fortalecimento de ações intersetoriais**, “com

³² Nesse mesmo ano de 1996 foi elaborada a Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96).

participação da sociedade, parcerias e solidariedade, que dependem, também, de soluções urgentes a favor da redistribuição de renda, de políticas urbanas adequadas, de geração de emprego e reforma agrária imediata” (BRASIL, 1997, p. 8) (negritos nossos).

A idéia da necessidade da criação de uma **nova cultura de intervenções, com fortalecimento de ações intersetoriais**, “com participação da sociedade, parcerias e solidariedade” pode conter duas interpretações: se por um lado, pode significar a defesa da redução do papel do Estado na prestação direta de serviços, devendo se manter mais como um regulador, atuando como um administrador “gerencial, flexível e eficiente” (BEHRING, 2008, p. 179), por outro, pode também conter seu oposto, ampliação das ações e do papel do Estado na execução da política de saúde.

As idéias de criação de uma **nova cultura de intervenções, desenvolvimento de ações intersetoriais, com participação da sociedade, parcerias e solidariedade**, estiveram presentes no carro-chefe do governo de FHC: o Programa Comunidade Solidária (PCS), principal exemplo do reforço dos esquemas tradicionais de poder, como as práticas do clientelismo e do favor, realizadas por meio da distribuição de cestas de alimentos (BEHRING, 2008). Esse Programa foi um exemplo da relação contraditória do governo com o conceito constitucional de seguridade social – contribuindo para sua desintegração -, pois foi organizado por fora do sistema e ignorou a LOAS, recebendo ao longo dos últimos anos uma dotação orçamentária superior à do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), contribuindo para uma redefinição conservadora dos programas sociais, de perfil seletivo e focalizado, contrariando as possibilidades de formulação de políticas sociais regidas por princípios universais de direitos sociais e de cidadania (BEHRING, 2008).

O PCS, trazia em seu interior o discurso em defesa do terceiro setor, e da legislação que consolidou o PDRE-Mare, acerca do chamado setor público não-estatal, aliado ao impulso do discurso da solidariedade e da parceria com a sociedade civil, contribuindo para uma redefinição conservadora da relação Estado sociedade (BEHRING, 2008). Nestes termos, em consonância com o PDRE-Mare e com o Programa de Publicização,

o PCS serviu para estimular a implementação da seguridade, e nela inscrita a Saúde, como circunscrita ao âmbito do privado, a ser assumida por agências e organizações sociais, na qualidade de atividades não-exclusivas do Estado (BEHRING, 2008). Assim, sob o argumento do equilíbrio fiscal e também da busca de eficácia, os serviços sociais foram repassados para entidades públicas não-estatais, por meio do projeto das organizações sociais, ao lado da terceirização de atividades, em sintonia com o chamado terceiro setor e com a mobilização do voluntariado (BEHRING, 2008).

É no mesmo ano de realização da 10ª CNS que a NOB/96 é aprovada. Ela trazia as regras para a descentralização referentes às transferências automáticas para estados e municípios (ARRETCHE, 2005). Segundo Escorel e Bloch (2005), a NOB/96 foi ponto de discussão e polêmica durante a realização da 10ª CNS. A principal crítica foi ao fato de ter sido publicada às vésperas da Conferência, impossibilitando que suas propostas fossem incorporadas (ESCOREL; BLOCH, 2005).

Como tema da agenda da 10ª CNS, e considerada como ampliadora da saúde e capaz de reduzir as desigualdades sociais, a intersectorialidade, aparece no eixo “**Saúde, cidadania e políticas públicas**”, no qual o Estado deve se responsabilizar pela formulação e implementação de políticas que integrem saúde, educação, alimentação e nutrição, moradia, informação pública, saneamento, meio ambiente, geração de emprego e de renda, distribuição e acesso à terra (BRASIL, 1997). E para tanto, deve entre outras coisas, implantar a **comissão intersectorial** – conforme previsto na LOS -, com competência para **articular políticas e programas de interesse da saúde**, bem como realizar a **I Conferência Intersectorial sobre políticas públicas**³³, envolvendo todos os segmentos da sociedade (BRASIL, 1997). Já no eixo “Gestão em saúde”, deliberou-se que os gestores do SUS devem elaborar Planos de saúde de forma estratégica, participativa, *intersectorializada*, regionalizada e ascendente, como instrumentos de gestão, reformulados a cada dois anos, com a deliberação dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1997). Ou seja, a intersectorialidade deverá compor os Planos da área da Saúde.

³³ Não localizamos documentos que indiquem a realização dessa conferência.

A intersetorialidade defendida nessa CNS refere-se ao conceito mais abrangente de saúde como resultado de fatores determinantes e condicionantes como o meio físico (condições geográficas, saneamento, habitação e alimentação), o meio econômico e cultural (educação, renda, ocupação), e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde, concepção esta inscrita na CF/88 (ABREU, 2009). Porém, a defesa da saúde como direito social e universal, e nela inserida a intersetorialidade, se realizou num contexto em que os padrões universalistas e redistributivistas de proteção social passaram a ser fortemente tensionados pelas estratégias de extração de superlucros (BEHRING, 2008).

E tudo isso ocorre num período em que as forças de resistência encontravam-se fragmentadas, principalmente, o movimento operário. A tendência, a partir de então, passou a ser de redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, e com isso as políticas sociais são transformadas em ações pontuais e compensatórias dos efeitos mais perversos da crise, “prevalecendo o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização”, compreendida como repasse de responsabilidades para entes federados ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais, que configuram o setor público não-estatal, componente fundamental do Programa de Publicização, item do projeto de reforma do Estado (BEHRING, 2008, p. 248). A intersetorialidade, incorporada pelo Estado nessa perspectiva, pode fortalecer no âmbito da Saúde a perspectiva do não-direito, da desresponsabilização do Estado na sua execução e da mercantilização da mesma.

A 11ª CNS, que ocorreu no ano 2000, ainda no governo de FHC, debateu o tema: “Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. A Conferência destacou o processo de implementação do SUS com as dificuldades e propostas para sua efetivação, afirmando que "a efetivação do SUS só é possível com controle social" (BRASIL, 2001). Foi também, a primeira conferência em que apareceu o tema da humanização na atenção à saúde. Pretendeu contribuir para o fortalecimento do modelo de atendimento público de saúde no país (BRASIL, 2001). A intersetorialidade entrou novamente na agenda desse evento. Na Carta da 11ª CNS,

em relação à agenda para a efetivação do SUS e do controle social, defendeu-se a melhoria as condições de saúde e da **existência efetiva de políticas intersetoriais** e de compromisso com a vida e a dignidade humana (BRASIL, 2001). Em relação ao modelo assistencial, os participantes da Conferência, reconheceram que o mesmo continuava fragmentado e a intersectorialidade precária, bem como que o PACS e o PSF corriam o risco de se tornarem sobreposições de ações do serviço de atenção básica (BRASIL, 2001).

Em relação à intersectorialidade, no eixo “controle social” está proposto a criação de comissões intersetoriais de saúde da mulher, no âmbito estadual, para a criação de condições de participação das mulheres nas instâncias de controle social (BRASIL, 2001). Já no eixo “determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país”, os participantes da 11ª CNS reafirmam a necessidade de orientar políticas públicas a partir da compreensão da determinação social das condições de saúde – relacionada ao meio físico, ao meio sócio-econômico e cultural, e à oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e à recuperação da saúde - e consideram que o artigo 196 da CF seja cumprido, além de reconhecerem que as políticas econômicas e sociais devem visar a redução de riscos e agravos à saúde das populações e, por isso propõem: a) *articulação de vários setores e órgãos do governo*, de forma a promover políticas integradas e privilegiar o financiamento das políticas sociais, de forma a potencializar a qualidade de vida população, “o que só poderá ser viabilizado com a mudança do modelo econômico” (BRASIL, 2001, p. 104); b) criação de um Conselho Nacional Intersetorial³⁴ para agregar as diferentes áreas de políticas públicas de forma a estabelecer, em todos os níveis de governo, intercâmbio permanente entre os diferentes conselhos das políticas sociais existentes, como forma de promover a atuação intersetorial (BRASIL, 2001); e c) estímulo às estratégias de promoção da saúde, por meio de políticas intersetoriais, com a finalidade de aumentar a qualidade de vida e a autonomia dos cidadãos (BRASIL, 2001).

³⁴ Há na estrutura do Conselho Nacional de Saúde várias Comissões intersetoriais (de eliminação da hanseníase, de saúde indígena, saúde mental etc), mas não um Conselho Intersetorial.

A intersectorialidade, nessa Conferência, foi entendida como fundamental para a superação da verticalização, da desarticulação, fragmentação e pulverização das políticas sociais. Por isso, para os participantes, para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, deve ser priorizada a articulação entre as políticas de educação, habitação, emprego e renda, saneamento básico e meio ambiente (BRASIL, 2001). Defendem ainda que **a implementação de políticas intersectoriais deve ser realizada, em âmbito local**, sob a concepção de municípios e ambientes saudáveis (BRASIL, 2001). Todavia, o foco no local, na comunidade é uma das estratégias do reinado do minimalismo no social para enfrentar a globalização no econômico – só para o capital – no qual impera, sutilmente, a substituição: do direito pela filantropia, dos cidadãos pelos pobres, do permanente pelo provisório e o emergencial, políticas públicas para o emergencial e do nacional e o regional pelo local (SOARES, 2003). A intersectorialidade também está demarcada no eixo “organização da atenção à saúde” – Atenção básica: rede, PSF e PACS, no qual as ações intersectoriais de promoção da saúde devem ocorrer por intermédio do conceito de municípios saudáveis (BRASIL, 2001).

Em 2003 foi realizada a 12ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a Saúde que temos, o SUS que queremos”. Seu objetivo foi definir orientações para o plano plurianual de saúde do governo Lula e as principais diretrizes a serem incorporadas ao SUS (BRAVO, 2006) no período de 2003-2007 (BRASIL, 2004). Esse período inicial do governo Lula foi marcado pelas expectativas dos movimentos sociais, inclusive do movimento sanitário – visível no relatório final da Conferência que se inicia com um texto intitulado “Aqui é permitido sonhar” -, de que, tendo um representante da classe trabalhadora no governo, a efetivação dos direitos sociais, inscritos na Carta Magna, iria ocorrer, o que não aconteceu.

Também chamada de Conferência Sérgio Arouca³⁵ (em homenagem ao sanitarista e ex-secretário de gestão participativa do MS) teve como eixo principal o lema “saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos” (BRASIL, 2004). O evento, antecipado para 2003, reafirmou as diretrizes

³⁵ Sérgio Arouca faleceu em agosto de 2003 (menos de 4 meses da 12ª CNS).

constitucionais de universalidade, integralidade, descentralização e participação social em saúde (BRASIL, 2004). Essas diretrizes foram reafirmadas nesse ano porque, após 15 anos de aprovação da CF/88 e 13 anos da aprovação da LOS, elas ainda não foram de fato efetivadas, ou seja, “o conceito retardatário, híbrido, distorcido ou inconcluso da seguridade social brasileira [...] encontrou dificuldades antigas e novas ainda maiores para consolidar-se” (BEHRING, 2008, p. 250).

Na 12ª CNS, a intersetorialidade recebeu um destaque maior, sendo um dos eixos desta (eixo III: a intersetorialidade das ações de saúde). Neste, ela aparece como potencializada por meio das ações articuladas do governo (as três esferas do governo) com a sociedade organizada (BRASIL, 2004). Para os participantes dessa Conferência, **a articulação entre os ministérios é o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária**, por conseguinte, defenderam a priorização dos problemas de saúde e a garantia da sua abordagem de forma intersetorial, como política de governo (BRASIL, 2004).

A **intersetorialidade, no relatório da Conferência é considerada como prática de ação política e de gestão**, vinculada à compreensão sistêmica dos problemas, com seus determinantes e condicionantes interligados e interdependentes (BRASIL, 2004). Por isso, os participantes do evento, defenderam que a obtenção da equidade em saúde depende da implementação de política intersetoriais, pois para eles, as iniquidades são determinadas pelas desigualdades no acesso, na distribuição e na oferta de bens geradores de qualidade de vida, a saber: “renda familiar, trabalho (urbano e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar e nutricional, equidade na qualidade do ensino, lazer e outros” (BRASIL, 2004, p. 43).

Compondo o eixo III, a intersetorialidade aparece como:

- Ampliação da compreensão da **saúde** no sentido de **qualidade de vida**, garantindo a sua abordagem de forma intersetorial e como política de governo (BRASIL, 2004, p. 44);

- Rompimento com as **práticas de políticas setoriais isoladas**, garantindo a construção de agendas intersetoriais baseadas nas diretrizes das Conferências nacionais das políticas sociais existentes, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas, evitando a sobreposição de iniciativas e de recursos (BRASIL, 2004, p. 44).
- Desenvolvimento de uma **cultura de intersectorialidade** com a população, gestores, trabalhadores de Conselhos de Saúde, que deve se manifestar nas práticas cotidianas desses atores (BRASIL, 2004);
- Desenvolvimento de **políticas intersetoriais para o enfrentamento da violência**, em todas as suas modalidades, articulando, nas três esferas de governo, os setores de educação, saúde, segurança pública e alimentar, assistência social, comunicação, direitos humanos e cidadania (BRASIL, 2004).

Aparece também no item da “articulação intersectorial das políticas públicas”, no qual destacam-se as deliberações em relação às três esferas de governo: a) promoção e articulação entre os serviços públicos de saúde, as instituições de pesquisa e a sociedade; b) desenvolvimento de políticas intersetoriais, assegurando o controle social, voltadas para a garantia da promoção da saúde e a qualidade de vida; c) criação e implementação de uma agenda intersectorial para a saúde da população brasileira; d) fortalecimento da intersectorialidade na elaboração dos planos anuais e plurianuais dos ministérios e secretarias, e; e) proposição de ações intersetoriais, com execução e gerenciamento exclusivo do poder público (BRASIL, 2004). Além dessas ações que deverão ser realizadas nas três esferas de governo, cita-se ainda, a criação e garantia do funcionamento de fóruns permanentes de discussão e definição das políticas públicas intersetoriais (BRASIL, 2004). Já em relação ao item “intersectorialidade em políticas específicas”, as deliberações referem-se à implementação da política de saúde, vinculada às demais políticas sociais (BRASIL, 2004). Mesmo reconhecendo os avanços alcançados pelo SUS a partir da CF/88, e que as conferências são um espaço de luta importante, esta conferência não avançou no fortalecimento da Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

A intersetorialidade, além de ter sido discutida na 12ª CNS, um ano depois foi grafada no Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2007. Neste plano, a intersetorialidade está situada no eixo relacionado às linhas de atenção à saúde. Entre os objetivos, destaca-se o de:

efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e **promovendo a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde** (BRASIL, 2005, p. 13, grifos nossos).

Desde a década de 1970, os documentos do Banco Mundial (BM) - produzidos especialmente para o Brasil - já apresentavam diretrizes para uma reforma na política de saúde, centradas em

[...] **quebra da universalidade** do atendimento à saúde, **a priorização da atenção básica**, **a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde** e simplificação dos mesmos, **a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres** (CORREIA, 2007, p. 20) (grifos nossos).

A intersetorialidade no Plano Nacional de Saúde 2004-2007, com o objetivo de *efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS*, está inteiramente adequada aos ideais do BM e do capital, bem como ao contexto de contrarreforma do Estado (CORREIA, 2007; BRAVO, 2007; BEHRING, 2008). Ao contrário da concepção defendida nas CNS - principal estratégia para a universalização da saúde e da integralidade das ações do sistema público –, a intersetorialidade acaba contribuindo para a não efetivação dos princípios defendidos pelo movimento sanitário, ou seja, poderá favorecer: 1) a **quebra da universalidade ou rompimento com o caráter universal do sistema público**, ficando este encarregado de prestar atendimento aos mais pobres que não podem pagar pelos serviços no mercado, através de um modelo assistencial baseado na oferta da atenção básica e na racionalização da média e alta complexidade (CORREIA, 2007). Segundo a autora, o modelo assistencial preconizado pelo BM está centrado na Atenção Básica (AB), que entende que são esses serviços que devem ser universalizados, combinados com a racionalização ao atendimento hospitalar, configurando-se, assim, na seletividade e na focalização da assistência à saúde. Neste contexto, o Estado deve se encarregar da parte não lucrativa dos serviços de saúde, que não interessa ao capital, ao tempo em que a rede privada especializa-se

na alta complexidade, e, portanto, em vez do princípio da universalização, propõe-se “a cobertura universal da atenção básica” (CORREIA, 2007, P. 31). 2) a **busca da equidade e da integralidade via mercado**, pois no contexto de privatização, ocorre o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado, favorecendo o aumento do sistema de planos e seguros privados de saúde (CORREIA, 2007); 3) a **descentralização** da gestão da esfera federal para estados e municípios, foi realizada sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo (SOARES, 2000; CORREIA, 2007); 4) a **participação social** passou a ser estimulada no sentido de a sociedade assumir as responsabilidades do Estado na implementação das políticas sociais através das parcerias – tendo como fundamento os princípios de auto-ajuda ou ajuda mútua, do voluntariado, do solidarismo -, como se as pessoas, famílias e comunidades tivessem a obrigação de solucionarem seus problemas sociais, responsabilizando-se tanto pelas causas como pelas soluções dos mesmos (SOARES, 2003; BEHRING, 2008).

A intersectorialidade também aparece, no mesmo Plano – 2004-2007 -, no eixo “promoção da saúde do adolescente e jovem de forma articulada com outras políticas intersectoriais” (BRASIL, 2005).

Dois anos depois da elaboração desse Plano Nacional de Saúde, a intersectorialidade também aparece grafada nos seguintes documentos, elaborados em 2006: Pacto pela Saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão (BRASIL, 2010a). Sua implementação deverá se realizar por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (BRASIL, 2010a). Traz em si a definição de prioridades articuladas e integradas sob a forma de três pactos: a) *Pacto pela vida*

expresso num conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos três gestores; b) *Pacto em defesa do SUS* que reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados na qual as prioridades serão expressas em metas municipais, regionais, estaduais e nacionais, inseridas no termo de compromisso de gestão e, as metas e objetivos do *pacto pela vida* que, por sua vez, devem inscrever-se nos termos de compromisso de gestão (BRASIL, 2010a); e c) *Pacto de gestão* que estabelece as responsabilidades de cada ente Federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS (BRASIL, 2010a).

O Pacto, como uma estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil, traz em seu interior traço das normas operacionais anteriores (NOBs e NOAS), pois vincula as transferências de recursos ao atendimento de programas determinados pelo MS. Além disso, o recurso repassado pelo nível federal fica atrelado ao desenvolvimento de programas específicos, sem garantia de que o recurso possa atender a outras necessidades epidemiológicas do município (OLIVEIRA, 2009).

A PNPS e a PNAB trazem em si a forma (objetivos, diretrizes, estratégias de implementação da política), como será operacionalizada as ações e serviços de saúde no nível da atenção básica. Na PNPS de 2006, a intersectorialidade é apresentada como

uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006, p. 11, grifos nosso).

Segundo a PNPS (2006), o processo de construção da intersectorialidade implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária possibilitando a produção de soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Fica claro na política que é compromisso do setor saúde a articulação intersectorial face às características do processo saúde-doença (que envolve múltiplas determinações). Ou

seja, o setor saúde tem a tarefa e a responsabilidade de, nas várias esferas de decisão, convocar os outros setores a considerarem a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas (BRASIL, 2006b).

A PNPS tem entre suas diretrizes o **estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde** (BRASIL, 2006b). Nesse sentido, na promoção da saúde, a intersetorialidade é a principal estratégia a ser utilizada.

Em 2007, a 13^o Conferência Nacional de Saúde definiu como tema “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, com os seguintes eixos temáticos: *desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e, a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde* (BRASIL, 2008). Nessa CNS refletiu-se e deliberou-se sobre a intersetorialidade, o modelo de atenção, a regulamentação do financiamento do SUS, a reestruturação e o fortalecimento da rede pública, o combate à precarização do trabalho entre outros (BRASIL, 2008).

A intersetorialidade, nessa Conferência, não aparece como um dos eixos temáticos, mas inscrita nas deliberações dos três eixos temáticos, acima referidos. No eixo I, deliberou-se que a intersetorialidade deve ser realizada: a) na **implementação de programas de prevenção e de assistência para dependentes de substâncias psicoativas**, que deverá englobar o sistema prisional e o educacional; b) na **proteção ao meio ambiente**, com foco no desenvolvimento sustentável de cidades e ambientes saudáveis; c) na implementação da **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por trauma de violência**; d) nas ações preventivas, educativas e assistenciais voltadas ao **combate das discriminações**; e) na implementação de **políticas de contracepção, antidrogas, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)**, voltadas para a adolescência; f) na **educação em direitos humanos** e respeito à diversidade; g)

no asseguramento, pelas três esferas de governo, da **saúde à população presidiária**; h) no tratamento da **hanseníase**; i) no **planejamento familiar**, que deverá ser realizado pelo MS, estados e municípios, com ações da Educação, Cultura, Assistência Social, Trabalho, Segurança e Conselhos Tutelares (BRASIL, 2008).

No eixo II, a intersetorialidade refere-se, entre outros: 1) ao fortalecimento de comissões permanentes de integração Ensino-serviço para comprometer os gestores no processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde, da educação e da assistência social para a formulação de multiplicadores de ações educativas intersetoriais, bem como promoção de encontros sobre relações interpessoais de trabalho, ética e integração intersetorial; 2) definição e implementação de uma política pública de incentivo à mudança, em todos os níveis de formação de profissionais de saúde, que contemple estratégias e ações intersetoriais, pelo MS e da Educação, em articulação com as secretarias municipais de saúde e com as instâncias de controle social; e 3) criação de câmara intersetorial sobre qualidade de vida, saúde e desenvolvimento, coordenada pela Casa Civil da Presidência da República, para formular uma política intersetorial de Estado com objetivos estratégicos para territórios, grupos populacionais e indivíduos, que deverá envolver a promoção da saúde e a intervenção dos poderes executivos sobre os determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2008).

No eixo III, as deliberações estão relacionadas às ações do Conselho Nacional de Saúde que deverão, entre outras coisas, garantir que a comissão de comunicação e informação em saúde exerça suas atividades de forma a favorecer a intersetorialidade, convocar conferências temáticas e intersetoriais, em especial as de Saúde Mental³⁶, Assistência Farmacêutica, DST/Aids, Saúde Ambiental, Comunicação, Informação e Informática e Saúde da Pessoa com deficiência, e promover estratégias para a integração setorial e intersetorial das instâncias de controle social nas três esferas de governo (BRASIL, 2008). Além disso, o MS, as secretarias estaduais e municipais de saúde e os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem criar mecanismos intersetoriais para estimular a mobilização, organização e a participação da população nos espaços de controle social (BRASIL, 2008).

³⁶ Aconteceu em Brasília, a IV de Saúde Mental intersetorial, em 2010.

Essa CNS ocorreu dois anos após a realização da Conferência Internacional de Promoção de Saúde (2005) em Bangkok. Nesse evento foi reforçada a necessidade de construção de parcerias e alianças com organizações públicas, privadas, não-governamentais e sociedade civil com o objetivo de desenvolver ações sustentáveis por meio do fomento de ações intersetoriais entre os mesmos (ABREU, 2009).

Um ano após a realização da 13ª CNS, foi elaborado o Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011, no qual a intersectorialidade está grafada na oitava diretriz do Plano – Desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde – diretriz essa que terá sua operacionalização com base na PNPS (BRASIL, 2010b). Consta no Plano que, para a promoção da qualidade de vida, a produção da saúde terá, entre seus princípios fundamentais, estímulo às ações intersetoriais, e, nessa direção deverão ser consideradas, entre outras, como estratégias fundamentais:

A gestão intersectorial dos recursos na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde, ampliando parcerias e compartilhando soluções na construção de políticas públicas saudáveis. Para tanto, uma iniciativa fundamental consistirá na articulação -, por intermédio da Câmara de Políticas Sociais, coordenada pela Casa Civil da Presidência da República -, dos programas governamentais, mediante o aproveitamento de sinergias e complementaridades essenciais para a melhoria das condições de vida da população, com vistas à inserção da saúde como uma política de governo com o desenvolvimento econômico e social (*sic*) (BRASIL, 2010b, p. 124, grifos nossos).

Como vimos, a intersectorialidade aparece nos documentos da Saúde como dimensão técnica e operativa capaz de resolver os problemas relacionados à saúde. Entretanto, não há como pensar a intersectorialidade descolada do contexto histórico, econômico, político, social e cultural em que a política de saúde foi sendo (des)construída.

Nesta perspectiva, a saúde foi defendida pelo movimento sanitário como uma política pública universal, direito social e de cidadania. Nestes termos, a intersectorialidade deveria contribuir para a efetivação dessa concepção. Na atualidade, não é o que está ocorrendo graças à reconfiguração do capital realizada a partir da década de 1970 que contribui para a emergência do neoliberalismo que passou a defender uma redefinição do papel do Estado (CORREIA, 2007; BEHRING, 2008). E, nesse contexto, as políticas sociais tem sido rebaixadas a programas focais, assistenciais e seletivos, dirigidas aos

grupos mais empobrecidos, esvaziando seu caráter universal (CORREIA, 2007). E, a Saúde tem se tornado, gradativamente, mercantilizada, perdendo a perspectiva de universalidade e de direito social.

O quadro 2 mostra como a intersetorialidade aparece nas conferências nacionais de saúde:

Conferência	Ano	Como aparece a intersetorialidade
7ª Conferência Nacional de Saúde	1980	- Estratégia de coordenação entre os setores responsáveis pela execução de políticas sociais visando a propagação da atenção primária em saúde.
8ª Conferência Nacional de Saúde	1986	- Não apareceu.
9ª Conferência Nacional de Saúde	1992	- Não apareceu a palavra grafada. Apareceram as palavras integração e articulação da Saúde com as outras políticas sociais – Educação, Ciência e Tecnologia, Saneamento Básico.
10ª Conferência Nacional de Saúde	1996	- Considerada como ampliadora da saúde e redutora das desigualdades sociais.
11ª Conferência Nacional de Saúde	2000	- Entendida como fundamental para a superação da verticalização, da desarticulação, fragmentação e pulverização das políticas sociais.
12ª Conferência Nacional de Saúde	2003	- Considerada como prática de ação política e de gestão, vinculada à compreensão sistêmica dos problemas.
13ª Conferência Nacional de Saúde	2007	- Deverá ser promovida e realizada nas ações da política de Saúde, devendo incluir as demais políticas sociais, nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal – e deverá incluir ações do MS e do Conselho Nacional de Saúde.

Quadro 2 – Síntese do debate sobre a intersetorialidade nas Conferências Nacionais de Saúde.
Fonte: Abreu (2009), complementado pela autora.

A intersetorialidade foi discutida durante o processo de (des)construção da política de saúde. Ela apareceu nas CNS e nas demais normalizações da área como dimensão técnica e operativa capaz de por si só efetivar a universalização da saúde e a implementação do próprio SUS.

Os relatórios das CNS trazem o embate entre duas perspectivas: a da universalidade e do direito (o novo), defendida pela classe trabalhadora, *versus* a da saúde mercantilizada e como não-direito (o velho), defendida pela classe burguesa. Na primeira, a intersetorialidade, concebida pelo movimento sanitário como ampliadora da

saúde e como redutora das desigualdades sociais, deverá promover o acesso universal aos serviços de saúde, sob a primazia do Estado. Na segunda perspectiva, a intersetorialidade é apropriada pelo Estado e pelos defensores do mercado, considerado como principal instância reguladora da vida social, como principal estratégia de transferência de responsabilidades para a sociedade civil, convocando-a para a resolução de seus problemas (SOARES, 2003).

Nesse sentido, embora tenha sido defendida pelo movimento sanitário como principal estratégia de universalização da saúde e como redutora das desigualdades sociais, inserida no processo de discussão e construção da política de saúde realizada num contexto de reorganização do capital em nível mundial, de realização de Conferências Internacionais patrocinadas por agências internacionais defensoras dos interesses capitalistas – Banco Mundial (BM), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) – e, de contrarreforma do Estado, a intersetorialidade acabou utilizada pelo projeto conservador como forma de fortalecer as idéias de focalização na realização de certos serviços de saúde nos mais pobres, de parcerias, de disseminação da solidariedade, do voluntariado e da filantropia, obstaculizando os interesses da classe trabalhadora.

O discurso governamental de Itamar Franco a Lula, “tem sido o da reformulação do modelo assistencial centrado na assistência médico-hospitalar individual para uma assistência integral universalizada, equânime e regionalizada” (MELO, 2009, p. 126). E a principal estratégia defendida para tal intento é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Formulado na década de 1990, como Programa Saúde da Família (PSF), e hoje ESF, é considerado um modelo de organização da atenção no nível primário, que se insere na Atenção Básica (AB) e convive com outros modelos dentro do SUS (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). Este sistema passou por transformações institucionais para que seus pressupostos - universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação - fossem efetivados. Entre as transformações cita-se a integração do novo MS, desde 1993, quando foi extinto o órgão da previdência social responsável pela assistência médica no país, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

A partir de então, segundo as autoras, o MS passou a reformular o primeiro nível de atenção ou AB à saúde. Segundo o MS, a AB³⁷ é caracterizada como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2009). Esse nível de atenção deverá ser desenvolvido por meio de exercícios de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais deverá assumir a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2009). É considerada como estratégia prioritária para a organização da AB, a Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Considerando o foco de nosso estudo, é fundamental aqui pensar os rebatimentos desse discurso sobre a intersectorialidade nesse nível de atenção (primário) e sobre as ações dos técnicos envolvidos na ESF.

3.1.2 O SUS, a Estratégia de Saúde da Família e a intersectorialidade

Ler é sonhar pela mão de outrem (Fernando Pessoa).

Considerado como uma das formas de organização da Atenção Primária, em 1991, foi implantado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inicialmente nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas para atender às demandas de combate e controle da epidemia do cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e na orientação à vacinação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram supervisionados por enfermeiros e se subordinavam às unidades básicas administradas pela FNS. O PACS se configurou como um programa de caráter emergencial que objetivou dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica além de, atender à demanda política

³⁷ Também concebida como Atenção Primária à Saúde (APS) (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

das secretarias municipais de Saúde por apoio financeiro para a operacionalização da rede básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A partir dos resultados obtidos com as primeiras experiências realizadas no Norte e no Nordeste, em dezembro de 1993, formulou-se o Programa Saúde da Família (PSF) (materializado com a Portaria MS n. 692/93). Em sua primeira fase, o programa foi implementado principalmente em pequenos municípios e se apoiando no caráter restrito da APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A partir de então, o estímulo ao PSF e à sua implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS por meio de transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios: o Piso de Atenção Básica (PAB), com duas variantes – fixo e variável (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O que facilitou a estruturação do PSF foi a existência de “diagnóstico da saúde da comunidade; planejamento e programação local; complementaridade entre ações de saúde pública e atenção médica individual; **estímulo à ação intersetorial**; acompanhamento e avaliação” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 603) elaborados pelas equipes do PACS. A organização em unidades de Saúde da Família, como modelo de assistência, vai além da prestação de assistência médica individual e deve variar segundo os problemas identificados na área de implantação (dados epidemiológicos), agindo na proteção e na promoção da saúde dos cidadãos, dos membros da família de forma integral e contínua (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O período de emergência do PSF foi 1994-95. Nessa época, a concepção teórica desse programa era orientada pela diretriz da integralidade da atenção do SUS e supunha a adoção de concepção ampliada de saúde associada a seu reconhecimento como direito de cidadania (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). Entre 1995-97, fase de fusão entre PACS e PSF, a política de descentralização da gestão e repasses fundo a fundo de recursos entre esferas de governos conduzidos pela NOB/96 fortaleceu a dimensão estratégica do PSF e definiu formas mais complexas de gestão e financiamento do

sistema, que, entretanto, só foram implementadas em 1998, quando ocorre uma expansão do Programa (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). As autoras afirmam que a novidade mais significativa do PSF esteve na forma de gestão, pois a lei de responsabilidade fiscal, propunha como alternativa sua gerência privada. Nesse sentido, várias experiências desta modalidade de gestão foram implementadas por organizações não-governamentais e organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) com a finalidade de captar recursos financeiros estatais para administrar unidades ou equipes de saúde da família.

A fase de expansão do PSF ocorreu entre 1998-02. A organização da AB foi delegada à gestão municipal e os repasses dos recursos automáticos, por meio da adoção do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável, criado pela NOB/96, foram modificados e formatados pela portaria GM/MS n. 1.882/1997. A constituição do PAB para o financiamento dos fundos municipais de saúde introduziu diversos incentivos financeiros para a implementação de equipes de PSF, Pacs, assistência farmacêutica básica, ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e controle das doenças, a saber: hanseníase, tuberculose, diabetes mellitus e hipertensão (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

O município passa a ser o principal responsável imediato - mas não o único - pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população³⁸. A regionalização do sistema de saúde deverá se organizar na forma de redes que são formadas por organizações e atores autônomos que devem manter relações estáveis de trabalho coletivo a partir de vínculos de interdependência existentes e a partir da construção de relações de complementaridade entre organizações e atores envolvidos (BRASIL, 2008). Para que essa perspectiva se efetive, e para que ocorra a plena realização dos princípios do SUS há a necessidade de articulação e integração de diversas dimensões do sistema de saúde (BRASIL, 2008). Entre os desafios estruturais

³⁸ A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município e voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (BRASIL, 1996). Portanto, para tal, deverá ser elaborado o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

a serem enfrentados na integração do SUS em rede está a intersetorialidade - relacionada à dimensão das relações de intersetorialidade na seguridade social (BRASIL, 2008).

As Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde devem se pautar pelas seguintes diretrizes gerais: a) **territorialização** – estabelecimento de unidades regionais a partir das relações de interdependência sócio-econômica, cultural e sanitária existentes que devem abranger e delimitar uma determinada população de responsabilidade da Rede Regionalizada de Atenção à Saúde; b) **modelo de atenção** – fundamentado na organização do cuidado pela atenção primária e que deverá estar em consonância com os fundamentos da ESF com o objetivo de garantir a continuidade da atenção, a formação de vínculo terapêutico e a co-responsabilização clínica durante todo o processo de permanência do cidadão na rede de saúde, nos diversos espaços de atenção; c) **intersetorialidade** – articulação com as demais políticas sociais como estratégia de materialização de uma concepção ampliada de saúde que considere o acesso articulado e adequado a outros serviços e benefícios sociais como condição de cidadania. Nesse sentido,

uma Rede Regionalizada de Atenção à Saúde deve abranger a **articulação, mediada pelo modelo de atenção, das ações de saúde com as de educação, previdência, assistência social, habitação, saneamento, meio ambiente, emprego e renda, justiça, segurança pública, entre outras.** Torna-se essencial a **elaboração e implementação de políticas integradas por meio de ações e projetos intersetoriais** com potencial ampliado de inserção social, resgate da cidadania e desenvolvimento econômico, tanto no interior de cada uma das esferas de Estado quanto em uma perspectiva intergovernamental (BRASIL, 2008, p. 32, grifos nossos);

d) **planejamento estratégico integrado** – estruturado regionalmente a partir da identificação de prioridades de intervenção definidas com base nas necessidades de saúde da população e voltado para a garantia de acesso à integralidade da atenção com maximização dos recursos disponíveis; e) **modelo de co-gestão** – fundamentado em estratégias, instrumentos e mecanismos que deverão ser capazes de proporcionar suporte gerencial suficiente para fornecer materialidade às características da configuração do modelo de atenção; f) **financiamento conjunto intergovernamental** – deverá ser estruturado de forma a reduzir a fragmentação, buscando compor incentivos

ao compartilhamento de responsabilidades, à continuidade do cuidado, à eficiência da gestão e à equidade; g) **modelo de governança** – estruturado objetivando a estabilidade e a unicidade do processo decisório e bases institucionais sólidas para os processo de gestão e atenção; e h) **participação e controle social** – deverão ser ampliados para possibilitar sua potencialização tanto processo de formação de vontade política e garantia da vocalização dos interesses plurais, quanto no exercício de suas prerrogativas constitucionais de controle social (BRASIL, 2008).

A partir de 2002, o PSF se estendeu para as regiões sul e sudeste, com a finalidade de alcançar as cidades de grande porte, sendo que

em 1998, estava implantado em 1.134 municípios com 3.083 ESF, crescendo, em 1999, para 1;647 municípios com 4.254 ESF; em 2000, para 2.766 municípios, com 8.604 ESF; em 2001, para 3.684 municípios e 13.168 ESF; e, finalmente em 2002, para 3.864 municípios e 14.564 ESF (HEIMANN; MENDONÇA, 2005, p. 494).

Em 2002, havia 69 milhões de habitantes cobertos pelo PSF (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

A trajetória desses programas possibilitou às experiências municipais ampliar a cobertura e melhorar indicadores de saúde, ao valorizar as ações de promoção e proteção integral e contínua da saúde, as quais transformam gradualmente as práticas sociais em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser composta por uma equipe multiprofissional – médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde - que trabalhe com definição de território de abrangência, adscrição de sua clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (BRASIL, 2006).

Os anos de 2003-2010 são considerados a fase de consolidação e expansão planejada da ESF (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). A partir de 2003, a ampliação da ESF passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), estratégia negociada pelo MS, para a vigência de 7 anos com financiamento internacional, visando à organização e ao fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos do país (municípios com mais de cem mil

habitantes) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Nessa perspectiva, em 2006, o MS editou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (portaria ministerial n. 648/GM) colocando a ESF como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde, revendo as funções das unidades básicas de saúde (UBS), segundo o modelo predominante (UBS com ou sem ESF), propondo uniformizar o processo de trabalho da equipe multiprofissional e legitimar a expansão do processo de educação permanente dos profissionais da atenção básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo a PNAB, a ESF tem, entre outras, a seguinte atribuição: **“promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais**, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde [...]” (BRASIL, 2006, p. 26).

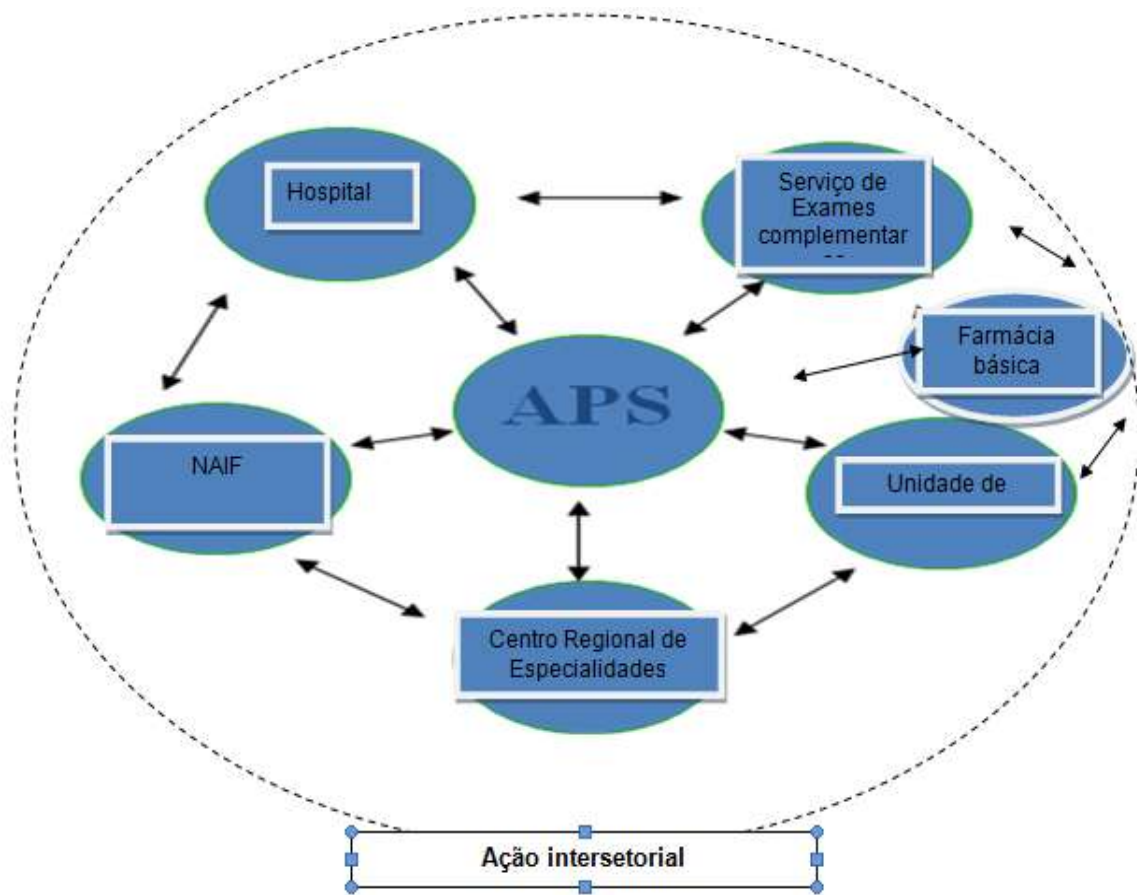


Figura 2: Rede SUS.
Fonte: Mendes (2002).

A ação intersetorial é condição *sine qua non* para que a promoção e a prevenção à saúde sejam asseguradas e/ou desenvolvidas pela APS. Em relação à ampliação das equipes de ESF para atuarem nessa perspectiva, os dados do MS mostram este crescimento nos últimos anos. Em 2008, o número de ACS era de 230.244. Já em dezembro de 2009 havia em todo o Brasil 234.767 ACS e a meta era de implantar até 2011, 2.420.000 ACS (BRASIL, 2010c).

De 2007 a 2010, o número de equipes de ESF passou de 27.324 para 30.603, um aumento de apenas de 3.279 novas equipes. Em relação aos municípios cobertos pelas ESF, em 2007 havia 5.125, em fevereiro de 2010 havia 5.261 cobertos, ou seja, houve um aumento de 136 municípios apenas, levando-se em consideração que no Brasil há uma população de cerca de 190 milhões de habitantes (IBGE, 2011). Segundo dados do MS, atualmente, encontra-se em atividade no país 204 mil ACS - hoje considerados parte da Saúde da Família -, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados.

Nos municípios de maior porte ou com maior rede e complexidade de serviços instalados, há uma tendência de que a ESF seja apresentada como um programa paralelo para as populações mais carentes, o que ocorre devido às diferentes formas de sua implementação, com destaque para os seguintes tipos: “1) tipo substitutivo: adota a ESF onde a rede básica era inexistente e onde existia a rede básica, esta foi substituída pela ESF; 2) tipo misto ou paralelo: Manteve as AB existentes funcionando e implementou a ESF onde havia carência de serviços na rede anterior” (MELO, 2009, p. 161). Para a autora (2009), estes fatores mostram que a ESF ainda está entre a proposta de um programa para pobres e a estruturação de um nível de atenção.

Segundo dados do MS, a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2010). Deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Deve utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Esse nível de atenção à saúde deve orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As principais ações da AB, consideradas como áreas estratégicas, referem-se a: saúde da criança, saúde bucal, saúde da mulher, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase controle da hipertensão e controle da Diabetes *Mellittus* que deverão ser assumidos por todos os municípios brasileiros, respeitado o seu perfil epidemiológico (BRASIL, 2006c).

A AB deve considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade de resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: **integração de ações programáticas** e demanda espontânea; **articulação das ações de promoção à saúde**, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; [...] (BRASIL, 2006c, p. 11).

Nesse nível de atenção à saúde, portanto, a Saúde da Família é considerada a estratégia prioritária para a organização da AB em conformidade com os preceitos do SUS. Caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado,

regionalizado de saúde com a responsabilidade de provocar um movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Para tal pressupõe a implantação de equipes nos territórios de abrangência, conforme a regionalização e hierarquização do sistema de saúde.

Em relação à infra-estrutura e dos recursos necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família, são itens necessários:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo uma média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 por ACS e de 12 ACS por equipe Saúde da Família;

III – existência de uma Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde o Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento as Equipes Saúde da Família que possua minimamente: a) consultório médico e de enfermagem para a equipe de Saúde da Família [...] b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade; c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas [...] (BRASIL, 2006c, p. 24).

Atendendo aos requisitos acima, as equipes da ESF serão implantadas num determinado território de abrangência para realizarem o trabalho com as famílias cadastradas.

Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 (republicada em 04 de Março de 2008)³⁹.

³⁹ Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família. A definição dos profissionais que irão compor os núcleos é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O NASF deverá ser constituído por equipes com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF no qual o NASF⁴⁰ está cadastrado. Tem como responsabilidade central atuar e reforçar 9 diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a *intersectorialidade*, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

A equipe do NASF e as equipes da ESF são responsáveis pela criação de espaços de discussões para gestão do cuidado - como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Desta forma, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família e têm como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela saúde da família. Além disso, o NASF está dividido em nove áreas estratégicas sendo elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Entre as atribuições da equipe de ESF, destacam-se: a) manutenção da atualização do cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; b) definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado; c) **promoção e desenvolvimento de ações intersectoriais, buscando parcerias e integração de projetos sociais e**

⁴⁰ Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1 que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra) vinculado de 08 a 20 Equipes Saúde da Família e o NASF 2 que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família, fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

setores afins, voltados para a promoção da saúde, de **acordo com as prioridades** e sob a coordenação da **gestão municipal** (BRASIL, 2006).

Em relação às atribuições comuns a todos os profissionais da ESF ressalta-se a de “identificar **parceiros e recursos na comunidade** que possam **potencializar ações intersetoriais** com a equipe, sob coordenação da SMS []” (sic) (BRASIL, 2006, p. 43) (grifos nossos).

A intersectorialidade está vinculada ao trabalho cotidiano das equipes da ESF, pois são elas que deverão desenvolver as ações de promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica (AB), voltadas para os indivíduos e suas famílias, para os grupos considerados vulneráveis que vivem no território de sua abrangência e para o ambiente físico e social do território (MORAIS NETO; CASTRO, 2008).

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2010). Além disso, a ESF deve também buscar o desenvolvimento de atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade e, também buscará a **integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias** (BRASIL, 2006c).

As equipes de ESF atuarão com a promoção da saúde no âmbito do cuidado voltado para as patologias crônicas (como hipertensão arterial e diabetes) e com os modos de viver saudáveis relacionados à alimentação, à atividade física, uso de substâncias nocivas à saúde como o tabaco e o álcool, e etc (MORAIS NETO; CASTRO, 2008). Atuarão também com grupos de indivíduos e famílias considerados em condições de vulnerabilidade social, tais como: “famílias em situação de extrema pobreza, famílias e grupos sociais que apresentam a violência como principal forma de manifestação nas suas relações interpessoais e com a sociedade, como gangues juvenis, violência contra a mulher, idosos, crianças, entre outras formas” (MORAIS NETO; CASTRO, 2008, sp).

O trabalho das equipes deverá estar **articulado a outros saberes e campos de conhecimentos** (como a vigilância em saúde, a psiquiatria, a psicologia, as ciências sociais e outros setores) e, nesse sentido, atuará não apenas no aspecto cuidador, mas também como mobilizador no sentido de identificar os grupos e suas respectivas vulnerabilidades (que fatores a determinam) a partir do contato com a unidade de saúde e por meio das visitas domiciliares, as quais os vinculará aos serviços de saúde, para a partir daí **mobilizar uma articulação intersetorial com parceiros de outras áreas como a assistência social, educação, esporte, instituições religiosas e organizações não-governamentais**. Esta articulação intersetorial visa reunir recursos imediatos que visem minorar as condições de vulnerabilidade e desenvolver estratégias de superação das mesmas, articulando intervenções locais, no âmbito do território, e compondo com as políticas sociais municipais, estaduais e, federal (MORAIS NETO; CASTRO, 2008). Ou seja, estes autores apontam que a **ESF deverá ser mobilizadora de parcerias e articulações intersetoriais**. Essa pode ser representada pela figura de uma rede integrada e articulada. Ou seja, a intersetorialidade no universo da política de saúde se cruza com o princípio da integralidade e o conceito de rede.

No caso específico das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Teixeira (2005) enfatiza que estas trazem uma característica que requer a intersetorialidade: as demandas de saúde usualmente trazidas pelos usuários se encontrem na fronteira entre os problemas da vida e as doenças propriamente ditas. Ou seja, requer de seus técnicos disponibilidade para demandas e necessidades que requerem uma articulação em rede com instituições da comunidade.

Por outro lado, Barros de Medeiros (2008) destaca que os serviços de saúde são marcados por um trabalho fragmentado (operando de forma isolada e uma divisão de trabalho - funções e responsabilidades - que produz ao mesmo tempo integração e isolamento entre componentes) e funcionamento autônomo e competitivo de unidades por recursos provenientes de uma mesma fonte.

A rede ficaria entre aquilo que deveria ser e aquilo que não é. A figura abaixo traz a primeira dimensão dessa questão.

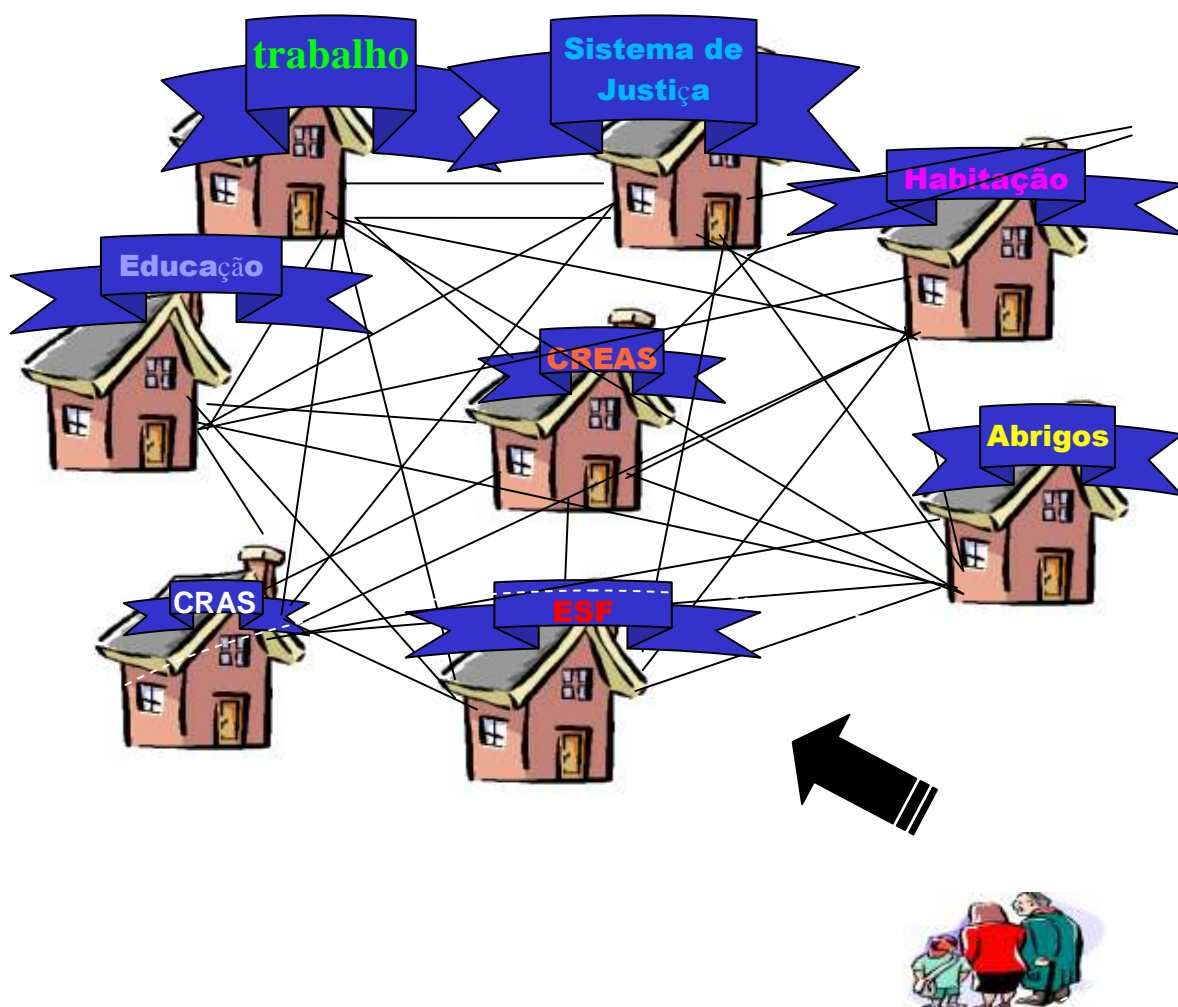


Figura 3 - Parceiros da ESF na constituição da rede.
 Fonte: Desenho adaptado pela autora.

A ESF compõe a rede de serviços de seu território de abrangência. Considerada como porta de entrada da AB, é ela que ao atender a sua população adstrita diagnosticará os problemas com o objetivo de resolvê-los e, para tal, poderá mobilizar os possíveis parceiros, pois muitos dos problemas a ela levados estarão relacionados à assistência social, educação, habitação, entre outros. Nestes termos, seu trabalho deverá ser desenvolvido dentro da lógica intersetorial.

Assim, para o Ministério da Saúde um dos setores a quem todos os pontos da rede de saúde devem estar articulados é a Assistência Social. Cabe agora fazer o caminho contrário: pensar a PNAS e como nela está colocada a intersetorialidade como uma das competências dos técnicos do CRAS/CREAS e, por fim, como deve se dar a relação com a saúde.

3.2 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE

“Eu quase que nada não sei. Mas desconfio de muita coisa” (Guimarães Rosa).

Resultado de reivindicações e pressões organizadas pelos trabalhadores – pela expansão de direitos sociais e políticos - a Assistência Social foi incorporada à Constituição Federal compondo a seguridade social brasileira em conjunto com a saúde e a previdência social (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006). Entretanto, cabe ressaltar que esse não foi um processo tranquilo e sem conflitos de interesses. Segundo Couto (2008), o próprio início do processo constituinte foi marcado por debates relacionados à soberania e ao funcionamento da Assembléia Nacional Constituinte. Desse modo, para a elaboração da Constituição de 1988, foram criadas subcomissões temáticas que recolheram as sugestões das audiências públicas realizadas durante esse período (COUTO, 2008). Esse processo foi marcado por confrontos e impasses, pois duas forças principais se destacaram no Congresso Nacional: uma representada por partidos de esquerda – preocupados e comprometidos com a efetivação das reformas sociais -, e outra representada pelos conservadores, denominada de ‘centrão’ (COUTO, 2008, p. 155).

A forte pressão dos partidos de esquerda e dos movimentos populares e da própria sociedade brasileira culminou na aprovação dos vários direitos sociais na CF/88. Dentre os direitos está a assistência social. Para que tal direito pudesse ser efetivado, em dezembro de 1993 foi sancionada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)

(FREITAS, 2007), três anos após a aprovação da LOS (8080) e cinco anos após a CF/88.

O processo de discussão e implementação da LOAS, a partir de 1993, no Congresso Nacional, foi influenciado por ações dos dois grupos – de esquerda e conservador. O primeiro grupo lutou em defesa da assistência social como direito social e política pública e, o segundo pela manutenção das velhas práticas conservadoras: filantropia, assistencialismo e clientelismo (BOSCHETTI, 2003).

Como luta, o marco de 1988 precisa ser entendido dentro de um processo maior, dinâmico no qual a LOAS é resultado da luta de grande parte da população, de partidos políticos de esquerda e da categoria dos assistentes sociais, envolvidos com o processo de Reconceituação do Serviço Social⁴¹, que passaram a defender uma sociedade mais justa e igualitária. Esse movimento em defesa da assistência social, anterior à Constituição Federal de 1988, realizou múltiplas articulações e debates pelo Brasil afora, no qual o Serviço Social põe sua força em campo para fortalecer o nascimento dessa política na esfera democrática dos direitos sociais. A agenda central desses movimentos era a defesa da assistência social como **direito social** e como **política pública** (SPOSATI, 2005). Na área social, entre 1989 e 1990 são aprovadas as leis: nº 7.853 (que dispõe sobre o apoio à Pessoa Portadora de Deficiência), nº 8.069 (o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA), nº 8.080 e 8.142 (Lei Orgânica da Saúde - LOS).

Como já visto, no governo Collor ocorreram intensos processos de desregulamentação, abertura dos mercados, incentivos à reestruturação das empresas e a disseminação ideológica por toda a sociedade brasileira do discurso de redução do papel do Estado, por meio da transferência de suas funções para as empresas – ou seja, a privatização

⁴¹ Movimento integrante do processo internacional de erosão do Serviço Social “tradicional”. A reconceituação está vinculada ao circuito sóciopolítico latino-americano da década de 1960, na qual tem sua originalidade na questão da funcionalidade profissional na superação do subdesenvolvimento. A partir de então, os profissionais passam a indagar sobre o papel da profissão perante as manifestações da “questão social”, interrogando-se sobre a adequação dos procedimentos profissionais consagrados às realidades regionais e nacionais. Questionava-se a eficácia das ações profissionais e a legitimidade das suas representações, inquietando com o relacionamento da profissão com os novos atores que emergiram na cena política (principalmente ligados às classes subalternas) (NETTO, 1998).

(PEREIRA, 2006). No campo das políticas sociais, o governo Collor ignorou os preceitos constitucionais, através da desconsideração do Sistema de Seguridade Social inscrito na CF/88.

Entretanto, a partir desse período, os movimentos pró-assistência social passaram a se articular com a presença de órgãos da categoria dos assistentes sociais – hoje Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) e Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) –, que se movimentaram com a Associação Nacional dos Servidores da Legião Brasileira de Assistência Social (ANASSELBA). Também se articularam ao movimento a Frente Nacional de Gestores Municipais e Estaduais, os Movimentos pelos direitos das pessoas com deficiência, dos idosos, das crianças e dos adolescentes e pesquisadores de várias universidades, pleiteando a regulamentação da assistência social (SPOSATI, 2005).

A luta se fortaleceu ainda mais quando o primeiro projeto aprovado pelo Legislativo⁴² foi vetado pelo presidente Collor que alegou que a proposição não estava vinculada a uma assistência social responsável (argumentava que a proposta se limitava a oferecer auxílios aos mais pobres, sem comprometer-se com uma complementação pecuniária e continuada de renda) (SPOSATI, 2005). Entretanto, o teor do documento referia-se à defesa de uma assistência social que não fosse percebida como benesse, mas sim como uma política pública, direito social e de cidadania que deve ser realizada prioritariamente pelo Estado (SPOSATI, 2005).

Em 1993, as forças sociais se coalizam pela regulamentação da LOAS, sancionada a 7 de dezembro (Lei de nº. 8.742, que dispõe sobre a organização da Assistência Social) (SPOSATI, 2005). A partir desta lei, a assistência social passa a ser concebida como política de seguridade, garantidora dos direitos de cidadania. Segundo Pinheiro (2003), a demora na aprovação da LOAS não ocorreu por acaso; correspondeu ao receituário neoliberal instalado no país, principalmente após 1988.

⁴² Proposta dos Municípios para a Lei Orgânica da Assistência Social apresentada pela Frente Social dos Municípios Fluminenses, no Rio de Janeiro, em 1990.

Foi em um contexto de ajuste fiscal permanente, colocado em prática no primeiro governo de FHC, e mantido durante os dois mandatos de Luis Inácio Lula da Silva, é que “a política social foi se transformando em sinônimo de política social focalizada, [...] com a criação de inúmeros programas de complementação de renda”, em consonância com as proposições do Banco Mundial (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007, p. 29). Portanto, para estes autores, a implementação de políticas econômicas ortodoxas em conjunto com políticas focalizadas de combate à pobreza ocorre acompanhada pela redução de políticas universais que são asseguradas pela Desvinculação de Receitas da União⁴³ (DRU) que, por sua vez, garante a obtenção de elevados superávits fiscais primários e transferência de renda do conjunto da sociedade para o capital financeiro. O impacto disso no orçamento da Assistência Social se dá através da diminuição de recursos financeiros direcionados a esta área, bem como por meio da utilização dos recursos que devem ser aplicados nesta mesma área e que são aplicados na área econômica.

Mesmo em meio aos ataques direcionados às políticas sociais de caráter universal, a luta em prol da efetivação e consolidação da nova concepção de assistência social continuou⁴⁴. Destacou-se nesse período o movimento de pressão em favor da assistência social, denominado Frente Parlamentar em Defesa da Assistência Social. Criado em 1999, reunindo diferentes parlamentares interessados na defesa da Assistência Social, esse movimento intensificou a atuação do Legislativo nessa área e, principalmente, na apresentação de projetos de lei (BOSCHETTI, 2003). Com a contribuição desse movimento, a assistência social ganhou mais visibilidade no Legislativo, o que “contribuiu para mudar a cultura e a visão da assistência como ação clientelista e moeda política dos parlamentares” (BOSCHETTI, 2003, p. 185-186).

⁴³ A DRU desvincula 20% da receita tributária da União. Para aprofundamento, sugere-se a leitura de Druck e Filgueiras. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan./jun., 2007.

⁴⁴ No âmbito do Poder Legislativo, houve a atuação de alguns grupos favoráveis que discursaram e apresentaram projetos de lei, principalmente, no período de 1994-2002. Destacaram-se nesse processo os partidos – Partido dos trabalhadores (PT), Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) e Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) -, seguido Partido da Frente Liberal (PFL) e Partido Progressista Brasileiro (PPB). “O PT, individualmente, é o partido que mais tem apresentado projetos de lei (33,3%)” (BOSCHETTI, 2003, p. 174).

O governo FHC definia como prioridades as áreas da saúde, educação, emprego, agricultura e segurança. Entretanto, já no primeiro mandato presidencial, o governo FHC privilegiou a estabilidade econômica, não cumprindo o texto constitucional de 1988, no que diz respeito às políticas sociais. Assim, de 1995-1999, esse governo priorizou o controle da inflação, assim como os anteriores, e a manutenção da estabilidade da moeda, além de encaminhar, como plataforma política, a necessidade de reformar o Estado (COUTO, 2008).

O governo de FHC realizou ações em três direções: a) **no plano econômico**, o ajuste fiscal, privatizou a maior parte das empresas públicas, abriu os mercados com apoio total ao capital e realizou a desregulamentação trabalhista; b) **no plano político**, disseminou o discurso sobre a necessidade de transferir para a sociedade, principalmente para as Ongs, as tarefas do Estado, tornando o Estado mínimo – para a classe trabalhadora –, porém, priorizando e respondendo às demandas do capital; c) **no plano social**, realizou um “verdadeiro desmonte do que foi construído ao longo do período da ‘cidadania regulada’ (1930/1984)” (PEREIRA, 2006, p. 6). Nestes termos, na Saúde, manteve o boicote orçamentário ao SUS; na Previdência, realizou reformas no regime dos funcionários públicos e tornou mais rígidas as regras previdenciárias; na Assistência Social, criou o Programa Comunidade Solidária (PCS)⁴⁵ – financiado com recursos que não eram controlados pelo Conselho Nacional de Assistência Social –, que se configurou como uma política assistencialista, “passando ao largo do que a LOAS estabelece” e “indo na contracorrente dos avanços inscritos na CF/88”, e não

⁴⁵ Criado em 1995 e presidido pela primeira-dama Ruth Cardoso, esse Programa era considerado inicialmente como uma política de enfrentamento à pobreza e reunia em seu conselho sociedade civil, Estado e mercado com a finalidade de promover ações de combate à pobreza. conferiu forte impulso às articulações entre o governo e a sociedade em geral que estavam ocorrendo no país baseadas na idéia de *solidariedade* (ALMEIDA, 2006). Essa idéia se tornou um fundamento, no Brasil, para a realização de ações de combate à pobreza qualificadas, pelo governo da época, como públicas e participativas (ALMEIDA, 2006). O PCS foi um dos exemplos de criação de programas de combate à pobreza criados e realizados por países que aplicaram as políticas de ajuste para compensar os efeitos negativos (das tais), teve “todas as suas iniciativas receberam financiamento de vários organismos e agências internacionais” e contribuiu – no incentivo e na promoção - para a emergência das Organizações Sociais de Interesse Público (Oscips) como uma estratégia de preparo das organizações sociais para atuarem na área social (ALMEIDA, 2006, p. 114).

cumpriu com a lei, ignorando a necessidade de construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁴⁶ (PEREIRA, 2006, p. 6).

Por meio do Programa Comunidade Solidária, o governo FHC retomou a matriz solidariedade como sinônimo de voluntarismo e de passagem da responsabilidade dos programas sociais para a órbita da iniciativa privada, buscando afastar o Estado de sua responsabilidade central que é a garantia desses direitos, conforme a CF/88 (COUTO, 2008).

A assistência social, nos governos Collor, Itamar, FHC e Lula, embora tenha sido elevada ao patamar de **política pública e direito social universal** a partir da CF/88, sua implementação foi marcada pela *focalização*, pelo *atendimento emergencial*, pelo *assistencialismo* e pela centralização nas decisões relacionadas ao desenvolvimento de programas e projetos (PINHEIRO, 2003). A autora ressalta ainda que, nesse período, no campo da concepção, conviveram no Brasil várias visões de assistência social, das quais destaca duas correntes: a primeira se comportou como se não existissem a CF/88 e a LOAS, mantendo a política no patamar do clientelismo e barganha, com os mesmos programas e ações que já eram antes implementados. A segunda manteve-se nos padrões formais da LOAS, os quais passaram a criar Conselho, Plano e Fundo, contudo, sem alterar sua concepção sobre a assistência social, implementando-a como uma política para pobres – o que dá margem para que a mesma seja considerada uma *pobre política para pobres* –, que, nesse sentido, continuaram trabalhando atendendo as necessidades imediatas dos mais pobres entre os pobres (PINHEIRO, 2003).

Na contramão desse processo, o movimento social em prol da assistência social concebida como política pública e de seguridade, direito de cidadania e dever do Estado, continuou sua luta contribuindo para a sua redefinição (PINHEIRO, 2003).

⁴⁶ Foi na extinta Associação Nacional dos Empregados da Legião Brasileira da Assistência – ANASSELBA – que se construiu, em 1990, um primeiro documento propondo um sistema único gestor da assistência social. Uma proposta, portanto, anterior à LOAS construída pelo órgão de maior capilaridade na assistência social à época. Essa construção fluía da experiência dos trabalhadores da LBA em todo o Brasil e da vivência parceira com a construção do SUS, então já inscrito na CF/88 em seu artigo 200 (SPOSATI, 2006, p. 102). Também nessa data, realizou-se a I Conferência Nacional de Assistência Social, na qual foram expressas manifestações e deliberações pela institucionalização do SUAS, sem, contudo, “encontrar eco em ações normativas consentâneas” (SPOSATI, 2006, p. 103).

Nessa perspectiva, e nesse campo de controvérsias de concepções teóricas, filosóficas e de ações, foram realizadas sete conferências nacionais de Assistência Social. As Conferências Nacionais de Assistência Social, assim como os fóruns e os Conselhos são espaços fundamentais de participação e controle social.

Estes espaços de participação e controle social passaram a existir no Brasil, a partir da década de 1980 devido a várias mudanças ocorridas no campo das políticas sociais, como reivindicação à participação de segmentos organizados da sociedade civil na formulação, gestão e controle social das políticas públicas (RAICHELIS, 2006).

O debate sobre as políticas sociais ganha relevância pelo seu caráter de mediação entre as demandas sociais e as respostas organizadas pelo aparato governamental na sua implementação. No Brasil, esse debate tem origem com as lutas contra a ditadura militar e o esforço pela construção democrática do Estado e da sociedade civil (RAICHELIS, 2006). Desse modo, os movimentos sociais da época, colocaram em discussão não apenas o padrão histórico de realização das políticas sociais em nosso país (marcado pela seletividade, fragmentação, exclusão e setorialização), mas também a necessidade de democratização dos processos decisórios responsáveis pela definição de prioridades e modos de gestão de políticas e programas sociais (RAICHELIS, 2006).

Como resultado dessa conjuntura de reivindicações sociais, instrumentos de democracia direta como plebiscito, referendo e projetos de iniciativa popular foram instituídos como mecanismos de ampliação da participação popular nas decisões políticas (RAICHELIS, 2006). Mas, o alargamento dos espaços de participação social não ocorrem com facilidade e nem isento de contradições, pois estes estão na contracorrente da reforma neoliberal que tende a “deslocar os espaços de representação coletiva e de controle socializado sobre o Estado para a ação dos grupos de pressão e de *lobbies*, desqualificando e despolitizando a força da organização coletiva” (RAICHELIS, 2006, p. 78).

Como espaço de participação social, as Conferências de Assistência vocalizam demandas e pautas para a PNAS. Foram realizadas no Brasil (até a presente data) sete

CNAS (três no governo FHC e quatro no governo Lula), as quais desempenharam importante papel na luta pelo abandono da antiga concepção e das velhas práticas que marcaram a assistência social brasileira, desde o seu surgimento e, principalmente, para a efetivação da nova concepção inscrita na Carta Magna a partir de 1988 e na LOAS. É nesse espaço de reivindicações, avaliação da Política, apresentação de propostas e de deliberações que foi construída e elaborada a Política Nacional de Assistência Social e o SUAS - resultados das deliberações que se realizaram nesse espaço de luta e de pressão.

Pela importância quanto a potencialidade para a efetivação da concepção e condução da Política de Assistência Social analisamos os relatórios finais e anais das Conferências Nacionais de Assistência Social a fim de compreender a trajetória histórica dessa Política e de como a intersectorialidade aparece nela inscrita.

3.2.1 As CNAS e a intersectorialidade

“Quem tem um pássaro pousado no dedo sabe que, a qualquer momento, ele pode voar” (Rubem Alves).

As CNAS⁴⁷ realizaram-se bianualmente entre 1995 e 2009 (exceto o intervalo de 4 anos observado entre a 2ª e a 3ª, período de aprofundamento do neoliberalismo, com governo FHC impedindo a realização da 3ª a partir do não financiamento e a não organização desta). São elas:

- 1ª Conferência Nacional de Assistência Social com o tema: “Assistência Social como um direito do cidadão e dever do Estado” (1995);
- 2ª Conferência Nacional de Assistência Social com o tema: “O Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social - Construindo a Inclusão - Universalizando Direitos” (1997);

⁴⁷ Há diferenças entre a periodicidade da CNAS e a CNS.

- 3ª Conferência Nacional de Assistência Social com o tema: "Política de Assistência Social: Uma trajetória de Avanços e Desafios" (2001);
- 4ª Conferência Nacional de Assistência Social com o tema: "Assistência Social como Política de Inclusão: uma Nova Agenda para a Cidadania - LOAS 10 anos" (2003);
- 5ª Conferência Nacional de Assistência Social com o tema: "SUAS – PLANO 10: Estratégias e Metas para Implementação da Política Nacional de Assistência Social" (2005);
- 6ª Conferência Nacional de Assistência Social com o tema: "Compromissos e Responsabilidades para Assegurar Proteção Social pelo Sistema Único da Assistência Social (SUAS)" (2007);
- 7ª Conferência Nacional de Assistência Social com o tema: "participação e controle social no SUAS" (2009).

Considerando o foco do nosso estudo, buscamos identificar se a intersetorialidade foi discutida nas Conferências Nacionais de Assistência Social, se foi apresentada como uma das demandas e qual a argumentação utilizada em sua defesa.

As três primeiras CNAS ocorreram no governo FHC (entre 1995 e 2002). A 1ª CNAS ocorreu em 1995 (2 anos após a aprovação da LOAS) e no contexto de priorização do PCS. Foi resultado de pressão exercida pela sociedade brasileira – representada no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) (BOSCHETTI, 2003). O tema foi "Assistência social como um direito do cidadão e dever do Estado", e seu objetivo era analisar a situação da Assistência Social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema descentralizado e participativo.

A intersetorialidade apareceu na agenda da 1ª CNAS **como integração e como articulação** com a demais políticas sociais. Como já destacado, quando se busca conhecer o histórico da implementação de ações intersetoriais no Brasil, no âmbito da Assistência Social, o marco inicial de sua discussão foi o Programa Comunidade

Solidária (PCS)⁴⁸ (COELHO, 2009). Ou seja, embora a intersetorialidade apareça na agenda da 1ª CNAS, sua disseminação e implementação no âmbito da assistência social atrelou-se à perspectiva do não-direito, da solidariedade, da parceria entre o mercado e a sociedade civil – presente no PCS -, que segundo os participantes da 1ª CNAS, rebaixa o cidadão à qualidade de pedinte do Estado e a assistência como benemerência, reflexo do contexto neoliberal de desresponsabilização do Estado com a área social e mercantilização das políticas sociais. Temos aí duas concepções de Assistência Social nesse embate: de um lado, a perspectiva da assistência como política pública, direito social e de cidadania e dever do Estado, inscrita na CF/88; de outro, a velha concepção de assistência como ajuda, dever moral, assistencialismo, clientelismo, que insiste em permanecer.

A intersetorialidade nesse Programa (PCS) apareceu associada à idéia de parceria, solidariedade e convergência das ações, no sentido de a sociedade assumir as responsabilidades do Estado, ou seja, a contracorrente de uma assistência social concebida como política pública e direito social e de cidadania, expressa na LOAS (aprovada em 1993).

O contexto de realização da 1ª conferência foi marcado pelo aprofundamento das idéias neoliberais, materializadas na privatização das empresas públicas, desresponsabilização do Estado na implementação de políticas sociais, passando a atuar com mais ênfase na regulação e financiamento das mesmas e no estímulo à criação e generalização das Organizações não governamentais baseadas nos conceitos de parcerias e voluntariado. A intersetorialidade, nessa perspectiva pode ser utilizada para reforçar na Política de Assistência Social o caráter de gestão da pobreza, contrariando o que propõe a CF/88 e a LOAS/1993.

⁴⁸ Criado como estratégia de busca de um novo estilo de gerenciar ações públicas com base na **integração** e descentralização das ações de governo e de **articulação** e coordenação de ações no combate à fome e à pobreza, se propunha a introduzir na esfera pública novas formas de gerenciamento de programas sociais, **evitando o clientelismo, a centralização, a superposição e fragmentação das ações e a pulverização dos recursos**, eliminando a ineficiência, a descontinuidade e o desperdício. Dentre seus princípios, o PCS propunha a **integração e a convergência das ações** (PELIANO; RESENDE; BEGHIN, 1995). Os autores (1995) ora usam a palavra integração ora articulação.

Na 1ª CNAS a intersectorialidade aparece entre as deliberações apresentadas, sendo considerada como importante para a efetivação da assistência social como política pública. Da primeira à quinta CNAS, a intersectorialidade não apareceu como tema ou subtema. Nos textos das conferências, tanto da primeira quanto das demais, é possível identificar duas concepções de assistência social se defrontando: de um lado o velho – assistencialismo, ajuda, clientelismo, o não direito –, de outro o novo – assistência como política pública, direito social e dever do Estado. E é nesse processo de contradições que aparece a intersectorialidade defendida por perspectivas diferentes, ora reforçando uma ora a outra. Diante da inexistência de uma discussão sobre a intersectorialidade nas CNAS, não é possível afirmar se houve resistência ou oposição em relação à proposição da intersectorialidade, ou seja, não se percebe uma direção teórica ou política sendo defendida explicitamente nesses eventos.

Na 2ª CNAS (novembro de 1997), o tema foi “o sistema descentralizado e participativo da Assistência Social - construindo a inclusão - universalizando direitos” e as discussões ocorreram com base em 5 eixos. A palavra intersectorialidade não aparece. Das 177 propostas aprovadas na 2ª Conferência, **8 se referiram a questão da articulação da Assistência Social com as demais políticas setoriais.**

A *articulação* proposta partia do reconhecimento de que **mesmo articulada às outras políticas setoriais, a PNAS não tem condições de enfrentar a pobreza.** Por isso, era necessário que: a) **os órgãos gestores da Assistência Social realizarem parcerias e convênios com outras políticas setoriais;** b) identificasse a rede de serviços sociais de cada município para trabalhar a **interface da assistência social com as demais políticas públicas;** c) **articulassem os conselhos de Assistência Social com os demais conselhos setoriais,** nas três esferas de governo; d) **articulassem a PNAS com as outras políticas setoriais,** nas três esferas de governo, notadamente de **educação, saúde, trabalho, habitação, saneamento, reforma agrária, política agrícola, assegurando a interface no que se refere a proposição de ações e financiamento** (BRASIL, 1997).

A importância da articulação defendida seja em relação aos órgãos gestores, aos conselhos, às esferas governamentais, seja em relação a identificação da rede de serviços de cada município, diz respeito à efetivação e materialização da Assistência como uma política pública⁴⁹. Em 2001, período de transição de governos – de FHC para Lula -, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Assistência Social, com o tema: "Política de Assistência Social: uma trajetória de avanços e desafios". Nessa Conferência a palavra intersectorialidade apareceu no painel relacionado ao respeito e a garantia do comando único em todos os níveis com a implantação de estruturas funcionais e os meios necessários para a operacionalização da política de assistência social, **garantindo a intersectorialidade com as demais políticas sociais** (BRASIL, 2001). É a primeira vez que a palavra intersectorialidade apareceu grafada nas CNAS⁵⁰. A intersectorialidade é defendida no sentido de que a assistência social deve ser concebida e efetivada como uma política pública e como primazia do Estado na sua condução. Por isso, deverá estar articulada às demais políticas públicas, principalmente as da seguridade social: previdência e saúde. Ou seja, o sentido de intersectorialidade adotava um caminho inverso ao assumido pela política adotada nos governos Collor e FHC.

Lula, a despeito de apresentar em seu programa de governo várias propostas de mudanças (sobretudo na área social), manteve a fragmentação das políticas de Seguridade Social, com a criação, no primeiro ano de governo, do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA), e a manutenção dos Ministérios da Assistência Social (MAS), da Previdência Social (MPS) e da Saúde (MS). No início de 2004, com a reforma ministerial e as dificuldades enfrentadas pelo Programa Fome Zero para a efetivação de ações, o governo dissolveu o MESA e o MAS e criou o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que reúne as competências do MESA, do MAS e da Secretaria-Executiva do Programa Bolsa-Família (PEREIRA, 2006).

⁴⁹ Cabe lembrar que nesse período, um ano após a realização da 2ª CNAS, foi elaborada a primeira versão da Política nacional de Assistência Social (1998) que foi aprimorada Nesses eventos, culminado com a segunda versão de 2004, trazendo em seu interior o SUAS.

⁵⁰ Se compararmos a temporalidade da discussão da intersectorialidade tanto na Saúde (entre 1996 e 2000) quanto na Assistência Social (AS) (2001), vemos que esse é um tema recorrente e não fortuito.

No âmbito da política de combate à pobreza e da Assistência Social, destacam-se o Programa Fome Zero, o Programa Bolsa Família (PBF) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (FREITAS, 2007). O **Programa Fome Zero**, lançado oficialmente no dia 30 de janeiro de 2003 com o objetivo de suprir a fome e as causas de exclusão, **envolvia todos os ministérios**, as três esferas do governo (federal, estadual e municipal) e a sociedade (era, portanto, um programa intersetorial). Além disso, tinha a proposição de que a Política de Segurança Alimentar para o Brasil fosse executada pelas políticas estruturais, pelas políticas específicas e pelas políticas locais que poderiam ser implantadas por prefeituras ou pela sociedade civil (FREITAS, 2007).

O Programa Fome Zero tinha como ponto de partida a linha de pobreza adotada pelo Banco Mundial⁵¹. Este Programa não foi implementado integralmente devido às várias críticas pelo seu caráter pontual e pela justificativa de que não precisava ter um ministério próprio e sim deveria fazer parte do Ministério da Assistência Social. Com a reforma ministerial de 2004, Lula centraliza os programas de caráter assistencial no MDS e unifica os programas de transferência de renda em um único: o Programa Bolsa Família, regulamentado pela Lei 10.836 (de janeiro de 2004) (MARQUES; MENDES, 2007).

O Programa Bolsa Família (PBF), no atual governo (e desde sua implantação), é considerado o carro-chefe da política social – incorporou o Programa Fome Zero – e prevê a transferência direta de renda (com condicionalidades⁵²) que beneficia famílias consideradas pobres e extremamente pobres (com renda mensal por pessoa de R\$ 70 a R\$ 140) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70), de acordo com a Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004 (FREITAS, 2007). De acordo com o número e idade dos filhos, com valor reajustado a partir do primeiro semestre de 2011, o valor do benefício recebido pela

⁵¹ Considera pobre toda pessoa com renda inferior a US\$ 1,00 por dia, deduzido dos gastos com aluguel ou prestação da casa própria e imputado ao autoconsumo.

⁵² Ao entrar no PBF, a família se compromete a cumprir as condicionalidades do Programa nas áreas de saúde e educação, a saber: manter as crianças e adolescentes em idade escolar freqüentando a escola e cumprir os cuidados básicos em saúde, ou seja, o calendário de vacinação, para as crianças entre 0 e 6 anos, e a agenda pré e pós-natal para as gestantes e mães em amamentação (informação disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 28 nov. 2009).

família passa variar entre R\$ 32 – antes 22 - a R\$ 242,00 – antes 200,00 – mensais, sendo que o valor médio do programa vai de R\$ 96,00 para R\$ 115,00.

Em dezembro de 2004, o Bolsa Família estava implantado em 5.533 municípios (99,50% do total existente no país), atingindo 6.571.842 famílias, a um gasto anual de R\$ 5,3 bilhões (MARQUES; MENDES, 2007). O recebimento do Bolsa Família altera as condições básicas da vida familiar, fazendo com que grande parte do recurso recebido seja dirigido para a alimentação. De 2003 a fevereiro de 2008, o Bolsa Família foi responsável pela transferência de R\$ 28,2 bilhões à população de baixa renda (até R\$ 120,00 *per capita*/mês), ou seja, beneficiou 45,8 milhões de brasileiros. E, em 2010 beneficiou 12,78 milhões⁵³ de famílias. Essa abrangência do programa contribui para o que Marques e Mendes (2007) denominam de “um novo populismo”⁵⁴, ou seja, a hipótese dos autores é a de que o governo Lula necessitou para se manter no poder – além de dar continuidade à agenda neoliberal que ficou pendente ao final da gestão FHC –, de uma base de sustentação política confiável (e por isso sólida) que seria feita a partir da população mais pobre.

Do ponto de vista político, a implementação do programa Bolsa Família permitiu que o governo Lula estabelecesse fortes vínculos com a população por ele beneficiada, direta ou indiretamente, o que explica sua alta popularidade em várias zonas do país (MARQUES; MENDES, 2007). Mas, esses programas não constituem um direito e sim são apresentados muitas vezes como uma *benesse* governamental, que pode ser alterada sem grandes discussões a depender do gosto e do interesse do presidente de plantão. Apesar de ser considerado um programa (PBF) importante, por modificar as condições de vida de milhões de brasileiros, este recebe várias críticas. Marques e Mendes (2007) concordam que não há contradição entre uma política econômica do governo Lula (que privilegia o grande capital financeiro) e a implementação de programa de combate à pobreza, voltado às classes mais pobres da população. Embora os autores reconheçam a importância do PBF, assinalam como problema principal o fato de ele ser um programa e não um direito social. E, por isso, o programa

⁵³ Dado disponível em: http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RI_senarc/grafico_BF_fam2.php?ibge=0

⁵⁴ Fazem referência à ação política com a finalidade de obter legitimidade em relação ao governo por meio do cidadão comum, das classes sociais de menor poder aquisitivo.

pode ser considerado um instrumento de dominação e manipulação, como também uma política assistencialista, clientelista e manipulatória, do ponto de vista político.

Também no governo Lula, marcos importantes de regulamentação da PNAS ocorreram. Em dezembro de 2003, a 4ª Conferência Nacional de Assistência Social (CNAS), convocada em caráter extraordinário, retoma a valorização dos espaços de controle social. Em sua plenária final, a 4ª CNAS aprovou a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que passou a prever a construção e implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo. O SUAS foi um avanço e concretiza um modelo de gestão que possibilita a efetivação dos princípios e diretrizes da política de assistência, conforme definido na LOAS. Este princípio organizativo da Assistência Social, baseado num modelo sistêmico, aponta para a ruptura do assistencialismo, da benemerência, de ações fragmentadas, “ao sabor dos interesses coronelistas e eleitoreiros” (PEREIRA, 2006, p. 8).

A 4ª CNAS teve como tema "Assistência Social como política de inclusão: uma nova agenda para a cidadania - LOAS 10 anos". No relatório final dessa conferência foram identificadas as palavras *articulação* e *intersectorialidade*. A primeira consta na quinta deliberação: garantir a implementação e ampliação de programas de prevenção e proteção com centralidade na família, priorizando as condições de vulnerabilidade, desvantagem pessoal e/ou circunstanciais ou conjunturais *em articulação com as demais políticas sociais*. A segunda também aparece como deliberação: **“Efetivar a intersectorialidade entre as políticas públicas, a partir da articulação dos órgãos gestores e implantação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS -, da definição de competências e da aplicação de recursos, garantindo a complementaridade entre as políticas, de forma a evitar o paralelismo, a fragmentação das ações e recursos, respeitando o Plano Plurianual – PPA -, esferas federal, estadual e municipal”** (BRASIL, 2003, p. 27). Também apareceu relacionada à implantação dos planos de proteção social do SUAS, no qual deve haver a garantia, dentre outras coisas, de que **“as ações de intersectorialidade das políticas públicas estejam contempladas através da organização dos serviços disponíveis e respeitados os diversos sistemas existentes e formas de financiamento”**, para que

seja **extinta a sobreposição** de ações, ampliando a oferta de serviços com melhoria da qualidade (BRASIL, 2003, p. 28). Ou seja, organização das ações e serviços em rede. Tal afirmativa enfatiza que a intersectorialidade por si só garantiria o acesso aos serviços do SUAS e das demais políticas públicas e também a melhoria da qualidade dos mesmos. Entretanto, o contexto econômico, político e social é que influencia sobremaneira a expansão (ou retração) e o acesso (ou não) aos direitos sociais.

A 5ª CNAS, realizada em 2005 com o tema “SUAS – PLANO 10: Estratégias e Metas para Implementação da Política Nacional de Assistência Social”, trouxe a intersectorialidade entre as deliberações no eixo “Compromissos éticos com os direitos sócioassistenciais. “A assistência social deve ser operada através de **uma rede de benefícios, serviços, programas e projetos** que devem manter relação de completude entre si [integralidade] e de **intersectorialidade com outras políticas sociais**” (BRASIL, 2005, p. 311). Também foi identificada entre os direitos sócio-assistenciais, “**direito à proteção social por meio da intersectorialidade das políticas públicas**”, ou seja, os cidadãos devem ter acesso à moradia, educação, saúde, segurança alimentar etc, que deve ser garantida via **intersectorialidade** (BRASIL, 2005, p. 314). Dentre as metas da gestão do SUAS, destacou-se a efetivação da *intersectorialidade* das políticas públicas com o objetivo de “**assegurar o acesso dos usuários da assistência social a serviços** nas áreas de saúde, esporte lazer, agricultura, pesca e extrativismo, habitação, segurança pública, trabalho e renda”, ou seja, assegurar a integralidade e a universalidade de acesso (BRASIL, 2005, p.323). Por meio da intersectorialidade, a assistência social deve funcionar como um canal de acesso a bens produzidos coletivamente, serviços e direitos básicos junto aos sujeitos deles excluídos e como uma rede de proteção, inclusão e manutenção da inclusão, fortalecendo o lado distributivo da seguridade social (PEREIRA, 2004).

Além dos Anais da 5ª CNAS, nos textos Caderno de Estudos; Desenvolvimento Social em Debate e SUAS Plano 10, a *intersectorialidade* aparece: a) como **paradigma de parceria** e estratégia de **rompimento com ações fragmentadas**, e; b) estratégia de promoção do desenvolvimento social das famílias – do PBF – e superação da pobreza e da exclusão. O governo defende que deve haver uma conjugação de esforços entre

esferas de governo, sociedade em geral e famílias beneficiadas pelo PBF, além de uma articulação entre os programas de transferência condicionada de renda com os programas e serviços da assistência social para a superação da pobreza⁵⁵ (BRASIL, 2005).

Os discursos governamentais, registrados nos textos da 5ª Conferência, defendem sua diferença dos governos anteriores argumentando que o atual (governo Lula) “está mudando a trajetória da assistência social, rompendo com a lógica injusta e perversa do assistencialismo, do favorecimento e da improvisação” (AZEVEDO, 2005, p. 81). Quanto a essa assertiva, dois pontos podem ser destacados: primeiro, há consenso entre os pesquisadores da área, militantes e trabalhadores da Política a respeito de que, durante o governo Lula, houveram avanços significativos, dentre os quais destacam-se a elaboração e aprovação da PNAS, das NOB/SUAS (2005), NOB-RH/SUAS (2006) e a NOB/SUAS 2010 com aprimoramento da gestão e qualificação dos serviços socioassistenciais, construção e expansão dos CRAS etc. Contudo, em relação ao argumento de que o governo possibilitou o rompimento com a lógica injusta e perversa do assistencialismo, do favorecimento, os dados e análise já construídas indicam o contrário. Em primeiro lugar, o PBF – carro chefe da política social no governo Lula – não é um direito social e, sim um programa executado via Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) que recebe mais recursos financeiros que os programas, projetos e serviços do SUAS – direito social e de cidadania (BEHRING, 2009). Segundo, o próprio Bolsa Família tem contribuído para a formação de uma base sólida de sustentação política para o atual governo (MARQUES; MENDES, 2007). Nesse sentido, a implementação e supervalorização do PBF – um dos programas de combate à pobreza -, em detrimento da Política de Assistência Social, deixa claro que há contradições entre as argumentações e a implementação da Política.

Retomando as argumentações dos representantes governamentais sobre a política de assistência, Azevedo (2005), aponta alguns desafios: a) **garantir a integração da**

⁵⁵ A Lei nº 10.836, que cria o Programa Bolsa Escola define que “A execução e a gestão do Programa Bolsa Família são públicas e governamentais e dar-se-ão de forma descentralizada, por meio da conjugação de esforços entre os entes federados, observada a **intersetorialidade**, a participação comunitária e o controle social” (artigo 8º) (BRASIL, 2004, sp).

assistência social com as demais políticas públicas, especialmente a saúde, previdência social e educação, superando dificuldades intersetoriais e potencializando a atenção integral à população; e considera como desafio maior; b) **avançar na estratégia de efetivação da articulação da assistência social com as demais políticas públicas** a fim de contribuir para que o Brasil supere a pobreza, as desigualdades e a violação de direitos, construindo um novo país. Entretanto, a pobreza e as desigualdades sociais e econômicas são inerentes à forma como o modo de produção capitalista se organiza. Esses problemas foram agravados a partir da reestruturação do capitalismo que ocasiona o crescimento do desemprego, o subemprego (trabalho informal) e impõe ao Estado a contenção de gastos com a área social (CORREIA, 2007; BEHRING, 2008). Por sua vez, a Assistência Social, na atualidade fica impossibilitada de contribuir com a superação da pobreza, pois fica cada vez mais seletiva e focalizada, atendendo, dos pobres, os mais pobres, sendo assim, retirada de si a perspectiva de redistribuição de renda, de política pública e de direito social. Como a Assistência junto com às demais políticas sociais pode contribuir para que o Brasil supere a pobreza, as desigualdades e a violação de direitos, construindo um novo país, se a política social não é priorizada, e sim a política econômica, principal geradora da pobreza, das desigualdades e das violações de direitos? Esse tem sido o contexto (aqui exaustivamente repetido) desde os anos 90: priorização da economia, em detrimento da efetivação das conquistas sociais e, principalmente, da democracia.

A 6ª CNAS, realizada em 2007 com o tema “Compromissos e responsabilidades para assegurar proteção social pelo SUAS – Sistema Único da Assistência Social”, apresentou entre os subtemas a **intersectorialidade entre as políticas sociais** e destas com o desenvolvimento econômico, com destaque para a palestra de abertura, painéis e oficinas. Na palestra de abertura do evento⁵⁶ apontou-se a necessidade de continuidade da estruturação do MDS para a implantação do SUAS e da *articulação da política de assistência social, a partir do SUAS, com outras políticas setoriais e programas de governo*. Nos painéis e oficinas, a intersectorialidade foi apresentada

⁵⁶ Proferida pelo Ministro Patrus Ananias, Ministro de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e por José Antonio Moroni, representante do Colegiado de Gestão do Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC).

como **um dos desafios e recomendações** à implementação do SUAS; uma das indicações para viabilização do SUAS; capaz de solucionar os problemas sociais; forma de superação da fragmentação e superposição de ações; garantia de direitos e estratégia para o alcance da integralidade no sentido da universalização dos direitos sociais – acesso às demais políticas sociais -, um dos princípios da PNAS de 2004 (BRASIL, 2007). Embora a intersetorialidade tenha aparecido como subtema, é colocada como uma categoria compreendida conceitualmente por todos que dela se utilizam. Ela aparece como se não fosse atravessada por contradições e/ou influenciada pelo contexto econômico, político e social.

A intersetorialidade também apareceu como um conceito não compreendido por profissionais externos à Assistência Social. Tal assertiva pressupõe que este é um conceito compreendido entre os técnicos vinculados à Assistência Social. Todavia, estudos sobre a intersetorialidade no âmbito da assistência social mostram que, na prática, isso não ocorre. Por exemplo, é consenso entre os autores consultados que a intersetorialidade recebe diferentes interpretações pelos profissionais tanto no âmbito da saúde como da assistência social. Santana (2008) destaca a diferenciação na assimilação/compreensão e vivência da intersetorialidade e representações sociais diferenciadas sobre o que seja ela. Atrelado ao nível da ação, sua definição aparecia ora como diálogo, proximidade, rede, ora como troca, trabalho conjunto, contato. Ou seja, para muitos técnicos da assistência social, a intersetorialidade configura-se como ação de encaminhamento ou contato com outros setores. Ao não colocar a necessidade de aprofundamento do debate dentro da Assistência Social, as análises situam o problema como externo ao setor – o que cria uma falsa imagem da questão.

Retomando a 6ª CNAS, as deliberações foram aprovadas sob a forma de metas nacionais a serem incorporadas ao Plano Decenal de Assistência Social, sendo a intersetorialidade uma das diretrizes. A intersetorialidade nesta CNAS apareceu como demanda relacionada a **articulação com outras políticas setoriais** para a implementação de **atividades produtivas**; necessidade de elaboração e implementação de uma **política nacional intersetorial para migrantes, pessoas em situação de trânsito e pessoas em situação de rua**; efetivação do Plano Nacional de

Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes; **co-financiamento de programas intersetoriais de geração de ocupação e renda para jovens, adultos e idosos nas áreas rurais e urbanas do município; fortalecimento e envolvimento da sociedade na defesa e elaboração de políticas públicas, articuladas intersetorialmente;** realização de campanhas educativas e informativas; fortalecimento da articulação com as demais políticas públicas para a garantia da instalação de unidades técnicas de capacitação, destinadas a jovens e adultos; **elaboração de um Plano Governamental de ação intersetorial, em parceria com a sociedade civil** (BRASIL, 2007).

As deliberações dessa CNAS estão relacionadas à implementação de atividades produtivas, geração de ocupação e renda, e envolvimento da sociedade na defesa e elaboração de políticas públicas, articuladas intersetorialmente/elaboração de um plano governamental de ação intersetorial, em parceria com a sociedade civil. Elas expressam as influências de mudanças realizadas na esfera econômica, iniciadas na década de 1970 em nível mundial, que repercutiram no âmbito político e social que, por sua vez, provocaram uma recondução da lógica que inspira a construção das políticas sociais (MAURIEL, 2008). Esse processo, denominado de reestruturação produtiva e financeirização do capital, sustentado pelo pensamento neoliberal, influenciaram sobremaneira o Brasil, a partir da década de 1980 e se aprofundaram na década de 1990 (CORREIA, 2007; BEHRING, 2008).

Para alcançar altas taxas de lucros, o capital se reorganizou, e no seu eixo de reestruturação está a volta da liberdade do mercado quebrando o pacto social-democrata e demolindo o Estado intervencionista (CORREIA, 2007). É uma intervenção da luta de classes contra a classe trabalhadora, que por meio do fluxo de capitais mobilizados entre os mercados mundiais favorece a formação de monopólios financeiros que controlam a economia mundial, processo realizado pela destruição dos direitos sociais e trabalhistas realizadas através da flexibilização das relações trabalhistas, terceirização (CORREIA, 2007). No conjunto dessas conseqüências destaca-se o desemprego estrutural crescente (ALENCAR, 2008; SOARES, 2003; TELLES, 2001).

Alencar (2008) afirma que, no Brasil, a partir de 1990, uma das principais ações de enfrentamento ao desemprego no âmbito das políticas de emprego e renda tem sido as iniciativas de apoio e de incentivo às pequenas unidades econômicas⁵⁷, consideradas, como solução, não só para a pobreza, mas, sobretudo para o desemprego a partir dessa década. Essas políticas estimuladoras e apoiadoras do empreendedorismo compõem o processo de transferência da esfera econômica e política para a esfera privada da responsabilidade pela inserção produtiva, por meio da disseminação da idéia de que o trabalhador é o responsável pela sua inserção no mercado de trabalho (ALENCAR, 2008), como se o desemprego não fosse inerente ao processo de reestruturação do capital. Com isso, o trabalho acaba sendo retirado do campo dos direitos sociais e cidadania para ser remetido às condições de cada um no mercado, e da responsabilidade do Estado na sua garantia (ALENCAR, 2008).

Além de gerar reflexos no mundo trabalho, esse fenômeno se reflete na construção e implementação das políticas sociais. Segundo Mauriel (2008), a partir da reestruturação do capital houve também uma mudança no paradigma de análise da pobreza e, conseqüentemente, uma outra forma de pensar o social, correspondendo, portanto, a outras formas de enfrentamento da questão social. Nessa perspectiva, o bem-estar passa a ser uma questão de opção individual que se pode escolher e adquirir no mercado e, com isso, as políticas públicas sociais tornaram-se aliadas do mercado e não uma forma de proteção contra ele (MAURIEL, 2008). Nessa ótica, a questão das desigualdades, da pobreza, tornada prioridade na agenda de reformas das políticas sociais a partir dos anos de 1990 conforme recomendações dos organismos multilaterais, e até mesmo do desemprego, passa a ser tratada sob a concepção da redistribuição, mas não de renda, e sim, de capacidades (MAURIEL, 2008). Nessa linha de pensamento,

o combate à pobreza, no contexto atual, ganha um tom individualizado, centralizado nas características e comportamento dos pobres e, as políticas sociais, sob esse prisma, são concebidas como instrumentos para ajudar na construção de 'habilitações' que tornarão esses indivíduos inseríveis no padrão

⁵⁷ Vistas como problema na década de 1970, período de incorporação para o assalariamento. (ALENCAR, 2008).

de sociabilidade contemporânea (uma sociedade de troca, de mercado, com dimensões globalizantes) (MAURIEL, 2008, p. 327).

Ou seja, nessa concepção teórico-metodológica, os sujeitos sociais são responsáveis pelo seu próprio bem-estar (SOARES, 2003), pois o seu problema – a pobreza – não está relacionado à sua (falta de) renda e nem de inserção no mercado, mas sim à falta de capacidades, de habilitações e de liberdades (de escolha) (MAURIEL, 2008).

A ênfase à implementação de atividades produtivas e de geração de ocupação e renda, presentes na política de assistência social, ilustram essa assertiva, na qual “o indivíduo é que deve fazer a própria mudança” (MAURIEL, 2008, p. 326). Por essa forma de conceber o real, o desemprego, a pobreza e a desigualdade social e econômica, são considerados como não inerentes ao sistema capitalista, mas sim, problemas individuais que poderão ser resolvidos via políticas sociais de desenvolvimento de “capacidades” e “habilitações”, as quais “passam a uma forma de compensação das desvantagens de capacidade [...], onde a focalização funciona para tornar mais eficiente o uso dos recursos” (MAURIEL, 2008, p. 327). É com essa concepção que a inclusão produtiva aparece na PNAS de 2004 e, conseqüentemente na sua implementação.

É nesse contexto que está inserida a intersetorialidade que, na 6ª Conferência, aparece relacionada articulação de políticas setoriais para a implementação de atividades produtivas, programas intersetoriais de geração de ocupação e renda para jovens, adultos e idosos e envolvimento da sociedade na defesa e *elaboração de políticas* públicas, articuladas intersetorialmente. A intersetorialidade, sob esse aspecto, pode, além de reforçar na política de assistência social o caráter de gestão da pobreza, de compensação de desvantagens de capacidade, poderá contribuir também para a permanência e manutenção da idéia de que a pobreza e o desemprego estão relacionados às características individuais das pessoas, retirando-os da esfera do capital - transferindo-os para uma dimensão ética -, e, portanto, retirando do âmbito do Estado a responsabilidade pelo bem-estar e pela efetivação dos direitos sociais, em favorecimento à mercantilização das políticas sociais. Poderá, ao contrário de materializar a complementaridade que deve existir no acesso aos direitos sociais, de

modo a garantir integralidade e a efetivação dos direitos socioassistenciais (COUTO et al, 2010), reforçar a transferência, para o âmbito privado (pessoas, famílias e comunidades), de responsabilidades no enfrentamento e resolução das expressões da questão social (SOARES, 2003), fortalecendo a mercantilização das políticas sociais, em detrimento da expansão e efetivação dos direitos sociais. Além disso, a intersetorialidade pode favorecer, em relação à gestão da Assistência Social, a consolidação do modelo gerencial, expressão da contrarreforma realizada no âmbito do Estado, que enfatiza apenas a eficiência e eficácia da política, perspectiva exclusivamente instrumental e de diminuição dos gastos (BRAVO; MATOS, 2007).

Desse modo, a intersetorialidade como garantia de eficácia/eficiência das ações (e não como garantia de acesso a condições dignas de vida) incorpora uma perspectiva que atende aos interesses do capital em detrimento da expansão dos direitos sociais, contribuindo para a que a mesma seja cada vez mais focalizada e seletiva.

Além do relatório final da 6ª Conferência, os cadernos de textos trazem dois artigos, um do Ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Patrus Ananias), e o outro de José Antônio Moroni⁵⁸ e Alexandre Ciconello⁵⁹. Segundo Ananias (2007), a consolidação da política de assistência social - do SUAS - contribui para a superação das ações fragmentadas e as práticas clientelistas ou discriminatórias. Entretanto **reconhece que a promoção da intersetorialidade é um desafio**. Para o autor (2007), ela está associada a transversalidade:

trata-se de conciliar, de forma dinâmica e com determinação política, os direitos e garantias individuais com os direitos sociais, econômicos e culturais, incluindo os direitos ambientais, no quadro unificador dos direitos e deveres fundamentais (ANANIAS, 2007, p. 64).

Há aqui contradições entre o ponto de vista do que se defende e do que se realiza. Primeiro, o ministro defende a necessidade da intersetorialidade – assim como outros autores brasileiros – como forma de superar a fragmentação e a superposição de

⁵⁸ Membro da Executiva Nacional da Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais (ABONG) e do Colegiado de Gestão do Instituto de Estudos Socioeconômicos (INESC).

⁵⁹ Assessor da área de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (DHESCA) e do INESC.

ações; contudo, na prática governamental, o que se verifica é que no âmbito da Assistência Social as ações realizadas reforçam a setorialização, enfraquecendo a efetivação e consolidação da PNAS. Um exemplo disso é que, tanto a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) quanto a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) garantem que a assistência social deve garantir a sobrevivência⁶⁰ dos cidadãos, todavia, no mesmo período desse governo e, paralelamente a Assistência Social, é aprovada a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (nº 11.346, de 15 de setembro de 2006) e o estabelecimento do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) – com fundos e ministérios diferenciados -, sem esquecer, é claro, do Programa Bolsa Família – também com fundo próprio, sendo apenas executado via CRAS. Estes são exemplos de ações que se realizam paralelamente à Assistência Social, e até recebem a denominação de ação de assistência social, porém, os recursos não vão para o Fundo Nacional de Assistência Social e nem pertencem ao Ministério – MDS – ao qual está vinculada a Política. Essas ações e programas, embora sejam ações importantes e necessárias diante da realidade brasileira existente, contribuem para a não consolidação da Assistência Social como uma política pública e de direito.

No âmbito da Assistência Social, defende-se a intersetorialidade na perspectiva de articular os programas, projetos, serviços e benefícios entre si e também a própria Política com as demais políticas sociais e econômicas. Entretanto, discute-se a intersetorialidade da Assistência Social com o PBF, com o SISAN e/outras ações similares que pertencem ao seu mesmo campo de ação (ou setor).

A intersetorialidade, tal como posta no argumento do ministro, é necessária pelo fato de que a política de assistência social não dá conta de resolver por si só os problemas sociais, por isso outras políticas devem garantir o direito ao trabalho e renda, saúde, educação etc. Concordamos que a assistência social por si só não dá conta de resolver

⁶⁰ Segundo Sposati (2007), a sobrevivência relaciona-se a três campos: a) desenvolvimento biopsicossocial e se refere ao ciclo de vida – proteção ao enfrentamento das fragilidades favorecendo a ampliação da maturação do ser humano em sua capacidade de reprodução; b) sobrevivência associada à natureza ética e implicando a preservação da dignidade humana – satisfação das necessidades humanas básicas (PEREIRA, 2000); c) proteção que garante a renda e o rendimento.

os problemas sociais que são múltiplos e complexos, por isso ela deverá ser implementada intersetorialmente para a potencialização de suas ações e o alcance da integralidade. Todavia, a intersetorialidade entre os diferentes sistemas e políticas sociais públicas, apesar de demandar requisições conceituais e técnicas para sua operacionalização, depende principalmente da atuação política dos gestores públicos da assistência social em cada uma das esferas de governo, na articulação com as demais secretarias/ministérios em nível de governo, para que seja possível avançar em um processo que tenha *locus* institucional e não ocorra apenas como pontualmente, com base em iniciativas isoladas e em relações pessoais entre os técnicos (COUTO; YAZBECK; RAICHELIS, 2010).

Moroni e Ciconello (2007, p. 79) defendem a intersetorialidade nas políticas públicas como uma “condição fundamental para a efetivação dos direitos humanos”, mas reconhecem a existência de **vários desafios a serem enfrentados**. Afirmam que, entre os desafios, destaca-se a **estrutura burocrática setorializada** do Estado que influencia diretamente as políticas sociais que, para eles, também seguem a mesma lógica.

Outros desafios são apontados pelos autores (2007):

- Cultura institucional do Estado e também da sociedade que opera numa **lógica setorial e fragmentada**, por motivos e condicionantes diversos;
- **Falta de articulação horizontal na esfera federal entre os conselhos** – discutem as mesmas questões separadamente;
- **Dificuldade dos órgãos setoriais efetivarem os encaminhamentos de deliberações** realizadas em conferências que, em sua maioria, são intersetoriais, que estão relacionadas com outros órgãos gestores;
- Falta de participação dos governos nos espaços, e a forma como esses espaços estão constituídos, alimentam uma concepção de política social setorial com dificuldades de articulação de ações e estratégias;
- Discussão reduzida às políticas sociais – é mínima na área das políticas econômicas.

Como possibilidades, os autores (2007) consideram que a criação de uma estrutura física – Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) - de atendimento e expansão dos programas de transferência de renda possibilita que a assistência social seja o lugar privilegiado de execução e *articulação* das políticas públicas.

Para Moroni e Ciconello (2007), a *intersectorialidade* deve ocorrer não somente entre as políticas sociais, mas envolver também as políticas econômicas para que assim, por meio dos serviços e benefícios socioassistenciais – fundamentais para a universalização dos direitos sociais –, possa ocorrer o enfrentamento da pobreza. Segundo os autores, essa articulação deve se iniciar dentro do conjunto de programas e serviços do próprio MDS, e questionam: “Como falar em intersectorialidade das políticas se muitas vezes não se tem nem a integração dos programas de uma mesma política?” (MORONI; CICONELLO, 2007, p.84). Afirmam ainda que, sem a articulação da Assistência Social com as demais políticas sociais e econômicas e de desenvolvimento, ela continuará sendo uma política de gestão da pobreza e não uma política de transformação social.

Os autores ora usam as palavras *integração*, *articulação*, e *intersectorialidade*, como se fossem sinônimas. Todavia, conforme o dicionário Aurélio Buarque de Holanda (2004), cada palavra apresenta um significado distinto. Desse modo, integrar é sinônimo de completar, integralizar, entre outros. Articulação vincula-se a união de articulações, junção formando cadeias, ligação e união (HOLANDA, 2004). Já intersectorialidade é uma palavra formada por um prefixo e um sufixo. O prefixo *inter* indica relação de reciprocidade (HOLANDA, 2004). Nestes termos, intersectorialidade indicaria uma relação de reciprocidade entre os setores, uma articulação entre os setores, pois articulação aponta para junção formando cadeias. Contudo, alguns autores têm usado a palavra integrar que, conforme o dicionário não o é, como sinônimo de intersectorialidade e articulação. Inclusive na LOAS e na PNAS (2004) aparece o conceito integrar e não o conceito de intersectorialidade. Na NOB/SUAS (2005) é que aparece a palavra intersectorialidade. Esses autores utilizam integração como sinônimo de intersectorialidade e citam justamente a parte da LOAS que fala sobre a *integração*

da assistência com as demais políticas como a explicitação da necessidade da intersetorialidade inscrita nessa política.

Na 7ª CNAS (2009), com o tema "participação e controle social no SUAS", a intersetorialidade apareceu nas deliberações nos eixos: 1 - necessidade de ampliação da participação popular, mobilizando e capacitando os usuários para intervir nas decisões, avaliar e fiscalizar a política de assistência social, **para que se realize a intersetorialidade com as demais políticas públicas**; 2 - **promover espaços de diálogo intersetorial para garantir a articulação dos serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas**, possibilitando a participação do usuário; e 4 - necessidade da viabilização da elaboração do orçamento da seguridade social de forma **articulada entre as três políticas setoriais** (Saúde, Previdência Social e Assistência Social). Enfim, a intersetorialidade apareceu nas CNAS analisadas, ora como integração ora como articulação, sempre relacionada à dimensão técnica e operativa, esvaziando-se seu conteúdo político. Isso revela que, passadas quase duas décadas da aprovação da LOAS, a despeito dos avanços alcançados, particularmente após a aprovação da PNAS e do SUAS em 2004, a PNAS (expressa aqui no exemplo do debate sobre a intersetorialidade no interior das CNAS) ainda enfrenta conjunturas adversas, perante as quais “os sujeitos comprometidos com a sua feição pública buscam construir um projeto de resistência e de ruptura frente à implosão de direitos alimentada pelo ideário neoliberal” (COUTO, YAZBEK, RAICHELIS, 2010, p. 37).

Nesse contexto adverso, a PNAS de 2004 explicita e torna clara as diretrizes para

a efetivação da Assistência Social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado, apoiada em um modelo de gestão compartilhada pautada no pacto federativo, no qual são detalhadas as atribuições e competências dos três níveis de governo na provisão de atenções socioassistenciais, em consonância com o preconizado na LOAS e nas Normas Operacionais (NOBs) editadas a partir das indicações e deliberações das Conferências, dos Conselhos e das Comissões de Gestão Compartilhada (Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite – CIT e CIBs) (COUTO, YAZBEK, RAICHELIS, 2010, p. 38).

Estas autoras (2010, p. 38), ao apresentarem e problematizarem a PNAS e o SUAS, argumentam que, a sua implantação “tem liberado, em todo o território nacional, forças políticas que, não sem resistências, disputam a direção social da assistência social na

perspectiva da justiça e dos direitos que ela deve consagrar”, embora o contexto seja de retrocesso para as políticas sociais e de restrição de direitos devido a contrarreforma realizada no âmbito do Estado (BEHRING, 2008).

A PNAS, tal como a Política Nacional de Saúde, traz como um dos seus pressupostos a intersectorialidade considerada como importante para o enfrentamento das expressões da questão social que deverá

expressar a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social básica ou especial e ao enfrentamento das desigualdades” identificadas nos territórios de abrangência (COUTO, YAZBEK, RAICHELIS, 2010, p. 39).

Nessa ótica, os programas e serviços deverão ser implementados de forma integrada com vistas à **superação da fragmentação** da atenção pública às necessidades sociais da população de forma que, envolva e **agregue as diferentes políticas sociais** em torno de **objetivos comuns**, ou seja, a intersectorialidade deverá ser o princípio orientador da construção das redes municipais, pois é uma forma de gestão de políticas públicas que “está necessariamente relacionada ao enfrentamento de situações concretas vividas pela classe trabalhadora, que não pode ficar a mercê do mercado, mas depende do acesso a serviços públicos para o seu enfrentamento” (COUTO, YAZBEK, RAICHELIS, 2010, p. 40).

Considerando o contexto marcado pela mundialização da economia, reestruturação produtiva, neoliberalismo e reforma do Estado (BEHRING, 2008) que influenciou o processo de construção e implementação da Assistência Social, embora a intersectorialidade nos textos das CNAS apareça como uma das estratégias para a consolidação do rompimento com o modelo antigo da assistência social e como esforço para a garantia dos direitos sociais (BRASIL, 2007), esta foi incorporada também, como garantia de eficácia/eficiência das ações no sentido de diminuição de investimentos na área social, realizado por meio da implementação das parcerias com foco na solidariedade e voluntariado. Ou seja, nessa perspectiva a intersectorialidade pode ser utilizada para reforçar na Política de Assistência Social o caráter de gestão da pobreza, contrariando o que propõe a CF/88 e a LOAS/1993.

A intersectorialidade, portanto, se traveste dos interesses, ideais e intenções vigentes em cada momento histórico. Ou seja, mesmo sendo defendida no âmbito dos movimentos sociais – como o foi nas CNS e nas CNAS como garantidora de direitos –, num contexto de contrarreforma do Estado, ela foi apropriada pelo projeto conservador concorrendo para o processo de refuncionalização do Estado voltado para a defesa dos interesses do capital, em detrimento da garantia e expansão dos direitos sociais, e da universalização das políticas sociais.

Parafraseando Pereira⁶¹ ao fazer a análise da PNAS-SUAS “não dá para fazer certas colagens sem nenhuma reflexão”, ou seja, a intersectorialidade requer reflexão e explicitação de seus sentidos e implicações.

Configurado o debate sobre a intersectorialidade nas CNAS, agora é necessário refletir sobre o Sistema Único de Assistência Social e a proteção social básica nele inserido.

3.2.2 O SUAS, a Proteção Social Básica e a intersectorialidade

“A gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto muito mais embaixo, bem diverso do em que primeiro se pensou. Viver nem não é muito perigoso?” (Guimarães Rosa).

De acordo com a PNAS (2004, p. 26-27), a organização da assistência social segue as seguintes diretrizes:

- Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal. Bem como as entidades beneficentes e de assistência social, garantindo o comando único das ações em cada esfera de governo, respeitando as diferenças e as características socioterritoriais;

⁶¹ Entrevista concedida a Mirella Souza Alvarenga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

- Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- Primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo;
- Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.

Deste modo, a PNAS, traz a previsão e a definição do SUAS que regula e organiza, em todo território nacional, serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, de caráter continuado ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob um critério universal e uma lógica de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil. Para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), o SUAS define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política pública de assistência social, possibilitando a normalização dos padrões nos serviços, na qualidade do atendimento aos usuários, nos indicadores de avaliação e resultado, na nomenclatura dos serviços e na rede prestadora de serviços socioassistenciais (BRASIL, 2009).

A assistência social, na perspectiva do SUAS, deverá ser realizada por meio das denominadas proteções afiançadas, divididas em: Proteção Social Básica (PSB), Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade e de Alta Complexidade.

A *Proteção Social Básica* é destinada à população em situação de pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) (BRASIL, 2004). A prevenção de situações de risco (por intermédio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições) e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários são os objetivos da Proteção Social Básica. Esse nível de proteção prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. As ações de Proteção Social Básica (PSB) deverão incluir as pessoas com deficiência e serem organizadas em rede, de modo a inseri-las nos serviços e benefícios ofertados, tanto o Benefício de Prestação

Continuada (BPC) quanto os eventuais. A PSB deve ser realizada nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Entretanto, no território brasileiro, sua distribuição geográfica é desigual: o Nordeste se destaca por possuir a maior quantidade de CRAS (2.106), em segundo lugar a região Sudeste (1.977), e o Sul (888) (BRASIL, 2009). Em relação aos Estados com maior número de centros, destacam-se: Minas Gerais, São Paulo e Bahia. Desse modo, a PSB não fica assegurada a todos os cidadãos e cidadãs que dela necessitarem.

O CRAS é responsável pela articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência, por uma atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social, assim como tem a função de organizar a vigilância da exclusão social de sua área de abrangência, em conexão com outros territórios. Além disso, vale dizer que nos CRAS existem equipes de referência responsáveis pela execução da proteção social básica, pela organização e pela coordenação da rede prestadora de serviços socioassistenciais locais do SUAS (BRASIL, 2009).

Os CRAS e CREAS compõem a Rede Socioassistencial considerada como “conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos o que supõe a articulação entre todas as unidades de provisão de proteção social”, e que devem desenvolver suas ações articulados com os setores no seu território – mas não só -, pois ambos atendem os mesmos sujeitos pertencentes à classe de trabalhadora (BRASIL, 2005, p. 94).

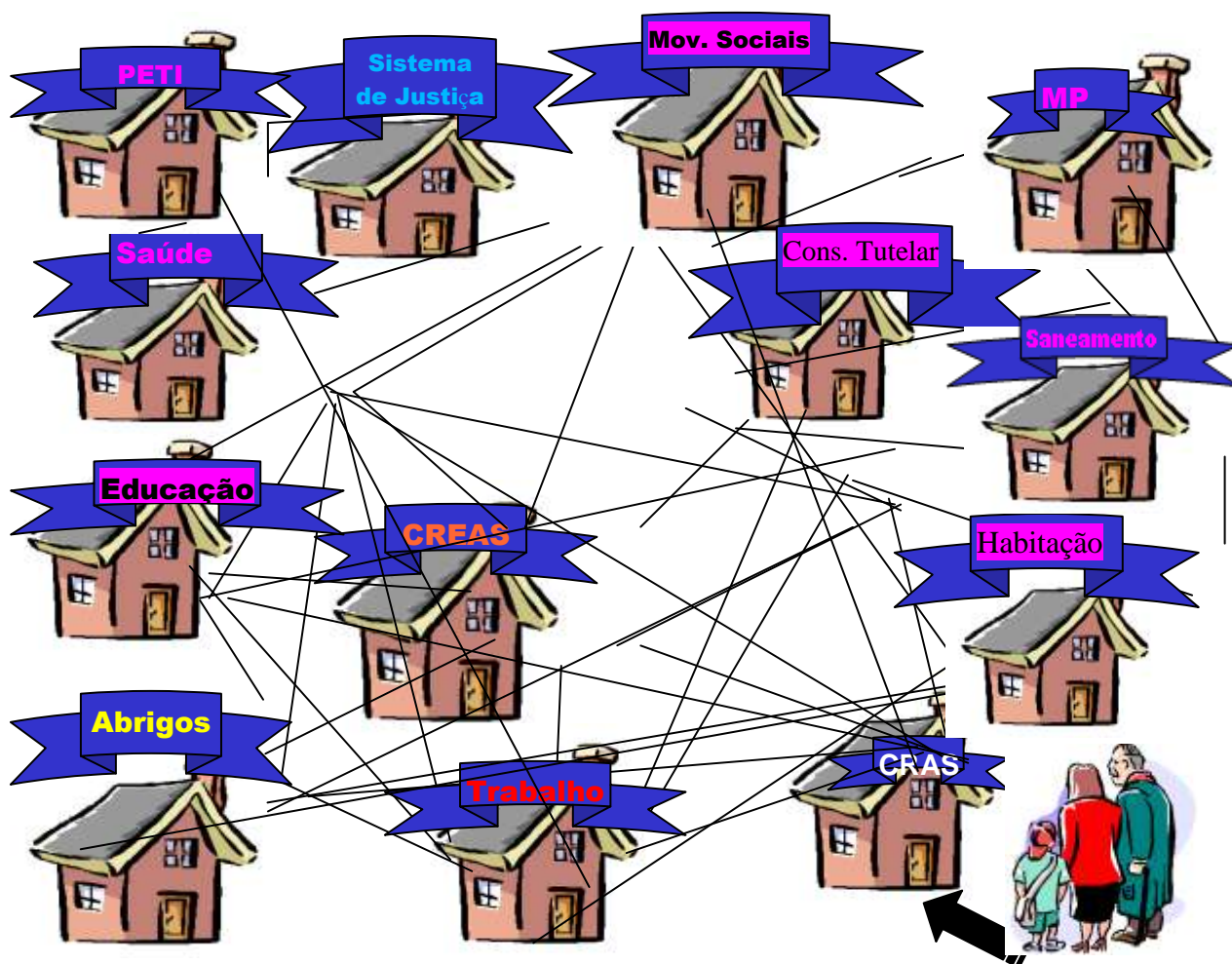


Figura 4. Parceiros do CRAS e CREAS na constituição da rede.
Fonte: Desenho adaptado pela autora.

A figura 4 exemplifica alguns dos possíveis parceiros dos CRAS e do CREAS a serem acionados na perspectiva da intersetorialidade, pois os cidadãos que recorrem à Assistência Social também precisam de trabalho, da educação, da habitação, entre outros para que tenha suas necessidades satisfeitas.

A implantação dos CRAS no país teve início em 2005 com 770 unidades de atendimento em 466 municípios brasileiros (TAVARES, 2005). As unidades dos CRAS são espaços físicos localizados em regiões mais pobres das cidades voltadas para atendimento socioassistencial. Também funcionam como um espaço para o desenvolvimento de ações complementares do Bolsa Família e estabelecem interfaces com o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e com programas de

inclusão produtiva, geração de trabalho e renda, dentre outros. Neles atua a *Equipe de Referência do CRAS* - uma equipe de trabalhadores da política de assistência social - responsáveis pela implementação do Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF), de serviços e projetos de proteção social básica e pela gestão articulada no território de abrangência, sempre sob orientação do gestor municipal. Esse conjunto de trabalhadores é denominado 'equipe de referência do CRAS' e sua composição, regulamentada pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS) de 2006, depende do número de famílias referenciadas ao CRAS. E, o número de famílias referenciadas em cada CRAS dependerá do porte do município⁶²

O espaço físico do CRAS deve refletir sua principal concepção: o trabalho social com famílias, operacionalizado por meio do Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF). Assim, caso se opte pela oferta de serviços socioeducativos de convívio geracionais, bem como de projetos de inclusão produtiva no CRAS, o espaço físico deverá ser ampliado e adequado, de acordo com as orientações específicas de cada serviço socioeducativo, e de modo a não prejudicar o desenvolvimento do PAIF (BRASIL, 2009) A estruturação do espaço físico do CRAS é de responsabilidade do município como cumprimento do requisito de habilitação ao nível básico ou pleno de gestão do SUAS.

Nos CRAS deverão ser desenvolvidos:

- Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) – expressa um conjunto de ações relativas à acolhida, à informação e orientação e à inserção em serviços da assistência social, tais como serviços socioeducativos e de convivência, encaminhamentos a outras políticas, promoção de acesso à renda e, especialmente, o acompanhamento sociofamiliar;
- Programa de Inclusão Produtiva e projetos de enfrentamento à pobreza;

⁶² A PNAS classifica como município de pequeno porte 1 (população até 20.000 habitantes), pequeno porte 2 (entre 20.001 a 50.000 habitantes); médio porte (entre 50.001 a 100.000 habitantes); grande porte (entre 100.001 a 900.000 habitantes) e metrópoles (superior a 900.000 habitantes) (BRASIL, 2004, p. 12).

- Centro de Referência para idosos;
- Serviços para crianças de 0 a 6 anos;
- Serviços Socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos;
- Programas de Incentivo ao protagonismo juvenil, e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- Centros de informação e de educação para o trabalho, voltados para os jovens e adultos (BRASIL, 2004).

Dados do MDS (2009) apontam que as ações mais executadas pelos CRAS são as atividades de convivência – que inclui a participação de gestantes, crianças, famílias do Programa Bolsa Família (PBF) e idosos - palestras temáticas conforme as necessidades e demandas apresentadas à equipe do CRAS, atividades com jovens de 15 a 17 anos – Projovem -, atividades de geração de renda - inclusão produtiva – e grupos de convivência com a terceira idade. Para o desenvolvimento das ações a serem executadas nos CRAS é necessária a realização de parcerias com a Saúde, Educação, Segurança Pública, associação de moradores, habitação, empresas, habitação, esporte, etc.

Dados de Araújo et al (2010) apontam que entre as atividades realizadas nos CRAS destacam-se o atendimento prioritário a crianças, adolescentes e mulheres, encaminhamentos, desenvolvimento de cursos voltados para a geração de renda, palestras, reuniões socioeducativas com famílias, o que denota uma “reatualização das ações desenvolvidas pelos antigos Centros Sociais, com o privilegiamento do atendimento individual e psicologizando-se as formas de atendimento das famílias” (ARAÚJO et al, 2010, p. 128).

Em relação ao trabalho desenvolvidos nos CRAS e a intersetorialidade, os autores consultados destacam a articulação dos CRAS com a Saúde e a Educação no acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família e também no

desenvolvimento de atividades educativas para publicizarem o Programa (SANTANA, 2008; COELHO, 2009; SILVA; SENNA, 2009). É consenso entre esses autores o fato de que a intersectorialidade é importante para a potencialização das ações, seja na área da Assistência Social, da Saúde e das demais políticas sociais e, de que ela ainda está em construção.

Em relação à intersectorialidade, Couto, Yazbek e Raichelis (2010) argumentam que a mesma é necessária para o enfrentamento de situações geradas por condições multicausais. Supõe a articulação entre sujeitos que atuam em áreas que, considerando suas especificidades e experiências particulares, possam criar propostas e estratégias conjuntas de intervenção pública para o enfrentamento de problemas complexos que não poderiam ser resolvidos de forma isolada (COUTO; YAZBEK; RAICHELIS, 2010). E, supõe também vontade e decisão políticas dos agentes públicos, respeitando-se as particularidades e as diversidades de cada setor, “que não deveria se sobrepor, contudo, aos processos pactuados entre as políticas setoriais no espaço institucional” (COUTO; YAZBEK; RAICHELIS, 2010, p. 40).

Entretanto, Araújo et al (2010, p. 129), ao analisar os serviços e atenções prestadas pelos CRAS e CREAS, pontua que as informações coletadas mostram que há dificuldades na articulação das ações dos CRAS e CREAS com as outras políticas públicas, inviabilizando “a intersectorialidade e as ações de referência e contra-referência”. As autoras destacam que a articulação, na maioria dos municípios, se realiza mediante uma relação denominada pelas mesmas de “colaboração” das demais políticas públicas com a Assistência Social, em geral viabilizada pelo relacionamento pessoal entre os gestores e não por uma institucionalidade construída na perspectiva da potencialização dos serviços e da responsabilidade pública com o enfrentamento da questão social.

Outro ponto importante observado por Araújo et al (2010), diz respeito a rede socioassistencial que se relaciona com os CRAS, que segundo as autoras, é constituído, predominantemente, de entidades privadas. Isto revela um paradoxo,

[...] a PNAS aponta para a possibilidade de ruptura com a matriz caritativa e filantrópica que sedimenta relações de tutela e assistencialismo e, ao mesmo tempo, a existência e amplitude dessas entidades tem favorecido a associação da Assistência Social com a benesse em detrimento do direito (ARAÚJO et al, 2010, p. 129).

Yazbek et al (2010), ao analisar a implantação e implementação do SUAS em São Paulo e Minas Gerais, observou que, em grande parte dos municípios analisados, o planejamento e as intervenções intersetoriais são processos em lenta construção, pois envolvem mudanças mais profundas tanto nas instituições sociais quanto em suas práticas e nas formas de articulação das ações das organizações gestoras das políticas sociais. Segundo Yazbek et al (2010), o desafio para a construção da intersetorialidade se coloca tanto na busca de articulação das iniciativas públicas estatais como destas com as organizações da sociedade, na perspectiva da construção de uma rede protetiva no âmbito da PNAS. Outro aspecto apontado por estas autoras é um processo de articulação realizado pelos CRAS, caracterizado como frágil, pela ausência de procedimentos regulares e sistematizados de supervisão de serviços intencionalmente planejados em conjunto e regulados pelo poder público.

A Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade, ao contrário da PSB, atende famílias com direitos violados, mas cujos, vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Sua estrutura técnico-operativa oferece serviços de atenção especializada e mais individualizada realizada nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). *A Proteção Social Especial de Alta Complexidade* visa garantir a proteção integral, cuja gama de assistência abarca moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias que se encontram sem referência ou em situação de ameaça (isto é, quando necessitam ser retiradas de seu núcleo familiar ou comunitário).

Para regulamentar o SUAS foi aprovada a Norma Operacional Básica (NOB/SUAS), em 2005 e também a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUAS), em 2006. De acordo com a NOB/SUAS, são princípios do SUAS:

- matricialidade sociofamiliar;
- territorialização;
- a proteção pró-ativa;

- **integração à seguridade social;**
- **integração às políticas sociais e econômicas.**

A matricialidade sociofamiliar refere-se à execução da política de assistência social com centralidade na família objetivando a superação da focalização, tanto relacionadas a situações de risco como a de segmentos (BRASIL, 2005), considerando a diversidade sociocultural familiar, contribuindo para o processo de emancipação destas, enquanto sujeitos coletivos (BRASIL, 2004, p. 36). Neste sentido, “a família é o núcleo básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social” (BRASIL, 2005, p. 90).

O planejamento da localização da rede de serviços deve ser realizada a partir dos territórios de maior vulnerabilidade e risco de forma a promover o alcance de universalidade de cobertura das famílias atendidas e, principalmente, para facilitar o acesso às ações desenvolvidas nos CRAS.

E deve ocorrer promoção da proteção pró-ativa que se refere ao desenvolvimento de um conjunto de ações capazes de reduzir a ocorrência de riscos e danos sociais, sendo realizada, principalmente no âmbito da proteção social básica.

O princípio da territorialização visa possibilitar a proteção social de Assistência Social na perspectiva da universalidade de cobertura entre indivíduos e famílias, sob situações similares de risco, e no planejamento da localização da rede de serviços, a partir dos territórios de maior incidência de riscos sociais.

Segundo a NOB/SUAS, o princípio de integração à Seguridade Social implica a reafirmação de que “a rede de proteção social brasileira compõem-se da previdência social, da saúde e da assistência social que devem manter relações de completude e integração com análise da incidência de riscos à população brasileira” (BRASIL, 2005, p. 91).

E, por fim, o princípio de integração às políticas sociais e econômicas, refere-se à dinâmica e à gestão da Assistência Social e do reconhecimento de que os riscos

sociais se concentram no âmbito social e econômico, “exigindo **ações intersetoriais** e de integração territorial” (BRASIL, 2005, p. 91, grifos nossos).

A PNAS aqui nos dá o primeiro recorte de nosso objeto de estudo – a proposição de ações intersetoriais como condição *sine qua non* para a superação dos riscos sociais – que não se restringem aos limites da Assistência Social.

Assim, saúde e assistência social, e os dispositivos - UBSF e CRAS – se propõe a executar ações intersetoriais. A literatura sobre o assunto aponta discussões de práticas intersetoriais em programas ora do âmbito da Saúde ora da Assistência Social. Encontrou-se também a menção de ações intersetoriais entre SUAS e o SUS no Rio de Janeiro (SANTANA, 2008) – e aqui a autora centrou a análise no Programa Bolsa Família - e entre a política de saúde (Estratégia de Saúde da Família) e de assistência (Centro de Referência em Assistência Social) em Planalto Serrano, Serra/ES (RUI; GONÇALVES; ALVES, 2010). As análises em geral estruturavam a partir de um setor, suas demandas e esforços por utilizar a rede socioassistencial existente em seu território.

A intersectorialidade na saúde foi analisada a partir da implementação do Programa de Saúde da Família em alguns municípios do Brasil⁶³. Os autores objetivaram: a) apreender como os profissionais da Saúde da Família (SF) compreendiam a intersectorialidade (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004); b) estudar o tema da intersectorialidade e sua relação com o discurso e a prática da SF (ALMEIDA, 2008); c) analisar o processo de trabalho intersectorial das equipes (PAPOULA, 2006); e d) analisar a implementação da ESF e a atuação intersectorial (GIOVANELLA et al, 2009).

Os dados encontrados na revisão bibliográfica mostram que a tentativa de realização da intersectorialidade não ocorre com facilidade. Os autores destacam a existência de fatores restritivos à implementação da intersectorialidade que se relacionam a: a) **recursos humanos** - falta de participação da comunidade, de apoio da prefeitura e falta de tempo devido à grande demanda assistencial, muita dedicação e pouca

⁶³ Distrito Oeste de Ribeirão Preto, Campina Grande/Paraíba (PB), Divinópolis/Minas Gerais (MG), Petrópolis/Rio de Janeiro (RJ), Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória/Espírito Santo (ES).

valorização, formação profissional insuficiente em relação às atribuições e competências da ESF, dificuldade na articulação com outros setores contribuindo para o aumento da desmotivação dos profissionais em relação à intersetorialidade, grande demanda por atenção curativa, rodízio dos profissionais; b) **gestão** - ausência da intersetorialidade da agenda da maior parte dos gestores da saúde e dos prefeitos e investimento em ações intersetoriais com caráter contingencial, com variações de gestão para gestão, e assim sucessivamente; c) **participação social** - ausência de apoio e de facilitação da articulação com outros setores por parte da prefeitura, ausência de participação da comunidade, dificuldade de sustentação permanente da participação social (ALMEIDA, 2008; PAPOULA, 2006); d) **falta de resposta dos setores**, aos problemas que lhes são encaminhados; e) **excessiva burocracia**; f) **estrutura precária** das Unidades de Saúde da Família (USF) (PAPOULA, 2006). Além desses fatores dificultadores do processo intersetorial, foram identificados problemas na implementação da ESF, tais como: dificuldade na organização do sistema de referência e contrarreferência para a garantia das ações com resolutividade, insatisfação salarial, desgaste e sobrecarga de trabalho (LEITE; VELOSO, 2009), os quais contribuem para a ausência da intersetorialidade e da integralidade no Programa.

Entre os fatores facilitadores da prática intersetorial na ESF, os autores destacam: a **proximidade geográfica** e mesma hierarquia dos setores com as ESF; esclarecimento do **papel intersetorial das ESF**; discussão do diagnóstico da comunidade em espaço de tempo menor ou igual a seis meses e as iniciativas próprias das **ESF para buscar a ação intersetorial**, atitude de luta das ESF por melhorias, busca de soluções às situações problemáticas que encontraram, compromisso com a busca de mudanças em suas comunidades (PAPOULA, 2006); e **presença de fóruns comuns** com diversidade de escopo e presença de políticas municipais integradas de abrangência municipal nas quais esboça-se a intersetorialidade como diretriz de construção das políticas públicas locais (GIOVANELLA et al, 2009).

A intersetorialidade se coloca como um desafio à assistência à saúde e confundida com conceitos e práticas da interdisciplinaridade. Ou seja, é pouco compreendida em termos conceituais (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004; PAPOULA, 2006).

Giovanella et al (2009) afirmam que a participação das ESF nas ações intersetoriais nem sempre ocorre, pois apenas metade ou menos dos profissionais das ESF nos quatro municípios pesquisados – Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória/ES - participam de atividades conjuntas com outros setores para a solução de problemas da comunidade, e, em outras regiões foi identificado até mesmo ausência de intersetorialidade (LEITE; VELOSO, 2009). As principais iniciativas intersetoriais identificadas pelos autores (2009) transcenderam à Saúde, sendo lideradas por outros setores e correspondiam a uma política de desenvolvimento social municipal integrada (GIOVANELLA et al, 2009).

Por outro lado, a intersetorialidade capitaneada pela saúde permitiria a resignificação das práticas e a construção de processos coletivos de trabalho. Neste sentido, a intersetorialidade atenderia a necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela concepção de promoção à saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Em relação à concepção de intersetorialidade por parte dos técnicos, os autores identificaram que se refere a: *uma atuação integrada de setores e atores para a resolução de problemas relacionados à saúde; ações isoladas dos setores municipais; ações de educação em saúde* (ALMEIDA, 2008). Ou seja, a intersetorialidade é concebida de diferentes formas, pelos sujeitos sociais.

Por seu turno, as experiências de intersetorialidade no âmbito da Assistência Social relacionam-se a: a) análises de experiências concretas de implementação do Programa Bolsa Família (PBF) em diferentes cidades brasileiras (COELHO, 2009; SILVA; SENNA, 2009; SANTANA, 2008; PINHEIRO, 2007) e do Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima (PGRFM) (SAMPAIO; CHRISPI; LOURENÇO, 2005).

Coelho (2009) estudou a intersetorialidade no PBF implementado em Manguinhos (RJ). Aponta que, embora tenham sido realizadas mudanças administrativas e operacionais no município para a implementação do programa, a intersetorialidade foi inibida devido a: a) **falta de diálogo**, de articulação e de informação entre todos os envolvidos no programa; b) **falta de estímulos a adesão** ao programa, gerando nos profissionais a

idéia de que o PBF era apenas mais um trabalho com novas demandas, sem a criação de condições para seu desenvolvimento; c) **elevado número de demandas** a serem atendidas que impediram a realização e participação de reuniões; d) **falta de incentivo** à intersectorialidade entre os profissionais das diferentes políticas participantes do PBF; e) **ausência de orientação da gestão** para o desenvolvimento de parcerias; f) **inexistência de espaços coletivos** que envolvesse os profissionais que trabalhavam diretamente com o público, dificultando a troca de informações e planejamento conjunto; e g) **ausência de estímulo e de planejamento no processo de trabalho**.

A intersectorialidade ocorreu no nível das coordenações do PBF, através das parcerias que se formaram em torno das ações que envolveram a população no cadastramento e/ou acompanhamento das condicionalidades do programa. Contudo, não encontrou correspondência dessas ações nas rotinas da saúde, nem da assistência social, que não se comunicavam entre si e nem desenvolviam propostas conjuntas ou complementares. Conclui que a criação de mecanismos de incentivo à intersectorialidade entre os profissionais dos serviços pode colaborar para a ampliação da sinergia entre as ações desenvolvidas (COELHO, 2009).

Silva e Senna (2009) examinaram o processo de implantação do PBF no Rio de Janeiro com enfoque no esforço de articulação intersectorial, na perspectiva dos gestores municipais, com o objetivo de identificar os obstáculos institucionais enfrentados pelo município na implantação das condicionalidades do mesmo e sua articulação intersectorial. Dentre os limites e desafios para a articulação intersectorial, enfatizados pelos gestores municipais, destacam-se: a inexistência prévia de ações intersectoriais por parte da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS); a violência urbana; e a insuficiência de recursos financeiros transferidos pela União e pelo governo estadual (SILVA; SENNA, 2009). Ou seja, a operacionalização da intersectorialidade é um grande desafio.

Santana (2008), embora tenha se proposto a discutir a intersectorialidade entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), focou sua análise da intersectorialidade no PBF. A autora (2008) afirma que para a realização

da intersectorialidade no município, foram realizadas mudanças administrativas e institucionais. Todavia, constatou que a ação intersectorial caminhou lentamente no programa. Dentre os desafios para a efetivação da intersectorialidade, cita a interdisciplinaridade e a interinstitucionalidade; a superação dos efeitos da cultura institucional e do legado das ações isoladas; a identificação de objetivos comuns para mediar o planejamento; e a definição de prioridades amplamente discutida em conjunto com os atores sociais envolvidos no problema em questão. Como principal dificuldade destaca a assimilação/compreensão e vivência da intersectorialidade e representações sociais diferenciadas sobre o que seja ela (SANTANA, 2008).

Pinheiro (2007) também analisou a intersectorialidade relacionada ao PBF. Para ela a intersectorialidade está associada à transversalidade⁶⁴. Nessa ótica, a resolução de problemas deve pautar-se na escolha de formas democráticas e dialógicas nas trocas realizadas entre os atores do processo para que ocorra o entendimento da realidade em seus múltiplos sentidos (PINHEIRO, 2007).

Em relação à intersectorialidade entre a Saúde e a Assistência destaca-se o trabalho de Rui, Gonçalves e Alves (2010). As autoras analisaram como a intersectorialidade é construída pelas equipes do CRAS e ESF do bairro Planalto Serrano, em Serra/ES. Em relação a intersectorialidade constatam que: 1) o acúmulo de atividades impede a execução das ações planejadas e compromete o planejamento com outros setores; 2) as ações realizadas ou desenvolvidas em parceria tanto entre a ESF e o CRAS como entre estes e outros setores, acontecem de forma pontual e para atender demandas específicas; 3) não há consenso entre os técnicos em relação ao conceito, aparecendo sempre atrelado ao nível da ação, sendo definido por estes ora como diálogo, proximidade, rede, ora como troca, trabalho conjunto, contato; e 4) a intersectorialidade se inscreve nas ações dos profissionais da ESF e do CRAS ora pelo discurso, ora pelo desejo, ou seja, o trabalho intersectorial entre estas equipes ainda é embrionário (RUI; GONÇALVES; ALVES, 2010).

⁶⁴ A transversalidade é entendida como “a capacidade de perpassar diversas realidades, segmentos, dimensões e setores, de forma a abranger a complexidade real dos problemas” (PINHEIRO, 2007, p. 4).

Nos estudos analisados, a intersectorialidade apareceu: a) **ora como via para a garantia de direitos**, buscando-se: (a) atender à população, de forma articulada, entre setores públicos e privados, (b) romper com o sectarismo e (c) unir esforços para superar os problemas que atingiam grande parte da população. Para tanto, os governos municipais estimulam ações entre os setores; b) **como necessidade imposta por uma política/programa** e sobre a qual os técnicos não podem se interpor.

Há uma profusão de estudos de caso sem uma problematização que ultrapasse o limite das descrições dos fatos. Prevaleceu nos trabalhos o conceito proposto por Inojosa (2001) e Junqueira (1997). O que chama a atenção nesses textos foi que os relatos destacam muito mais os entraves à execução de uma prática intersectorial do que de fato sua expressão concreta. Portanto, ao limitar ao que não permite implementar a ação intersectorial, os técnicos deixam de problematizar essa categoria, não ultrapassando um conceito restrito à dimensão técnico-operativa.

Construído esse caminho, agora é hora de analisar os discursos dos técnicos da região de São Pedro (Vitória/ES) sobre a intersectorialidade entre CRAS e ESF.

4 INTERSETORIALIDADE ENTRE CRAS E ESF: OS (DES)CAMINHOS DE UM PERCURSO

*“Há que sentar-se na beira
do poço da sombra
e pescar luz caída
com paciência” (Pablo Neruda).*

Como estratégia, os dados serão discutidos considerando três eixos:

- 1 Planejamento das ações das equipes do CRAS e da ESF;
- 2 Ações que demandam articulação entre CRAS e ESF;
- 3 Concepções dos técnicos acerca da intersectorialidade.

4.1 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DAS EQUIPES DO CRAS E DA ESF

4.1.1 O Centro de Referência da Assistência Social de São Pedro, território I, e a ação intersectorial

Como uma unidade pública estatal descentralizada da PNAS, o CRAS de São Pedro, localizado no território I⁶⁵ (MAPA 1), oferta serviços e ações de Proteção Social Básica.

⁶⁵ Após a inauguração do CRAS de Resistência ocorrida no final de 2010, a Região São Pedro foi dividida em dois territórios. Os bairros de Ilha das Caieiras, Comdusa, Redenção, Santos Reis, São José, São Pedro I e Santo André, pertencem ao território I. Neste território funciona as USFs Ilha das Caieiras, situada em São Pedro I, e Santo André, situada no mesmo bairro. O território II engloba os bairros de Resistência, conquista e Nova Palestina (também denominada pelos moradores de São Pedro V), no qual estão inseridas as USFs Resistência e São Pedro V, situada em Nova Palestina.



Mapa 1 – Região São Pedro.
Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória/ES

À sua equipe compete a gestão territorial da rede de assistência social básica, devendo promover a organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos. A equipe é composta por 1 coordenadora (assistente social), 4 assistentes sociais, 1 psicóloga, 1 pedagoga, 3 estagiários de Serviço Social, 1 assistente administrativo, 4 vigilantes (dois diurnos e dois noturnos), 1 auxiliar de serviços gerais e 1 cozinheira (QUADRO 3).

Composição da equipe do CRAS – território I				
Cargo	Quantitativo	Vínculo empregatício	Vínculo institucional	Nº de famílias referenciadas
Coordenador (Assistente social)	1	- Contrato.	- Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (ADRA);	4.000 famílias
Assistente social	4	- 3 Contratados; - 1 Efetivo.	- 2 da ADRA; - 1 da Fundação Educacional Monte Belo (FEMB); - 1 da PMV.	

Composição da equipe do CRAS – território I				Nº de famílias referenciadas
Cargo	Quantitativo	Vínculo empregatício	Vínculo institucional	
Psicóloga	1	Contrato	PMV	4.000 famílias
Pedagoga	1	Contrato	FEMB	
Assistente administrativo	1	Contrato	ADRA	
Vigilantes	4	Contrato	VISEL	
Auxiliar de serviços gerais	1	Contrato	SERDEL	
Cozinheira	1	Contrato	ADRA	
Estagiários de Serviço Social	3	Estágio	EMESCAM e SALESIANA	

Quadro 3 - Composição da equipe de referência do CRAS – território I.
 Fonte: CRAS – território I. Sistematização da pesquisadora.

Na composição da equipe do CRAS de São Pedro, território I, têm-se para 4.000 (quatro mil) famílias referenciadas, sete profissionais de nível técnico superior, um técnico de nível médio - em conformidade com a NOB-RH de 2006 -, sendo que dos 7 (sete) profissionais, apenas um é efetivo. Um dos requisitos da NOB-RH/SUAS é que as equipes de referência para os CRAS devem contar sempre com um coordenador de nível técnico superior concursado, independente do porte do município, mas no CRAS de São Pedro, ele é um profissional contratado por uma empresa terceirizada. Em relação a esse requisito, a composição da equipe não está em conformidade com a NOB-RH de 2006. Por outro lado, apenas dois técnicos são do quadro da PMV (1 assistente social e 1 psicóloga). Além da terceirização na contratação de técnicos pela prefeitura de Vitória, a Secretaria de Assistência Social realiza a gestão dos CRAS por meio de convênios com duas entidades sociais: a Fundação Monte Belo (FEMB) e a Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais — ADRA (CARVALHO, 2010).

Para que as ações sejam executadas, a SEMAS realiza um planejamento anual envolvendo os 12 CRAS do município de Vitória/ES. Neste momento são discutidas as ações de cada CRAS (o objetivo é padronizar as ações, respeitando-se as

particularidades e demandas de cada território) no sentido de pensar formas de integração destes com outros equipamentos situados no seu território de abrangência. Tal planejamento, previsto no Plano Municipal de Assistência Social - 2006-2009 (item 4 sobre a gestão), estabelece a necessidade de

criação de **esferas de integração das ações tanto internamente à Semas (sic) quanto externamente, com outras secretarias e no espaço dos territórios da cidade, buscando a intersectorialidade**, a articulação com outros níveis de governo, a parceria com ong's (sic), movimentos sociais e organizações comunitária [...] (VITÓRIA [20--]).

Esse processo envolveria uma **articulação** intrainstitucional - outros setores da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) - e interinstitucional - outros níveis de governo, ONG's etc. Como estratégia de gestão, a intersectorialidade é apontada como uma necessidade para potencializar e dinamizar os recursos. Tal justificativa atende a dois argumentos: a) de **eficácia/eficiência das ações**, evitando a pulverização de esforços da Prefeitura no desempenho de suas ações e; b) necessidade de **contenção de gastos** no âmbito do Estado. Essa lógica é inerente ao processo de reconfiguração do capital, pois concorre para que o Estado se readeque a esse contexto. Nesse sentido, a eficácia/eficiência das ações como forma de evitar a pulverização de esforços e de ações e, a necessidade de contenção de gastos por parte do Estado esteve presente durante todo o processo de construção da política de Assistência Social, por meio da defesa da intersectorialidade como um dos seus pressupostos.

No planejamento das ações a serem realizadas no território I, as demandas espontâneas direcionadas ao CRAS (que vão desde encaminhamentos a outros setores ou serviços) são recebidas pelo Grupo de Acolhimento Social (GAS), responsável por apresentar às famílias demandantes de seus serviços todas as ações desenvolvidas no CRAS. O GAS insere as famílias nas ações do CRAS e encaminha para outros setores da PMV e/ou instituições – presentes ou não – no território de abrangência do CRAS (figura 5)

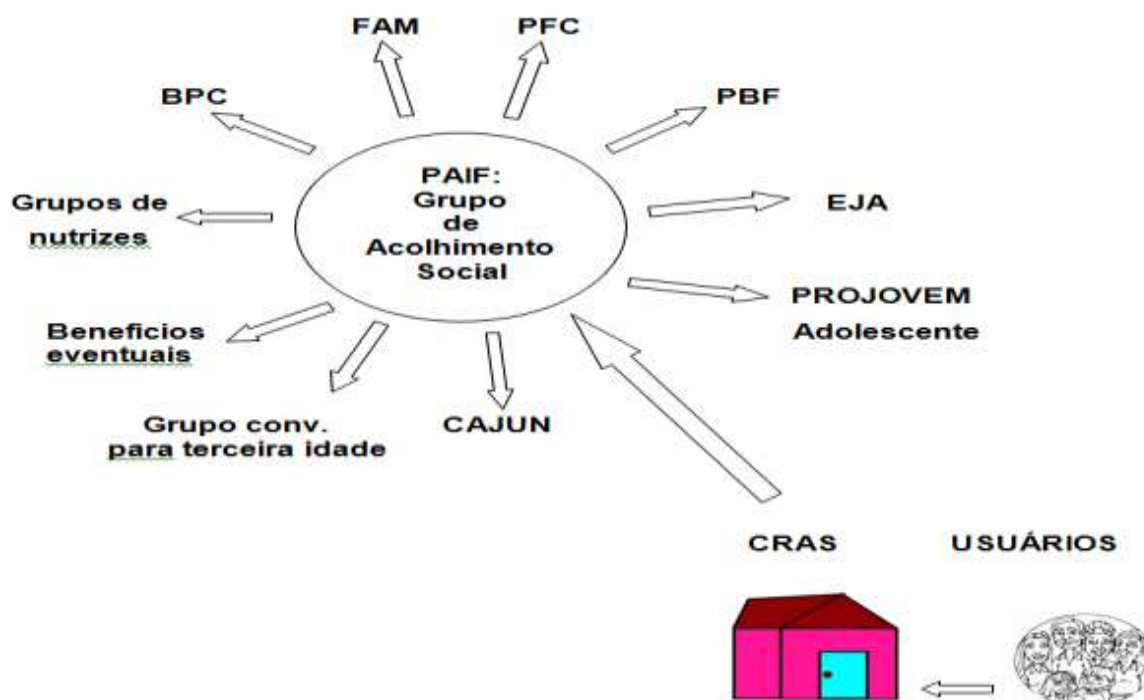


Figura 5 – Serviços socioassistenciais do CRAS e a ele articulados.
 Fonte: CRAS São Pedro – Sistematização da pesquisadora.

As famílias podem ser incluídas nos grupos de acompanhamento a partir do acolhimento social, de acordo com seu perfil e os objetivos dos programas e grupos. As famílias usuárias do CRAS, geralmente são encaminhadas para a rede socioassistencial do território, bem como para os seguintes programas, projetos, benefícios e demais serviços desenvolvidos no CRAS:

Programa de Atenção Integral à Família (PAIF)⁶⁶ – Nesse programa, os técnicos realizam ações socioeducativas, visitas domiciliares e atendimento individual no acompanhamento das famílias, o que inclui os encaminhamentos das mesmas e/ou membros para os bens e serviços presentes na Rede Socioassistencial do Município de Vitória: unidades de saúde, Programa Agente Jovem, Clínica de Orientação Psicológica

⁶⁶ Co-financiado pelo MDS, é o principal programa de Proteção Social Básica do SUAS. Desenvolve ações e serviços básicos continuados para famílias em situação de vulnerabilidade social na unidade do CRAS. O PAIF é necessariamente ofertado no CRAS. Foi criado em 18 de abril de 2004 (portaria nº. 78) pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Seu objetivo é: a) prestar serviços de acolhimento, acompanhamento e inserção nos serviços socioeducativos e de convivência; b) desenvolver atividades coletivas e comunitárias, encaminhamentos das famílias para os demais serviços socioassistenciais e demais políticas sociais.

e Social (COPS)⁶⁷, Conselho Tutelar e Centro Integrado de Cidadania (CIC) (VITÓRIA, 2007a). Em relação à COPS, o vínculo se dava de duas formas: 1) a família quando passava a ser referenciada ao CRAS já tinha filhos atendidos pela COPS; e; 2) por orientação ou encaminhamento – antes do funcionamento do CREAS. Na atualidade, os encaminhamentos deverão ser feitos ao CREAS para, então, este, caso seja necessário, encaminhe à COPS. Essa articulação, portanto, é interinstitucional.

Nas ações socioeducativas são abordados diferentes temas sugeridos pelos participantes. Segundo os técnicos, no final de cada ano, é feito em cada programa, projeto ou grupo, uma avaliação, junto com as famílias, das ações realizadas, na qual se abre espaço para que a família possa sugerir ações e/ou temas a serem desenvolvidos no ano seguinte. A partir das sugestões apresentadas pelas famílias e demais participantes, os técnicos dos CRAS, ao incluí-las no planejamento anual, buscam a participação de outros setores, caso seja necessário. A partir de então, fazem contato com o setor convidado, em reunião no CRAS, apresentam o tema sugerido pelas famílias e preparam, em conjunto, a ação a ser desenvolvida.

Considerando os encaminhamentos e as ações socioeducativas desenvolvidas, dados obtidos nos relatórios mostram que, as articulações realizadas pelo CRAS, por meio do PAIF são:

1) no âmbito da Saúde:

- a) com unidades vinculadas à secretaria municipal de saúde: unidades de saúde, Centro Psicossocial II - Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT);
- b) com organizações da sociedade civil: Associação de Diabéticos e Hipertensos do Estado do Espírito Santo (ADHIP-ES);

2) no âmbito da Assistência Social destacam-se:

⁶⁷ Inserida na Proteção Especial de média complexidade, a Clínica de Orientação Psicológica e Social (COPS) é um centro de referência no atendimento de meninos e meninas com distúrbios de conduta. A clínica atende crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, e proporciona a inclusão das famílias no processo de recuperação de meninos e meninas, por meio da terapia familiar.

- a) recursos próprios da secretaria municipal de Assistência Social: Programa Agente Jovem;
- b) instituições privadas conveniadas à Assistência Social: Clínica de Orientação Psicossocial (COPS);
- 3) **Conselhos de Direitos**: conselho tutelar da criança e do adolescente;
- 4) **no âmbito da secretaria de Cidadania e Direitos Humanos**: o Centro Integrado de Cidadania de Vitória⁶⁸, e;
- 5) Instituições privadas de ensino superior (Univix).

⁶⁸ O Centro Integrado de Cidadania de Vitória (CIC), popularmente conhecido como "Casa do Cidadão", reúne no mesmo local serviços básicos para a população, prestados pelos governos municipal, estadual e federal.

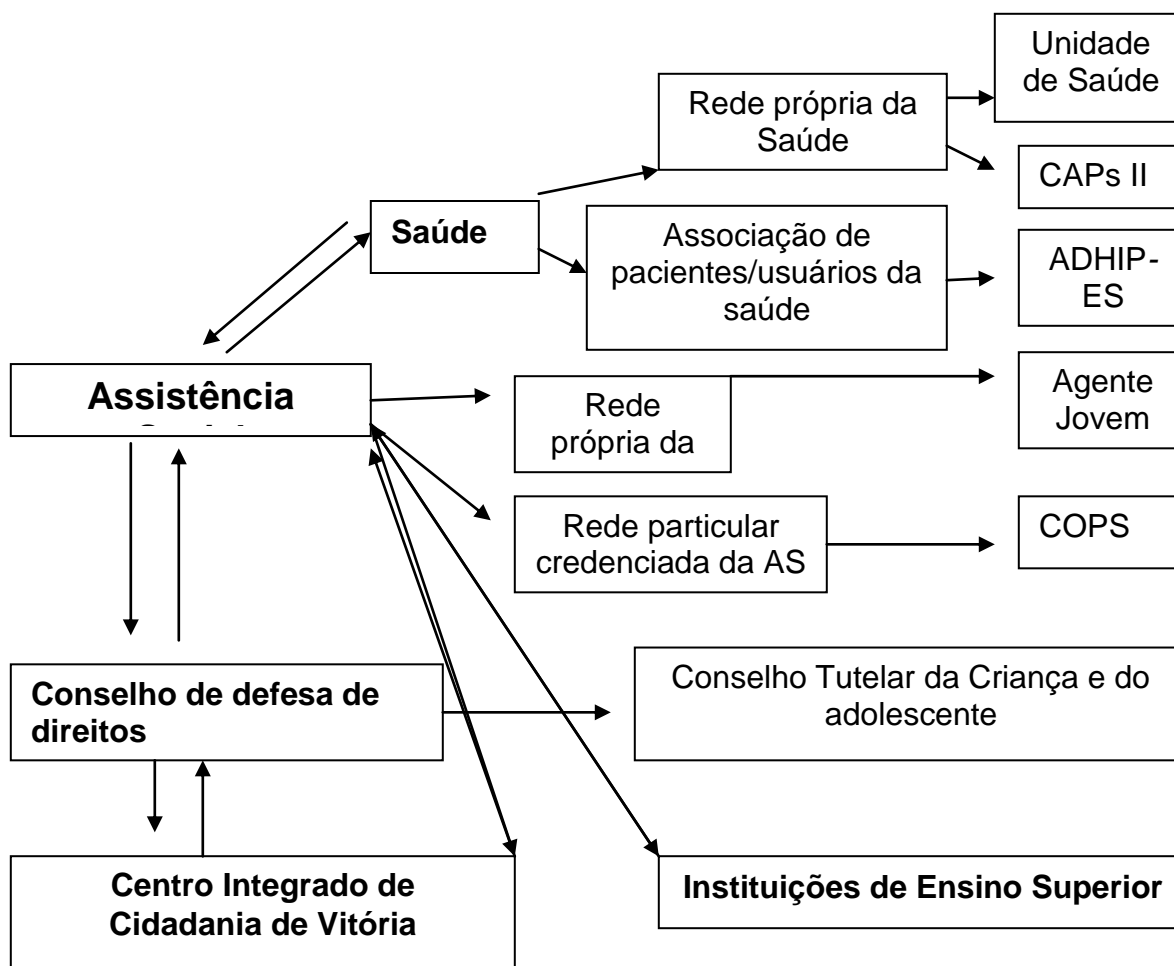


Figura 6 – Articulação do CRAS com a rede socioassistencial do território.
 Fonte: Relatórios trimestrais qualitativos. Sistematização da pesquisadora.

As articulações ocorrem de duas formas: por encaminhamentos e palestras. Entre os temas discutidos, destacam-se: a) **“Paternidade Responsável”**, ação conjunta do CRAS com os acadêmicos do Curso de Psicologia da Univix (VITÓRIA, 2008a); b) **“os dez passos para um bom relacionamento”**, com a colaboração da psicóloga da Unidade de Saúde da Família (USF) de Resistência; c) **“Alimentação Saudável”** (ministrado pela ADHIP-ES) que abordou formas alternativas de uma boa alimentação, com destaque ao aproveitamento de todos os nutrientes e sais minerais dos legumes e hortaliças através do cozimento a vapor (VITÓRIA, 2009b); d) **“cidadania”**, ministrada por um advogado e professor que falou para o grupo de participantes sobre Thomas Hobbes, sobre o ser humano e seu estado natural, o contrato de paz; e) **“adolescência,**

juventude e drogadição”, com duas reuniões ministradas pelo assistente social da US de Santo André, que refletiu com os participantes sobre o efeito das drogas na vida dos participantes desse grupo; e f) “Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT)”, ministradas também pelo assistente social da Unidade de Saúde (US) de Santo André, com destaque para a importância da procura das US do bairro, pelos usuários, para serem encaminhados para o referido local, ação de caráter informativo (VITÓRIA, 2009c). Segundo os técnicos, cada palestra realizada, além de ser planejada em conjunto com o setor convidado e a equipe do CRAS, é também avaliada nas reuniões semanais de equipe com o objetivo de saber se a ação correspondeu às expectativas das famílias, ou se há necessidade de realizar novas atividades relacionadas à temática abordada.

Os temas aqui abordam famílias idealizadas, extraindo-se dessas o conteúdo de classe. Essas famílias, público-alvo dos programas de alívio à pobreza, caracterizam-se por estarem submetidas a condições de desemprego, inserção no mercado informal de trabalho (subemprego), não cobertura pela Previdência Social, não acesso às políticas sociais, tais como: saúde, educação, habitação, lazer, entre outras. São famílias pertencentes à classe trabalhadora que porta a força de trabalho e só dispõe dela, sendo obrigada a vendê-la como uma mercadoria qualquer, para sobreviver (NETTO; BRAZ, 2007). Famílias que na atual fase de reconfiguração do capital, não conseguem ser inseridas no mercado formal de trabalho.

O foco do trabalho é na família, numa visão de que a família pobre precisa ser reestruturada do ponto de vista moral e afetivo, como se ela tivesse algo de errado (YAZBEK, 2005). O foco na família (tal como aqui colocado) contribui para a recuperação da visão de que a sociedade é formada por famílias e não por classes sociais, perdendo-se “a perspectiva da coletivização e politização das demandas” (BEHRING, 2009, p. 10).

Programa Família Cidadã (PFC)⁶⁹ – Segundo dados obtidos no relatório anual (2006) da Gerência de Atenção à Família (GAF), no PFC, assim como no PAIF, os técnicos do CRAS, além de realizarem visitas domiciliares objetivando conhecer a família e seu ambiente – aspectos sócio-culturais -, fazem acompanhamento social às famílias através de reuniões mensais, momento no qual trabalham temas demandados pelos participantes: geração de renda, relacionamento interpessoal, educação, saúde, sexualidade, cidadania, economia doméstica, utilização do benefício etc. (VITÓRIA, 2007b). São realizados atendimentos individuais, reuniões socioeducativas, vivências e, além disso, os técnicos prestam orientações referentes ao orçamento familiar e ao planejamento de gastos tais como: alimentação, vestuário, energia elétrica, água, parcelamento das prestações, entre outros, conforme a renda de cada um (VITÓRIA, 2007a). Esses temas trazem à tona (e reafirmam) a idéia de que a família pobre precisa ser reestruturada e de que a pobreza a que está submetida depende de suas características individuais e morais. Nesse sentido, ela precisa ser ensinada como manipular os alimentos, como economizar energia elétrica, água, bem como administrar a sua renda, principalmente, quando vinculada aos benefícios que recebe.

A figura abaixo mostra as articulações realizadas pelo CRAS, através do PFC, com: a Gerência de Segurança Alimentar (GSA), Secretaria de Habitação (SEHAB), Secretaria de Trabalho e Geração de Renda (SETGER), Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e a Entidade de Assistência Social Caminhando Juntos (CAJUN). Ou seja, são articulações intrainstitucionais.

⁶⁹ Criado pela Lei Municipal nº 4301 de janeiro de 1996, Lei D. João Batista da Motta de Albuquerque e regulamentado pelo Decreto Municipal nº 9827, seu objetivo é garantir apoio psicossocial e renda mínima para as famílias residentes no município de Vitória/ES que possuam crianças e adolescentes considerados em situação de risco social e pessoal e, propiciar a melhoria da qualidade de vida dessas famílias (VITÓRIA, 2007b).

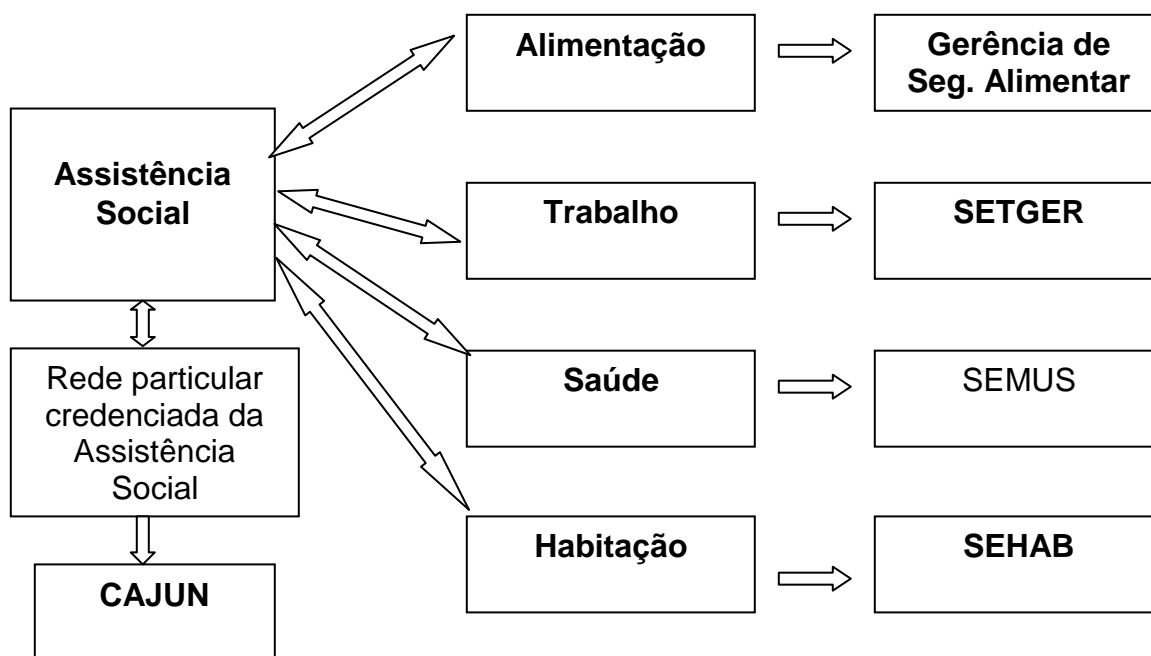


Figura 7 – Articulações intrainstitucionais do CRAS.

Fonte: Relatórios trimestrais qualitativos. Sistematização da pesquisadora.

Entre os temas abordados no PFC, destacam-se a higiene pessoal e doméstica e manipulação e higienização de alimentos, com a participação da nutricionista, atividade realizada em articulação com a GSA (VITÓRIA, 2010a), e reflexão sobre o tema benefícios da atividade física para a saúde, abordado por um profissional de Educação Física – articulação com o CAJUN - e contou também com a participação de um Artista Plástico (CRAS) que trouxe uma reflexão junto às famílias sobre a participação cidadã, e uma dinâmica que ensinou aos usuários confeccionarem uma miniatura de camisa através da técnica do origami (VITÓRIA, 2010b).

Em relação aos temas abordados, os técnicos de referência do CRAS buscaram incluir, em relação aos temas escolhidos pelas famílias para serem discutidos, a participação de técnicos da Secretaria de Habitação (SEHAB) no sentido de apresentarem os programas habitacionais existentes no município de Vitória/ES, bem como os critérios de acesso, e a Secretaria de Trabalho e Geração de Renda (SETGER) para ministrarem capacitação sobre geração de renda. Já a participação da SEMUS refere-se ao desenvolvimento de oficina sobre chás e xaropes de plantas medicinais e ao

“Projeto hortas comunitárias”. Além dessas ações, ocorrem atendimentos individuais com todas as famílias acompanhadas pelo programa para traçar a principal meta da utilização do benefício, construção do “Projeto de Vida”/Plano de Emancipação Familiar (PEF)⁷⁰, que tem por objetivo a construção, em conjunto com as famílias, de planos de ações que concretizem projetos de vida a partir de necessidades sociais existentes, expectativas e desejos para o futuro (VITÓRIA, 2010a). Das ações desenvolvidas no PFC, duas nos chamam a atenção: a geração de renda e a construção do “Projeto de vida”⁷¹, ambas compõem o processo de combate à pobreza que, no contexto atual, ganha um tom individualizado, centralizado nas características e comportamentos dos pobres. Por consequência, as políticas sociais, sob essa ótica, são concebidas como instrumentos para ajudar na construção das “habilitações” que tornarão esses sujeitos “inseríveis” no padrão de sociabilidade contemporânea (uma sociedade de troca de mercado, com dimensões globalizantes) (MAURIEL, 2008), nesse contexto, a política de Assistência não foge a essa lógica.

Ainda que não possamos afirmar que essa seja a intenção dos técnicos do CRAS, na prática, acaba prevalecendo esse tipo de enfoque, no qual os problemas da desigualdade, da pobreza e da fome passam a não ser considerados mais como problemas estruturais – inerentes ao capitalismo -, mas sim, no “funcionamento” das pessoas, isto é, a avaliação das capacidades se torna o principal modo de avaliar as pessoas, como valorizam suas escolhas (MAURIEL, 2008).

A intersetorialidade aqui acionada – ao nível do discurso presente nos documentos, mas não como ação conjunta planejada pelos diferentes setores -, colaborará para a consolidação da individualização do bem-estar e não universalização da proteção social.

⁷⁰ Não tivemos acesso a esse documento, pois não foi localizado pela coordenadora do CRAS.

⁷¹ A centralidade do combate à pobreza prioriza, teórica e metodologicamente, um foco predominantemente individualista de pensar o social.

Programa de Atenção à Criança (PAC)⁷² – A metodologia de trabalho inclui o desenvolvimento da brinquedoteca que atende às crianças – de 0 a 6 anos -, filhos das beneficiárias do CRAS, cuja função é acolher as crianças para que as mesmas possam participar das oficinas, e o desenvolvimento de ações socioeducativas que discutem temas também sugeridos pelas participantes e planejadas em conjunto com o setor convidado e a equipe do CRAS, a saber: violência contra a mulher, ação conjunta com os técnicos do Centro de Atendimento às Vítimas de Violência e Discriminação (CAVVID) e paternidade responsável, com os alunos do curso de Psicologia da UNIVIX (VITÓRIA, 2008b). Além dessas ações, quando proposto pelas famílias, são realizados momentos de lazer, como por exemplo, passeios ao Cine Metrópolis na UFES (VITÓRIA, 2007a). As ações desenvolvidas nesse programa são planejadas e realizadas pelos técnicos do CRAS, mas envolvem profissionais de outros setores, conforme mostra o esquema abaixo.

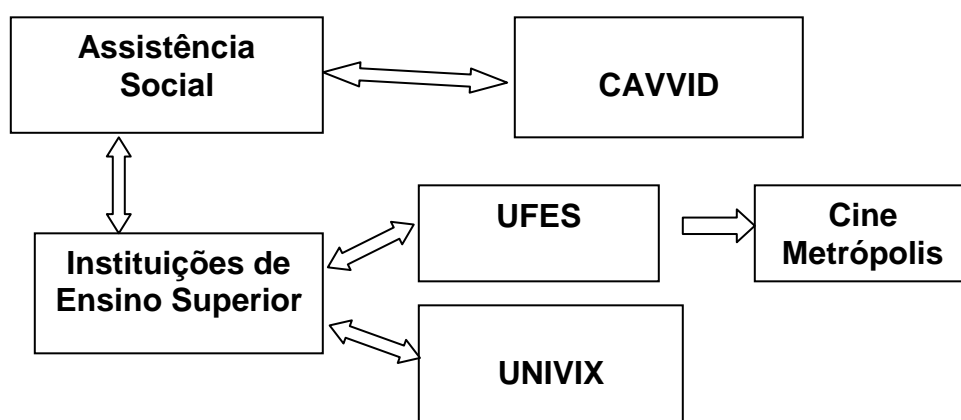


Figura 8 – Articulações intersetoriais do CRAS.

Fonte: Relatórios trimestrais qualitativos. Sistematização da pesquisadora.

Segundo os dados dos relatórios de gestão da Gerência de Atenção à Família, o PAC é um programa do governo federal em parceria com a PMV e a Fundação Educacional Monte Belo (FEMB), que atende as famílias cadastradas no CRAS, que tenham filhos menores de 6 anos. Além dos outros setores participarem no desenvolvimento das ações, a participação maior é dos técnicos do CRAS e da FEMB, principal parceira.

⁷² Em 2010 o PAC passa a ser denominado de Família Multiplicadora (FAM) (VITÓRIA, 2010a).

Esta organização sem fins lucrativos, objetiva “elevar o nível cultural e educacional da região em que atua por meio da criação e manutenção de serviços educativos e da promoção social, beneficiando crianças, adolescentes e jovens, e suas famílias”⁷³. O público atendido são crianças, adolescentes, jovens e famílias consideradas em situação de vulnerabilidade social, vítimas de violência e outras formas de abuso, moradores das regiões periféricas da região metropolitana de Vitória/ES.

Esta parceria traz à tona duas visões contraditórias no âmbito da assistência social que se debatem desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da aprovação da LOAS: uma que luta em defesa da assistência social como direito social e política pública e, a outra conservadora que luta pela manutenção das velhas práticas conservadoras da filantropia, do assistencialismo, do clientelismo e etc. (BOSCHETTI, 2003). A parceria público-privado sem fins lucrativos, na atualidade, significa a materialização das idéias de ajuste fiscal, reformas econômicas orientadas para o mercado (com abertura comercial e privatizações), acompanhadas de uma política industrial e tecnológica com o objetivo de fortalecer a competitividade da industrial nacional; inovação dos instrumentos de política social (com recondução lógica de construção e execução), e reforma do aparelho do Estado orientada para tornar a administração pública mais eficiente, aumentando a governança do Estado brasileiro (BEHRING, 2008). Nestes termos, a Assistência Social passa a ser concebida e implementada, no âmbito do Estado, como uma política meramente compensatória e, nesse sentido, a parceria público-privado sem fins lucrativos significa hoje na Assistência Social (no Brasil e no Município de Vitória/ES) a efetivação da idéia do combate à pobreza, relacionado ao aspecto individual, centralizado nas características e comportamentos dos pobres (MAURIEL, 2008). Ou seja, favorece a construção das “habilitações” que tornarão os sujeitos – beneficiários da política - “inseríveis” no padrão de sociabilidade contemporânea (MAURIEL, 2008), retirando da Assistência Social a perspectiva de redistribuição da renda, de direito social e de política pública.

Programa Bolsa Família (PBF) – As famílias beneficiárias desse programa são referenciadas no CRAS e acompanhadas pelos técnicos, com vistas ao cumprimento

⁷³Informações disponíveis em: <http://www.femb.org.br/qs.php>.

das condicionalidades do programa: frequência escolar para crianças de 06 a 15 anos (representando 85% das aulas) – *relação com a educação* – e acompanhamento nutricional para as gestantes, nutrizes e crianças de 0 a 6 anos (vigilância nutricional), pré-natal e consulta pós-natal e vacinação em dia para gestantes e crianças de 0 a 6 anos de idade – *relação com a saúde*. Para tanto, são realizadas reuniões socioeducativas com as famílias acompanhadas pelo CRAS, com o objetivo de reforçar a importância do cumprimento das condicionalidades, para permanência no programa. Também são realizadas visitas domiciliares com a finalidade de convidar os beneficiários do PBF a comparecerem ao CRAS para fazer o cadastramento conforme as listagens recebidas pela Gerência do Programa⁷⁴, para bloqueio e averiguação (VITÓRIA, 2007a). As principais ações desenvolvidas em relação ao programa Bolsa Família, de 2007 a 2010, foram:

Ações realizadas pelo CRAS				
Ações	Setor (es) envolvido (s)	Articulação pretendida	Objetivo	Quem executou
Visitas	- CRAS; - Unidades de Saúde da Família (UBSFs); - Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF's); - Lider. comunitária	- AS x Saúde; - AS x Educação; - AS x Liderança comunitária.	- Divulgar o Programa; - Falar sobre o cumprimento das condicionalidades do PBF.	- Assistência Social e Saúde.
Palestras	- UBSF; - CRAS.	- AS x Saúde;	- Apresentar o CRAS - programas e benefícios oferecidos; - Falar sobre a importância do cumprimento das condicionalidades.	- Assistência Social e Saúde.

⁷⁴ Funciona na SEMAS.

Ações realizadas pelo CRAS				
Ações	Setor (es) envolvido (s)	Articul. pretendida	Objetivo	Quem executou
Reuniões	- CRAS; - UBSF; - EMEFs; - CMEI.	- AS x Saúde; - AS x Educação.	- Realizar trabalho integrado com as escolas, UBSFs e CRAS para planejar ações a serem desenvolvidas com as famílias em descumprimento das condicionalidades do PBF; - Solicitar listagens das famílias dos alunos beneficiários do programa para ser feito um levantamento das famílias em descumprimento das condicionalidades; - Prestar Esclarecimentos sobre o PBF, seus objetivos, critérios e condicionalidades; - Definir cronograma das ações socioeducativas a serem desenvolvidas, referentes à prática “Trabalhando as Condicionalidades com uma Metodologia Intersetorial”, (continuação da ação iniciada em 2008).	- Assistência Social, Saúde e Educação.
Reuniões socioed.: “Trab.ndo as condicion. com uma Metodol. Intersetorial”	- CRAS; - UBSF; - Centro de Controle de Zoonoses (CCZ); - EMEFs; - FAESA.	- AS x Saúde; - AS x Educação.	- Ministrar palestra sobre audição, abordando questões como: higiene, cuidados, o som e sua trajetória até o ouvido, na perspectiva de promoção de saúde; - Informar sobre os programas oferecidos pela UBSF de Santo André, bem como orientar sobre o teste da orelhinha; - Apresentar dramatização sobre a dengue e leptospirose; - Abordar a relação família/escola/comunidade; - Pensar a promoção da saúde dos beneficiários do PBF - Alimentação saudável e aproveitamento integral dos alimentos.	- Assistência Social, Saúde e Educação.
Parceria	- CRAS; - UBSF.	- AS x Saúde.	- Convocar as famílias, através das agentes comunitárias de saúde, para irem ao CRAS atualizar dados; - Identificar famílias para serem encaminhadas à coordenação do PBF, em caso de descumprimento de condicionalidades, para entrarem com recurso, justificando o motivo do descumprimento, seja em relação à Saúde ou à Educação.	- Assistência Social e Saúde.

Quadro 4 - Ações realizadas pelo CRAS - território I.

Fonte: Relatórios Trimestrais Qualitativos – 2007, 2008, 2009, 2010. Sistematização da pesquisadora.

Segundo os técnicos, as ações realizadas na implementação do PBF ocorrem envolvendo a assistência social, o setor saúde e o setor educação. Para os técnicos do CRAS, o PBF é um dos exemplos de planejamento e execução conjunta.

[...] No caso do planejamento em conjunto, seria essa ação do Bolsa Família que foi planejada realmente em conjunto, sentou R., sentou T., e as escolas, aí foi feito um planejamento em conjunto (GFPAIF 2).

As ações realizadas pela Assistência Social em conjunto com a Saúde e a educação resultam da necessidade de acompanhamento das condicionalidades do PBF. Foi possível identificar nas entrevistas individual e grupal, a importância do desenvolvimento de ações conjuntas do CRAS com outros setores.

*[...] a gente fazia as **reuniões do Bolsa Família em parceria**, então **juntou Saúde, Educação, nós**. Nós nos responsabilizamos pelas reuniões e elas aconteciam, uma **ação bem integrada**, que a gente participava. Uma ação que eu me lembre mais assim, que teve esse envolvimento, foi essa ação do Bolsa, **que ela ainda vai dar continuidade, ela não se encerrou**, que nós ainda estaremos retomando com ela (GFPAIF 2).*

[...] nós tivemos uma reunião na sexta-feira passada e a Educação veio falar como é que está essa criança em relação à frequência escolar. [...] o Juizado da Infância e Adolescência, eu que sou a referência do Programa Família Cidadã [...]. [...] o CREAS [...]. Então são várias pessoas que estão pensando no caso dessa família e tentando ver o que é melhor pra essas crianças. [...] a própria unidade de saúde está envolvida [...], o próprio Conselho Tutelar (GFPAIF 4).

O desenvolvimento de ação conjunta entre CRAS, Saúde e Educação nem sempre é tranqüila, sem resistências e livre de contradições.

*[...] porque teve umas **pessoas que receberam mal**, assim, a gente com todo empenho de ir nas escolas, levando as necessidades dos alunos, e a gente ouviu de alguns funcionários, assim, de um específico: "- Ah, deixa essas famílias prá lá, pra que vocês têm que correr atrás dessas famílias? Eles não querem, por que que vocês que tem que ir atrás deles?" Então assim, é, a gente ouvir isso de um funcionário da Educação, é assim, como que a gente pode contar com esse rapaz? [...] porque ele é a pessoa responsável da, com a pauta das crianças, pra localizar essas crianças, e a gente ouviu isso dele. Assim, uma **certa resistência assim da Educação em compreender** é, o Programa Bolsa Família [...] Eu acho que **as pessoas da Saúde, também, algumas tem uma visão um pouco errada a respeito do CRAS**, é, às vezes um encaminhamento pra cesta básica, que a PAIF 1 falou, né [...] Não tem um entendimento do CRAS, **entende o CRAS como um local onde vai buscar cesta***

***básica.** E essa família já vem direcionada, com relação a isso. E aí, pra gente é bastante difícil isso, lidar com isso, porque a gente está tentando desvincular, como a própria PAIF 1 falou, e isso às vezes é reforçado pelo parceiro, pelo parceiro da Saúde que muitas vezes não entende mesmo, não compreende qual é o mecanismo. Não são todos, mas, a gente percebe que ainda tem uns resquícios assim, de alguns que não compreendem mesmo o trabalho (GFPAIF 4).*

Essa foi uma fala recorrente e consensual entre os profissionais dos CRAS, de que a efetivação da intersetorialidade é um desafio pelo desconhecimento por parte da Educação e da Saúde do que seja o CRAS, e do que é a Política de Assistência Social - resumindo as ações do CRAS à distribuição de cestas básicas.

Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁷⁵ – No CRAS, são desenvolvidas ações para qualificação e agilização da análise do reconhecimento do direito ao benefício, para os idosos com 65 anos de idade ou mais e para as pessoas com deficiências, consideradas incapacitadas para a vida independente e para a atividade laborativa (VITÓRIA, 2008a). Por meio das ações desenvolvidas, o CRAS se articula com a Policlínica de São Pedro, Serviço Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Casa do cidadão, Secretaria Municipal de Transportes (SETRAN) e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) (VITÓRIA, 2008a), cultura (atividades teatrais) e educação (artes plásticas e educação física) (figura 9).

⁷⁵ O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS, é um benefício da Assistência Social, integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal, cuja operacionalização é feita pelo INSS. Garantido pelo CF/88, assegura um salário mínimo mensal para os idosos, que deverão comprovar que possuírem 65 anos de idade ou mais, que não recebem nenhum benefício previdenciário, ou de outro regime de previdência e que tenham renda mensal familiar per capita seja inferior a ¼ do salário mínimo vigente, e, para as pessoas com deficiência, que também deverão comprovar que a renda mensal do grupo familiar per capita seja inferior a ¼ do salário mínimo, e, além disso, deverão ser avaliados quanto à sua deficiência – incapacidade para a vida independente e para o trabalho -, pelo Serviço Social e pela Perícia Médica do INSS (BRASIL, 2010). Dados disponíveis em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>>.

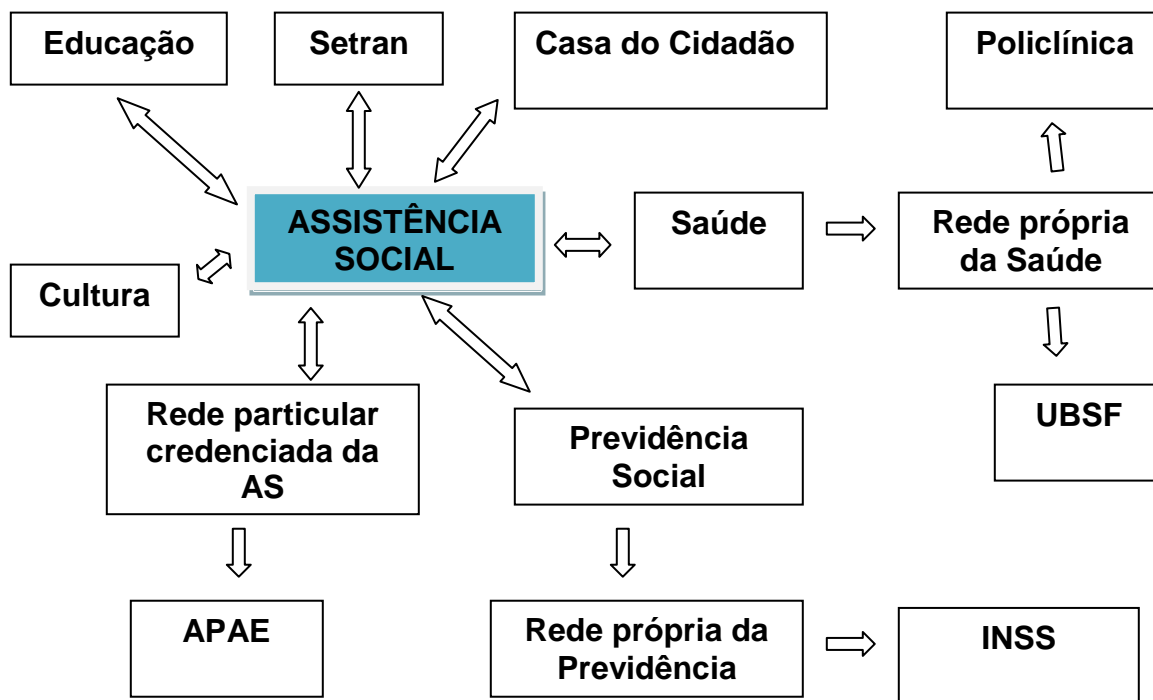


Figura 9 – Articulações intersectoriais do CRAS.

Fonte: Relatórios trimestrais qualitativos. Sistematização da pesquisadora.

Essas ações envolvem atendimentos sociais, visitas, encaminhamentos, realização de reuniões mensais nas quais se discutem temas variados e encontros com o grupo da 3ª idade - grupo de 20 idosas moradoras da região de São Pedro que se reúnem mensalmente em São Pedro I, no qual são realizadas dinâmicas de memorização, de relacionamento, atendimentos (VITÓRIA, 2008a). As ações desenvolvidas envolvem a participação de outros profissionais, além dos técnicos do CRAS: professor de educação física, de artes, instrutor de teatro (VITÓRIA, 2009c) e agentes de saúde (VITÓRIA, 2010b). Segundo os técnicos do CRAS, a ação conjunta com a Saúde é muito importante para a potencialização do seu trabalho.

Grupo de nutrizes – É outra ação desenvolvida no CRAS. É composto por mães que requerem o auxílio natalidade, caracterizado como uma espécie de oficina de reflexão que deve articular aquilo que o grupo pensa em relação ao tema ou questão em discussão (VITÓRIA, 2007b). As reflexões são referentes à maternidade (aleitamento

materno e desenvolvimento do bebê), alimentação, trabalho e comunidade. As ações são desenvolvidas pelos técnicos do CRAS em conjunto com a Gerência de Segurança Alimentar e Nutricional.

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) garantem que a assistência social deve garantir a sobrevivência dos cidadãos. Entretanto, o SISAN (incluindo a LOSAN) é um sistema paralelo ao SUAS. O Estado, que deveria garantir trabalho para que todos pudessem garantir sua própria sobrevivência, para não serem alvos do assistencialismo histórico realizado no Brasil, opta por ações que se realizam paralelamente à Assistência Social, contribuindo para a não consolidação da Assistência Social enquanto uma política pública e de direito (BOSCHETTI, 2003).

Além desses programas, projetos e benefícios implementados no CRAS, outros serviços **articulam-se** à instituição:

- **ProJovem Adolescente**⁷⁶ - São realizadas ações sócio-educativas com adolescentes na faixa etária de 15 à 17 anos, formando os denominados Coletivos. Para iniciar o desenvolvimento das atividades foram realizados contatos com outros setores - comunitários, associações, circuito cultural -, responsáveis por espaços físicos, para a realização de futuras parcerias (VITÓRIA, 2009d). Atualmente funciona no Centro de Referência Sou pela Vida. As ações realizadas no ProJovem ocorreram articuladas com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SEMMAM). O objetivo da articulação relacionou-se à capacitação da equipe do ProJovem para trabalharem o tema meio ambiente. A ação envolveu visita aos parques da cidade de Vitória/ES (VITÓRIA, 2010a);

⁷⁶ É um dos quatro eixos do Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PNIJ), lançado em setembro de 2007 pela Presidência da República. Este programa é destinado a jovens de 15 a 17 anos pertencentes a famílias beneficiárias do PBF ou em situação de risco social - será de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). É um redesenho/reformulação do Agente Jovem, tomando como referência os resultados da pesquisa realizada no ano de 2006, bem como as diretrizes das Políticas de Juventude e de Assistência Social (PJAS), que busca preservar os aspectos positivos detectados pela pesquisa e enfrentar seus principais desafios. Também integra serviço e transferência de renda, exigindo esforço de integração de todos os gestores (municipais, estaduais e federal), cujos objetivos são fortalecer a família, os vínculos familiares e sociais (BRASIL, 2010) – disponível em: http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/federais_projovem.

- **Educação de Jovens e Adultos (EJA)** - Funciona no espaço cedido pelo CRAS. Nele é desenvolvido o projeto “Alfabetização é um direito”, pela Secretaria de Estado da Educação (SEDU) em parceria com CRAS (VITÓRIA, 2010b). As aulas acontecem de segunda à quarta-feira no CRAS, no turno noturno, com um total de 16 alunos matriculados, com níveis de alfabetização variados entre eles e acompanhados de acordo com a evolução da escrita de cada aluno (VITÓRIA, 2010b).
- **Caminhando Juntos (CAJUN)** – Atende crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, filhos das famílias referenciadas ao CRAS⁷⁷. Oferece atividades de grafite, dança de rua, *street dance*, balé, dança popular, capoeira, artes, informática, recreação, aulas de violão, de flauta e coral. O CAJUN se articula ao CRAS por meio da cessão de espaço para as atividades do grupo da terceira idade (BPC), do CRAS, e por meio do referenciamento e contra-referenciamento (VITÓRIA, 2010a).

As principais ações realizadas pelo CRAS de São Pedro são:

a) **Ações Socioeducativas com as famílias (ASEFs)** - Realizadas em grupos, estas podem ser abertas ou fechadas (com até 25 participantes), com encontros mensais e tem como foco temas básicos de interesse comum das famílias. Essas ações socioeducativas são desenvolvidas no PAIF, PFC/Grupo Cidadão, PAC/FAM, Grupo de Nutrizes, BPC e PBF;

b) **Acolhimento às famílias** – como já descrito, é realizado pelo Grupo de Acolhimento Social (GAS);

c) **Oficinas** – dividem-se em:

- **de reflexão**, desenvolvidas no PAC/FAM chamada de “colcha de retalhos”, na qual os participantes refletem sobre determinados temas;

⁷⁷ Informações cedidas pela coordenadora do CAJUN, situado em Santo André, em frente ao CRAS, território I.

- **motivacionais** que tem como objetivo desenvolver atividades nas quais os usuários possam ampliar suas relações interpessoais e desenvolver habilidades (VITÓRIA, 2010a). Segundo os técnicos do CRAS, elas apresentam-se como ferramenta para a integração comunitária, convivência social e cultural, além de contribuírem para o desenvolvimento de competências e de criatividade também contribuem para a geração de trabalho e renda (VITÓRIA, 2010a).

Os principais setores envolvidos no desenvolvimento das oficinas são: o CRAS de São Pedro, o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE)⁷⁸, a Educação (EMEFs) e a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), conforme figura abaixo.

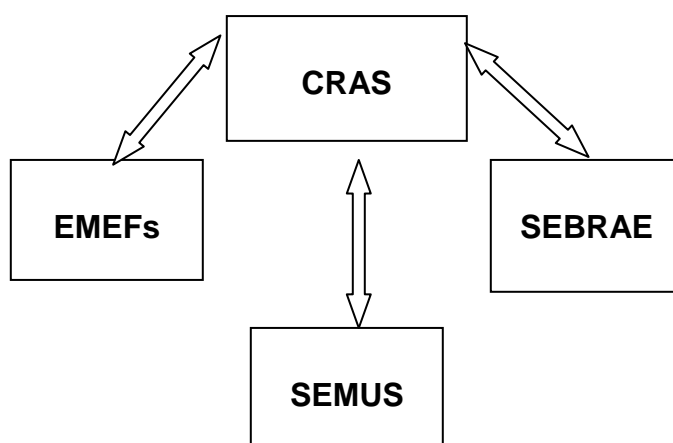


Figura 10 – Articulações intersetoriais do CRAS.

Fonte: Relatórios trimestrais qualitativos do CRAS. Sistematização da pesquisadora.

As ações conjuntas realizadas pelo CRAS em articulação com outros setores se realizam com objetivos diferenciados. A articulação com o SEBRAE, entidade privada e de interesse público – sem fins lucrativos -, que apóia a abertura e expansão dos pequenos negócios por meio do estímulo ao empreendedorismo. Desenvolvem palestras e cursos sobre empreendedorismo – preço dos produtos, técnicas de venda -,

⁷⁸ Criada em 1972, atua também com foco no fortalecimento do empreendedorismo e na aceleração do processo de formalização da economia por meio de parcerias com os setores público e privado, programas de capacitação, acesso ao crédito e à inovação, estímulo ao associativismo, feiras e rodadas de negócios. (SEBRAE, 2010).

ministradas pelos profissionais do mesmo, e para os participantes das oficinas motivacionais no CRAS e na Unidade de Inclusão Produtiva (UIP). Essa entidade tem como missão contribuir com “o desenvolvimento do Brasil através da geração de emprego e renda pela via do empreendedorismo”, e, além disso, promover a competitividade e o desenvolvimento sustentável dos empreendimentos de micro e pequeno porte (SEBRAE, 2010, sp.). Ou, conforme Alencar (2008), fazer com que as pessoas e famílias sejam responsáveis pela sua inserção no mercado de trabalho.

O planejamento da ação em conjunto com o SEBRAE se realiza da seguinte forma: Os técnicos do CRAS solicitam informações, por escrito, sobre as palestras e cursos oferecidos pela entidade. Ao receber as informações, a equipe de referência escolhe os temas de interesse, faz contato com a coordenação dos CRAS de Vitória/ES (Gerência de Atenção à Família), apresenta os temas escolhidos, para que a mesma possa solicitar ao SEBRAE o desenvolvimento da atividade escolhida.

As oficinas motivacionais realizadas no CRAS relacionam-se a alimentação, artesanato, beleza, confecção, cultura e outros (quadro 5).

Oficinas	Setores envolvidos
Alimentação: Salgados, pães caseiros, torta salgada, Bombom e ovos de páscoa, biscoito, chás e xaropes (caseiros).	CRAS
Artesanato: Vagonite, crochê, biscuit básico, cestas de jornal, bonecas, bordado livre, bordado em sandália, molde vasado, velas artesanais, pintura em sabonete e saboneteira, pintura em tela, cadernos decorados, arte em sucata, decoração de páscoa e copa do mundo (material reciclado), pintura em blusa, aproveitamento de resíduos de tecido.	CRAS
Beleza: Barbeiro para homens, corte de cabelo, sobrancelha de henna, cosméticos, manicure.	CRAS
Confecção: Modelagem, costura, corte e costura reta.	CRAS
Cultura: Teatro e coral.	CRAS
Outros: Sabonete, reciclados, inseticida à base de produtos caseiros para combater os fungos das plantas, chás e xaropes e <i>mulher empreendedora</i> .	CRAS SEMUS SEBRAE

Quadro 5 - Oficinas realizadas pelo CRAS – território I

Fonte: Relatórios trimestrais qualitativos do CRAS – 2007, 2008, 2009, 2010. Sistematização da pesquisadora.

As oficinas, por contribuírem para a geração de renda, favorecem o empreendedorismo como via de enfrentamento ao desemprego no Brasil. A inserção produtiva no contexto da PNAS significa uma das formas de enfrentamento da questão social baseada na responsabilização das pessoas, famílias e comunidades pelo seu bem-estar, no nosso caso, pelo enfrentamento à sua condição de desemprego e pobreza (SOARES, 2003). Ou seja, nessa ótica, as oficinas, cursos e palestras desenvolvidas no CRAS concorrem para o desenvolvimento de capacidades e habilitações, necessárias ao processo individual de inserção produtiva.

Nesse contexto, as políticas públicas de emprego e renda, subordinadas às requisições e necessidades do capital, incentivam o auto-emprego e a atitude empreendedora, por meio da articulação com ações de apoio aos pequenos empreendimentos econômicos – oferecimento de crédito, assistência técnica, capacitação profissional, garantia de comercialização, entre outros. Assim, os técnicos do CRAS, ao planejarem e realizarem as oficinas, vivem um dilema: reafirmam a falsa expectativa de que seus participantes gerem sua própria renda, contribuindo para a prevalência da lógica do discurso hegemônico de que as possibilidades de inserção produtiva dependem de atributos e potencialidades individuais e das virtudes do trabalho independente e autônomo, mas falsa, porque sabem da impossibilidade dessa via.

Um exemplo desse dilema pode ser dado pelos relatórios do CRAS. Em 2009, por meio do desenvolvimento das oficinas motivacionais, foi criado o grupo de produção do São Pedro, composto por 14 beneficiárias do CRAS, que manifestaram o desejo de dar continuidade ao trabalho/técnicas que haviam sido aprendidas nas oficinas. Tomaram a iniciativa de se unirem e constituírem um grupo de produção com vistas à geração de trabalho e renda (VITÓRIA, 2009d). O grupo intitulou-se “Aglhas de Ouro”, e tinha como proposta produzir produtos voltados à moda casa, que contou com o apoio da Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (ADRA) na disponibilização de matéria-prima e de um instrutor para acompanhar o grupo no desenvolvimento de um trabalho na perspectiva autogestionária (VITÓRIA, 2009d). Embora, segundo os técnicos do CRAS, o grupo tivesse se fortalecido, naquele momento em que descobriram que poderiam gerar renda e melhorar seus aspectos

relacionais, o grupo se desintegrou após ter sido transferido para a Unidade de Inclusão Produtiva (UIP) – mudança de entidade parceira -, pela falta do acompanhamento do instrutor que norteava os trabalhos desenvolvidos pelo grupo e devido à falta de amadurecimento para dar continuidade ao trabalho desenvolvido, que não conseguiu se adaptar à nova realidade⁷⁹ (VITÓRIA, 2009d). Acrescentaríamos que a inviabilidade estava colocada desde seu início: impossibilidade de adoção de lógica mercantil: competitividade, preço, qualidade e acessibilidade do consumidor final etc.

d) **atendimentos individuais** – São realizados por meio dos programas e grupos do CRAS. Com as famílias acompanhadas pelo PFC, para traçar a meta de utilização do benefício, construção do “Projeto de Vida”, cronograma de execução do benefício, atualização do Bolsa Família e inscrições para a oficinas. Essa ação, se realizada sem uma perspectiva crítica, pode reforçar a idéia de que o problema do desemprego e da pobreza são problemas individuais, responsabilizando as famílias e sujeitos beneficiários pela resolução de seus problemas (SOARES, 2003; ALENCAR, 2006; MAURIEL, 2008). Por outro lado, a escuta atenta pode apontar para a necessidade de ações individuais e coletivas bem como reafirmar a multideterminação da questão da pobreza.

e) **visitas domiciliares** – são realizadas com objetivo de convidar as famílias para serem incluídas no PAIF/Grupo Cidadão, grupos de interesse e demais ações desenvolvidas no CRAS. A maioria delas é feita em parceria com a Saúde.

f) **passeios e palestras** – são realizados, de acordo com as demandas e propostas das famílias atendidas. São realizados, com a organização e coordenação da equipe técnica do CRAS, passeios pelos parques de São Pedro, aos parques de Vitória, ao Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural (INCAPER), ao Planetário da UFES (realizado pelo PAC) etc. Estes passeios têm a finalidade de proporcionar aos beneficiários dos programas, projetos e grupos, um momento de lazer

⁷⁹ ⁷⁹ O CRAS buscou, junto a Inclusão Produtiva, mecanismos que viabilizassem o regaste do grupo e se disponibilizou no sentido de fomentar e apoiar as ações do grupo, no que se refere às orientações necessárias, busca de mercado para viabilizar a comercialização, bem como a busca de parceiros que venham consolidar o desejo do grupo de novamente se recompor e, para tal, conta com o apoio da SETGER (VITÓRIA, 2009d).

em família e também de inclusão cultural (VITÓRIA, 2008b). As palestras são desenvolvidas, por meio das ações socioeducativas realizadas nos programas e grupos e, segundo os técnicos, sempre envolve outros setores.

As principais demandas apresentadas pelos moradores de São Pedro e suas famílias ao CRAS, no GAS relacionam-se ao Bolsa Família, cestas básicas, auxílio natalidade, vale social, auxílio funeral, BPC, vale foto, kit enxoval e inserção em programas (VITÓRIA, 2010a).

No CRAS de São Pedro, são distribuídas cestas básicas, que devem ser entregues, prioritariamente, aos desempregados e doentes, via requerimento. Há duas modalidades de cesta básica: a) a **emergencial**, destinada às pessoas desempregadas, sem acesso à alimentação ou que estejam vivendo em situação de vulnerabilidade social extrema, e; b) a **regular**, destinada às pessoas que estejam em tratamento de saúde e impossibilitadas de trabalhar, oferecidas, também, por no máximo quatro meses ou enquanto durar o impedimento de saúde⁸⁰.

A distribuição de cestas básicas foi uma das primeiras ações desenvolvidas no âmbito da assistência, sendo distribuídas por entidades filantrópicas e pela Legião Brasileira de Assistência, pelos Núcleos de Atendimento à Família (NAF) e, posteriormente nos CRAS. Sua distribuição está, historicamente, atrelada à perspectiva do assistencialismo e do clientelismo. Por surgir como ação de assistência, a distribuição de cestas básicas guarda as marcas dessa perspectiva que não pertence mais à assistência social, enquanto uma política pública. Por outro lado, para quem tem fome, o alimento (mesmo mínimo) minimiza o sofrimento, sem com isso esquecer quais os determinantes dessa fome. O que se evidencia nesse processo é a magnitude da desigualdade de renda no Brasil que admite que seus cidadãos passem fome e estejam sem proteção social adequada.

Entre as famílias que freqüentam o CRAS, a cesta básica é vista como concessão de cunho assistencialista. A síntese é expressa no nome dado pelos usuários – **Grupo da**

⁸⁰ Dados disponíveis em: <http://www.vitoria.es.gov.br/semas.php?pagina=cestabasica>.

cesta. A cesta centraliza e caracteriza aquilo que a ação em tese deveria reafirmar – o grupo dos (não)cidadãos.

*Acho que um desafio que a gente tem, é desvincular a idéia que eles têm de **grupo da cesta**. Justamente por conta do benefício que eles recebem. Vem pra reunião, participa e às vezes, a maioria recebe o ticket, esse ticket tem direito a essa cesta básica. Então assim, nosso maior desafio é desvincular essa idéia que eles têm de, “- Ah vou, tenho que pegar essa cesta básica hoje, se eu não for, não vou ter como”. “- Ah faltei à reunião, como que eu vou pegar a minha cesta?” Então assim, é um desafio, porque até então eu percebo que a **lógica do grupo, do Grupo Cidadão**, é, possibilitar assim, uma situação, a construção da cidadania, e esse é um desafio que a gente tem de desvincular essa idéia do **grupo da cesta**: “- como é que eu faço pra entrar no **grupo da cesta**?” (GFPAIF 1)*

Para os técnicos, o CRAS oportuniza às famílias que participam das oficinas, dos cursos profissionalizantes, desenvolverem alternativas de geração de renda e discutirem temas diversificados nas várias ações socioeducativas desenvolvidas nos grupos. Entretanto, a fala de um dos técnicos mostra que a perspectiva assistencialista e clientelista insiste em ficar atrelada à Assistência Social, descaracterizando-a enquanto política pública, direito social e de cidadania. No entanto, o ato da distribuição das cestas básicas dificulta a ruptura com a cultura assistencialista historicamente enraizada na prática de distribuição das mesmas. Convoca técnicos, gestores e população e se defrontam com o fato presente da fome no território (região com o maior número de beneficiários do PBF – gráfico abaixo).

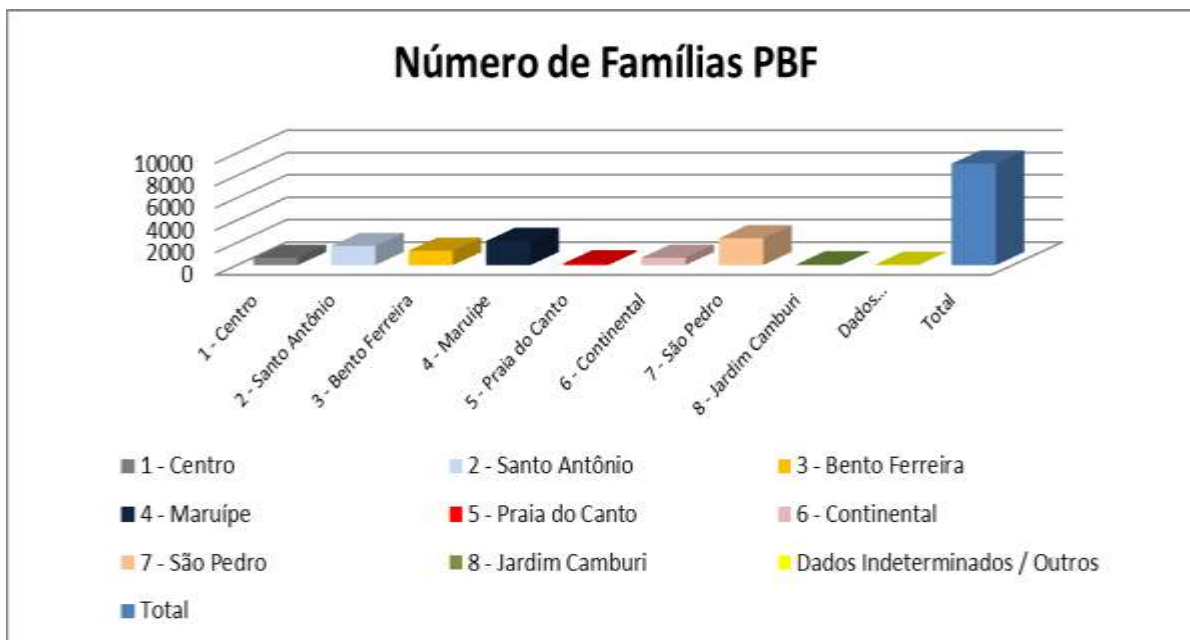


Gráfico 1 – Número de famílias do PBF no município de Vitória/ES.

Fonte: GEPS, posição em 11/01/2011. Elaboração: Gerência de Informações Municipais - SEGES/GIM

Das demandas apresentadas ao CRAS, destaca-se o auxílio funeral. Conforme os dados dos relatórios trimestrais, o benefício é oferecido às famílias com renda per capita inferior a um quarto do salário mínimo que, para recebê-lo, deverá comprovar morte de familiar. O auxílio pode ser financeiro (concessão de um salário mínimo) para cobrir as despesas realizadas com sepultamento – se comprovada a morte de familiar até 90 dias após o falecimento -, ou referente à prestação de serviço com direito à urna funerária (caixão), 3 (três) remoções (transporte do corpo) e pagamento de taxas de sepultamento – tudo condicionado à comprovação da morte de familiar.

Em relação aos requerimentos para auxílios funerais, a maioria das mortes são decorrentes de violência (VITÓRIA, 2007a). Os profissionais identificaram que a maioria dessas mortes se relaciona à população jovem, o que, para os técnicos, evidencia a necessidade de oferta de políticas públicas para esta faixa etária, além da necessidade de realização de ações integradas voltadas para as questões de segurança pública (VITÓRIA, 2007a).

São Pedro é considerada a região mais violenta do município de Vitória/ES (19% dos

óbitos por violência do município), com 92,5% dos óbitos causados por homicídios (BASTOS et al, 2009), possuindo um dos menores Índices de Qualidade Urbana (IQU)⁸¹ -, e baixo índice de qualidade de vida. Em decorrência desse cenário o governo federal implementou, em 2010, o Projeto Mulheres da Paz, criado no âmbito do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI). O objetivo deste projeto é incentivar mulheres a construir e fortalecer redes sociais de prevenção e enfrentamento às violências que envolvem jovens expostos à violência. Entretanto, nos planejamentos anuais para 2010, nos relatórios trimestrais qualitativos do CRAS, nas entrevistas individuais e no grupo focal, não há menção a esse projeto.

O desenvolvimento de ações intersetoriais está previsto no planejamento e desenvolvimento das ações do CRAS. No planejamento anual do CRAS para o ano de 2009, a intersetorialidade é contemplada como um dos princípios do trabalho com famílias e comunidades. Nesse sentido, ela aparece como responsável por “contribuir para a universalização dos direitos sociais, **a fim de viabilizar o acesso às demais políticas públicas**” (VITÓRIA, [20--], sp.). Contudo, a intersetorialidade inscrita neste refere-se a uma compreensão de intersetorialidade como executar algumas ações com alguns sujeitos de outros setores que não da Assistência Social.

Um exemplo pode ser extraído do planejamento anual em suas referências a outros setores. Ele prevê, por exemplo, o desenvolvimento de ações em conjunto com o *Projeto Terra Mais Igual*⁸². Este projeto visa a atender demandas habitacionais existentes no território de abrangência. As áreas de abrangência do Programa foram definidas tendo como critérios o acesso a equipamentos e serviços urbanos, grau de risco e os baixos índices sociais da comunidade em relação às demais áreas da cidade.

⁸¹ Aplicado para os bairros do município de Vitória – 1991 e 2000. Identificou as características dos bairros do município de Vitória, especificamente, nos anos de 1991 e 2000, baseando-se nos indicadores que o compõem: dimensões educacional, ambiental, habitacional e de renda. Tentou-se, com isto, identificar a existência ou não de avanços, estagnações ou retrocessos ocorridos no período (disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br>).

⁸² Segundo dados do site da PMV, esse é o nome fantasia do Programa integrado de desenvolvimento social, urbano e de preservação ambiental em áreas ocupadas por população de baixa renda do município de Vitória. Visa promover a inclusão socioterritorial, cujo modelo de gestão assenta-se nos seguintes pressupostos: integração intersetorial e fortalecimento dos processos de participação popular na elaboração, implantação e avaliação dos planos de desenvolvimento humano sustentável desenvolvidos nos territórios onde o programa atua.

Segundo dados dos relatórios trimestrais, o Programa articula-se ao CRAS por atender aos bairros de Conquista e Ilha das Caieiras. Passou a ser desenvolvido no CRAS, por meio da presença de um técnico de referência do programa, cuja finalidade é orientar, encaminhar e acompanhar os usuários, acolhendo suas demandas, bem como fazer a articulação entre as políticas da assistência juntamente com as políticas habitacionais.

O técnico de referência do *Terra Mais Igual*, além de outras atividades, é responsável por trabalhar demandas referentes ao programa como: acompanhamento às famílias inseridas nos grupos do PAIF e Grupo Cidadão, moradoras dos bairros de Nova Palestina, Resistência e Conquista (totalizando 60 famílias acompanhadas), nos quais discutem, entre os temas: “diagnóstico sócio-territorial da Grande São Pedro”, “Sexualidade” e, a “importância do relacionamento familiar e filhos: criação com limites”, ação conjunta com a saúde, na qual a psicóloga e a assistente social do Serviço de Orientação Sócio-Familiar (SOSF) realizam vivências sobre o tema. Segundo os técnicos, essas atividades são planejadas por todos os envolvidos e executadas em conjunto com eles.

Outras ações são desenvolvidas no CRAS em articulação com o Terra Mais Igual⁸³: a) visitas em conjunto com a Defesa Civil (DC), cuja finalidade é detectar as condições de moradia (moradia em local de risco ou em área de preservação ambiental) das famílias para posteriores encaminhamentos para programas habitacionais (VITÓRIA, 2008b); b) reuniões mensais da Equipe Ampliada das Poligonais 10 e 12, que envolve a participação da SEMMAM, SEMAS, Secretaria de Trabalho e Geração de Renda (SETGER), Vitória de todas as cores, Regional 7, Projeto Terra e Museu do Pescador, com o objetivo de discutir temas relacionados às ações desenvolvidas por cada uma dessas secretarias e equipamentos, bem como socialização de informações; e c) estudo de caso sobre moradores e suas necessidades habitacionais em conjunto com

⁸³ No dia 15 de setembro de 2009, a técnica do referido programa, foi transferida para o CRAS São Pedro, Território II, localizado no bairro Resistência, inaugurado dia 19 de setembro de 2009 (VITÓRIA, 2009c). Com a divisão dos CRAS São Pedro em Território I (Comdusa, São Pedro I, Santos Reis, São José, Ilha das Caieiras, Santo André e Redenção) e Território II (Conquista, Nova Palestina e Resistência), a assistente social do Terra Mais Igual, passou a ficar como técnica de referência que acompanha somente o bairro Conquista (Poligonal 10), sendo que, antes era referência dos bairros Conquista e Ilha das Caieiras (VITÓRIA, 2009c).

o SETGER para fins de agilização das soluções das mesmas (VITÓRIA, 2009c).

Os técnicos do CRAS ressaltam a importância do Programa Terra Mais Igual, pois suas atividades vão ao encontro das demandas do CRAS e, além disso, possibilita o desenvolvimento de ações conjuntas. Por isso, destacam como principais avanços, a inserção do técnico de referência do Terra Mais Igual no CRAS, pois: a) possibilita um contato mais direto e freqüente com a SEGES, SEHAB e Defesa Civil, de modo a agilizar o andamento dos processos bem como no fornecimento de orientações que dizem respeito as demandas habitacionais; b) serve como ponto de referência para SEGES/Poligonal 10 e 12 e SEHAB; c) integra-se a equipe do CRAS fazendo parte de todas as atividades; d) participa das reuniões mensais dos técnicos de referência do Terra Mais Igual, com o objetivo de socializar os trabalhos desenvolvidos pelos mesmos, e; e) articula os trabalhos desenvolvidos pelo CRAS, SEHAB (escritório local) e Poligonais 10 e 12 (Terra Mais Igual), enfatizando o trabalho em equipe.

Além dos avanços, os técnicos do CRAS visualizaram como fatores limitantes desse processo a morosidade no andamento dos processos encaminhados às secretarias e o atendimento às famílias que apresentam demandas habitacionais serem somente atendidas se estiverem contempladas nas intervenções da SEHAB ou do Terra Mais Igual, o que deixa à margem grande parte da população que apresenta déficit habitacional. Isso mostra também a presença de divergências de interesses entre secretarias ou objetivos diferentes para problemas comuns.

O Terra Mais Igual também participou da reunião com a US de Santo André e Programa Segurança Alimentar e Nutricional (PSAN) sobre a continuidade do “Projeto Hortas Comunitárias” (VITÓRIA, 2009a).

O “Projeto Hortas Comunitárias”, segundo os técnicos, é outra ação do CRAS em conjunto com a saúde – desde o nascimento da ideia, incluindo o planejamento e o desenvolvimento. Segundo eles, esse projeto deu origem ao “Grupo horta caseira”, composto, em sua maioria, por famílias acompanhadas pelo CRAS, que iniciou suas atividades no mês de maio de 2010, em parceria com a SEMUS, e tem como facilitadores uma médica Fitoterapeuta e um Engenheiro Agrônomo (VITÓRIA, 2009b).

O objetivo desse grupo é de trabalhar os hábitos alimentares visando à promoção da saúde, os cuidados com o meio ambiente, o incentivo ao cultivo e consumo de hortaliças e ervas medicinais, além de ter a proposta de trabalhar: a) o cultivo como terapia; b) o aproveitamento de materiais recicláveis; c) o preparo e vantagens do adubo orgânico; d) a importância da preservação das espécies; e e) a orientação para o aproveitamento do cultivo e produção destas espécies para o consumo familiar com vistas ao trabalho e geração de renda (VITÓRIA, 2009b). Considerando os objetivos e propostas do projeto, foi realizada, no mês de maio de 2010, uma visita ao Viveiro do Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural (INCAPER), para que o grupo pudesse ver, na prática, o cultivo de mudas, as noções sobre o plantio e utilidade das plantas e como se processa o preparo do adubo orgânico através da compostagem (VITÓRIA, 2009b).

Assim como as ações do Bolsa Família são consideradas pelos técnicos como exemplo de planejamento conjunto, o grupo horta caseira também o é.

*[...] nós temos o grupo da horta caseira que é um planejamento em parceria com a saúde, é um projeto que foi feito conjunto. [...] nasceu de uma vontade, tanto da fitoterapeuta, que é da Saúde, quanto do CRAS de estar levando, na verdade, estar desenvolvendo uma consciência que vai desde a cultura, como terapia, do aproveitamento dos insumos, dos adubos orgânicos, dos insumos orgânicos do aproveitamento do material reciclado. Então, **esse projeto, apesar dele ainda estar assim, ser um embrião**, porque ele ainda vai ter que se desenvolver, mas é um planejamento que partiu assim de um, ele está sendo feito em parceria, né. **E uma parceria assim, que tá desde o projeto**, nós começamos com esse projeto o ano passado, que seria “hortas comunitárias”, que é juntamente com a unidade de saúde e com o CRAS, e o objetivo dele é tornar essas famílias multiplicadoras pra que elas aproveitem o pequeno espaço que elas tem na sua casa pra estar cultivando uma erva medicinal, um tempero, e de estar pensando até em macro, deles estarem produzindo, pensando até nisso, deles estarem é, fazendo as ervas, as coisas pra estarem comercializando. Então eu acredito que esse projeto seja uma parceria, que ele foi um planejamento que iniciou conjuntamente, e que vai, pra ele florescer, pra ele crescer, vai ter que permanecer em conjunto (GFPAIF 2).*

Os técnicos do CRAS reconhecem que não há como executar uma política sozinhos, pois cada uma atua na sua especificidade, mas a família, afirmam, é uma só. É ela que frequenta as reuniões na educação, na saúde, no CRAS. Se os setores conseguissem fazer um trabalho em conjunto, as famílias não precisariam participar de tantas

reuniões, afirma um dos técnicos, mas ao mesmo tempo reconhece que isso é um desafio.

No planejamento das ações do CRAS para 2009 e 2010, também são consideradas como meios de se efetivar a intersectorialidade três ações principais que contam com a participação dos técnicos do CRAS: a **Rede Socioassistencial, a Câmara Territorial e o Coletivo de Proteção Social**. Essas ações estão previstas no Plano Municipal de Assistência Social 2006-2009 cujo objetivo é a integração das ações tanto internamente à SEMAS quanto externamente com outros setores dos territórios pertencentes à cidade de Vitória/ES, no sentido de buscar “**a intersectorialidade, a articulação com outros níveis de governo, a parceria com ong’s, movimentos sociais e organizações comunitárias**” (VITÓRIA, [20--], sp., grifos nossos).

A rede socioassistencial é uma das esferas que, segundo o Plano Municipal 2006-2009, deverá contribuir para a efetivação da intersectorialidade. Esta, conforme disciplina a NOB/SUAS (2005, p. 94), é “**um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade**, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que **supõe a articulação entre todas as unidades de provisão de proteção social**, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade” (grifos nossos).

O principal responsável pelo mapeamento e pela organização da rede socioassistencial de proteção social básica – sob orientação do gestor municipal de Assistência Social – do território no qual estiver inserido é o CRAS. Na região de São Pedro, a rede socioassistencial foi iniciada em 2004 (conforme registro no relatório da reunião da rede socioassistencial de 2009) e tem o objetivo de contribuir para prevenção de situações de risco por meio de desenvolvimento de potencialidades e habilidades e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários em busca da emancipação. Para tal, **busca a mobilização e organização dos diversos atores sociais para o planejamento, execução e avaliação de ações interrelacionadas**, além de ter a responsabilidade de também divulgar recursos e potencialidades da própria comunidade e, entre outros, de fortalecer os vínculos comunitários.

Os técnicos destacam que outro objetivo da Rede é o de promover a articulação dos serviços socioassistenciais de Proteção Social Básica (PSB) com os de Proteção Social Especial (PSE) e, destes com as demais políticas públicas. Além disso, deve procurar estabelecer, entre os equipamentos que oferecem serviços socioassistenciais, o referenciamento e o contrareferenciamento com a finalidade de garantir o atendimento integrado, continuado e resolutivo.

As reuniões da Rede Socioassistencial são mensais, organizadas, coordenadas e realizadas pela coordenação local do CRAS, nesse caso, o CRAS de Resistência, território II⁸⁴. São convidados para participarem das reuniões todos os equipamentos da região de São Pedro (públicos e/ou privados com e sem fins lucrativos) bem como movimentos sociais, usuários do CRAS e sociedade civil em geral. Nos relatórios das reuniões da Rede Socioassistencial está registrado que nos encontros são discutidos temas e problemas relevantes para os usuários e moradores da Grande São Pedro que são apresentados pelos representantes dos equipamentos em funcionamento no território. Um exemplo pode ser a demanda apresentada pelo assistente social da Unidade de Saúde de realização de trabalho com as puérperas adolescentes que evadem da escola por não terem com quem deixar seus filhos. A proposta era que fossem realizados grupos de orientação e reflexão com as adolescentes e que fosse feita uma ação junto a Câmara Territorial que já trabalhava o tema gravidez na adolescência. Além da realização da orientação e reflexão junto às adolescentes, foi apresentada a sugestão de criação de um projeto de lei que garantisse vaga nos CMEIS para os filhos de alunas dos EMEFs e que implicasse na condicionalidade à frequência escolar dessas adolescentes (relatório da reunião da rede socioassistencial, 2009). A proposta, aceita pelos participantes da reunião, deveria retornar para debate posterior⁸⁵. Por meio da participação das reuniões, pude perceber a ausência, nos encontros mensais, de representação de vários setores que atuam no território, além da

⁸⁴ Até o final de 2009 as reuniões eram coordenadas e organizadas pelo CRAS São Pedro, território I, Situado em Santo André. Com a inauguração do CRAS de Resistência – considerado o CRAS modelo – as reuniões passaram a ser coordenadas e realizadas pela coordenação do mesmo, em conjunto com a coordenação do CRAS São Pedro.

⁸⁵ Cabe salientar que esta proposta ainda não foi efetivada.

rotatividade – há setores diferentes presentes em cada reunião -, o que traz limitações para um futuro planejamento de ações intersetoriais.

No relatório das reuniões da rede há registro de que os técnicos e participantes das reuniões da Rede reconhecem a existência de fatores limitantes ao seu funcionamento. Destacaram:

a) **sobrecarga de trabalho no CRAS**: poucos técnicos e somente um CRAS para atender a região e coordenar as ações inerentes à rede local;

b) **pouca representatividade e pouco envolvimento dos atores** dos demais equipamentos do território, isso porque o desencadeamento do processo intersetorial não ocorre desvinculado dos fatores que a condicionam, como por exemplo, da vontade política, da correlação de forças e da cultura política e gerencial na qual estiver inserida, Fazem parte desse contexto, portanto, o conflito de interesses e as relações hierárquicas que favorecerão ou não o envolvimento dos atores no processo de desenvolvimento de ações intersetoriais;

c) **falta de integração entre as parcerias/desconhecimento das instituições que compõem a Rede**, reflexo, portanto, da cultura histórica de setorialização, presente não só no Brasil, como também no mundo, herança da fragmentação do saber;

d) **descontinuidade das ações, morosidade e fragmentação das informações**. A descontinuidade das ações é uma marca histórica das políticas sociais brasileiras, principalmente da Assistência Social. Aliada à morosidade e fragmentação das informações, torna-se um empecilho para o desenvolvimento de ações intersetoriais, já que tal processo pressupõe troca de saberes e conhecimentos, englobando também a troca de informações;

e) **violência no território**, este é um outro agravante (VITÓRIA, 2010a). O território apresenta um dos maiores índices de morte por violência (BASTOS, 2009), contribuindo para a não participação dos demais equipamentos, por medo desta;

f) dificuldades para mobilizar os atores para participarem das reuniões⁸⁶. Os convites são feitos, mas a adesão é pequena, justificada por todos esses limitadores já descritos acima. Mobilizar atores significa mobilizar vontades e, conforme Santana (2008), estes têm representações sociais diversas sobre o mundo, concepções diferenciadas acerca do processo intersetorial, bem como projetos societários diferentes, além de interesses diversos.

Essas dificuldades, enfrentadas na região São Pedro, não são específicas desse local. São problemas que se repetem, pois se referem ao mesmo de contexto de setorialidade histórica, de intervenção baseado na fragmentação e centralização das ações.

Mesmo a diante de tais limitações, a rede é considerada como um espaço importante de articulação. Por isso, uma das ações previstas no Plano Municipal de Assistência Social é o fortalecimento destas nos territórios dos CRAS do município de Vitória/ES, visando potencializar a capacidade de enfrentamento das vulnerabilidades sociais (VITÓRIA, [20--]). Nos documentos do CRAS identificou-se as seguintes instituições componentes da rede socioassistencial – ainda em construção: Educação, Assistência Social, Habitação, Saúde, Segurança e movimento social (figura 11).

⁸⁶ Em participação nas reuniões da rede pude observar que os componentes da rede consideram esse espaço como sendo primordial para a construção de ações conjuntas, entretanto uma das reclamações constantes colocadas nas reuniões é a ausência nas reuniões, das demais instituições do território.

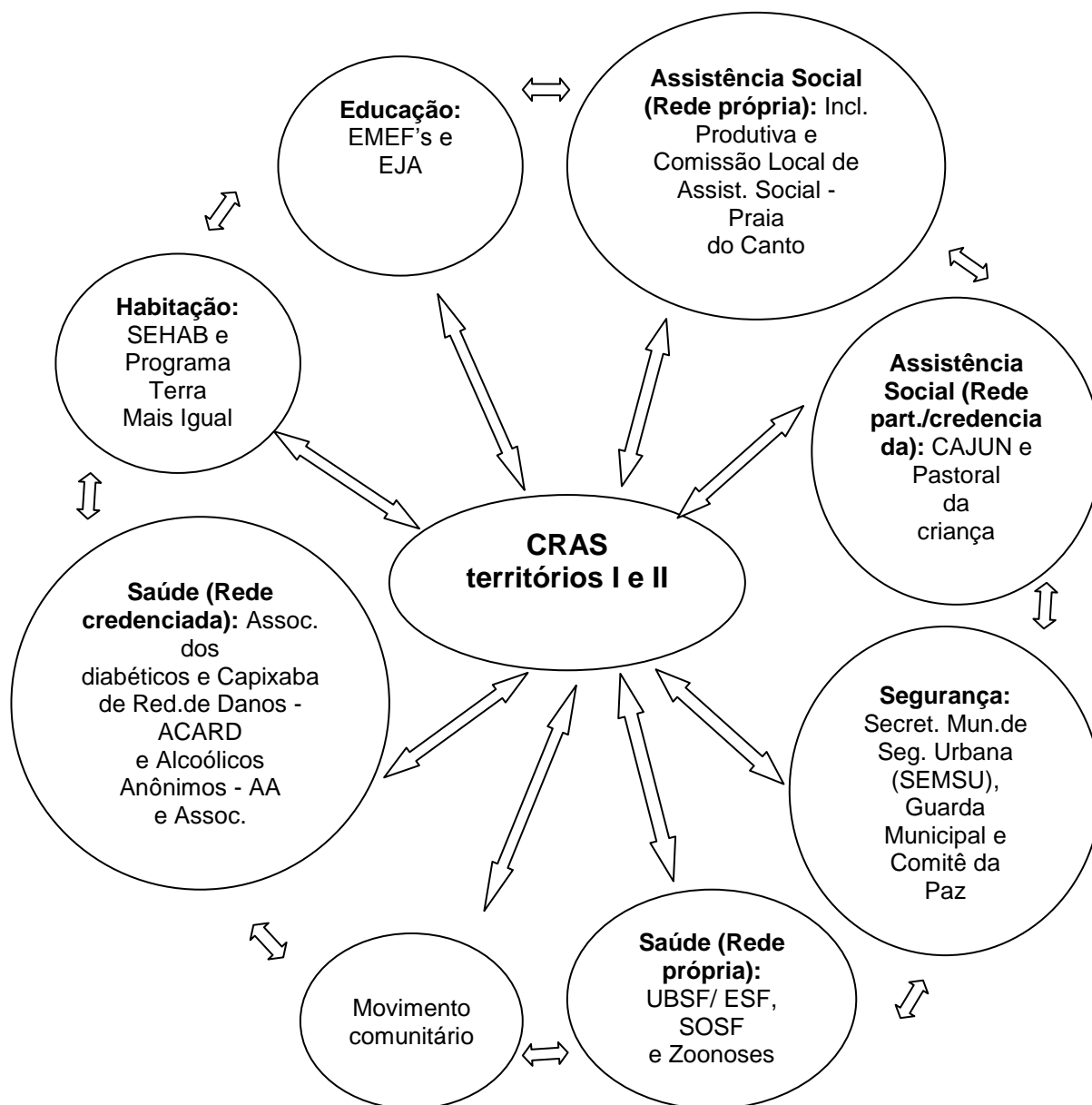


Figura 11 - Instituições participantes das reuniões da Rede Socioassistencial da Região São Pedro. Fonte: Relatórios trimestrais qualitativos do CRAS e relatórios das reuniões da Rede. Sistematização da pesquisadora.

Segundo os técnicos, um outro exemplo de realização de ações intersetoriais é a Câmara Territorial (CT). Segundo dados da PMV, as Câmaras Territoriais foram criadas a partir de 2007, nas oito regiões da cidade de Vitória/ES. Reúnem, mensalmente, os gestores locais de equipamentos públicos, programas e projetos implementados em

cada região, como diretores de unidades de saúde, escolas, administradores de parques municipais e outros, com o objetivo de debater a aplicação das políticas públicas no plano local. A CT objetiva, portanto, a **integração e articulação das ações desenvolvidas pela Prefeitura por meio de suas secretarias, coordenadorias e regionais, favorecendo a cooperação e a integração de projetos estratégicos de inclusão social, possibilitando dessa forma um avanço na integração das políticas públicas**. As reuniões realizadas, mensalmente, têm as datas e locais definidos pelos presidentes de cada Câmara Territorial dos territórios de abrangência do CRAS (figura nº 12).

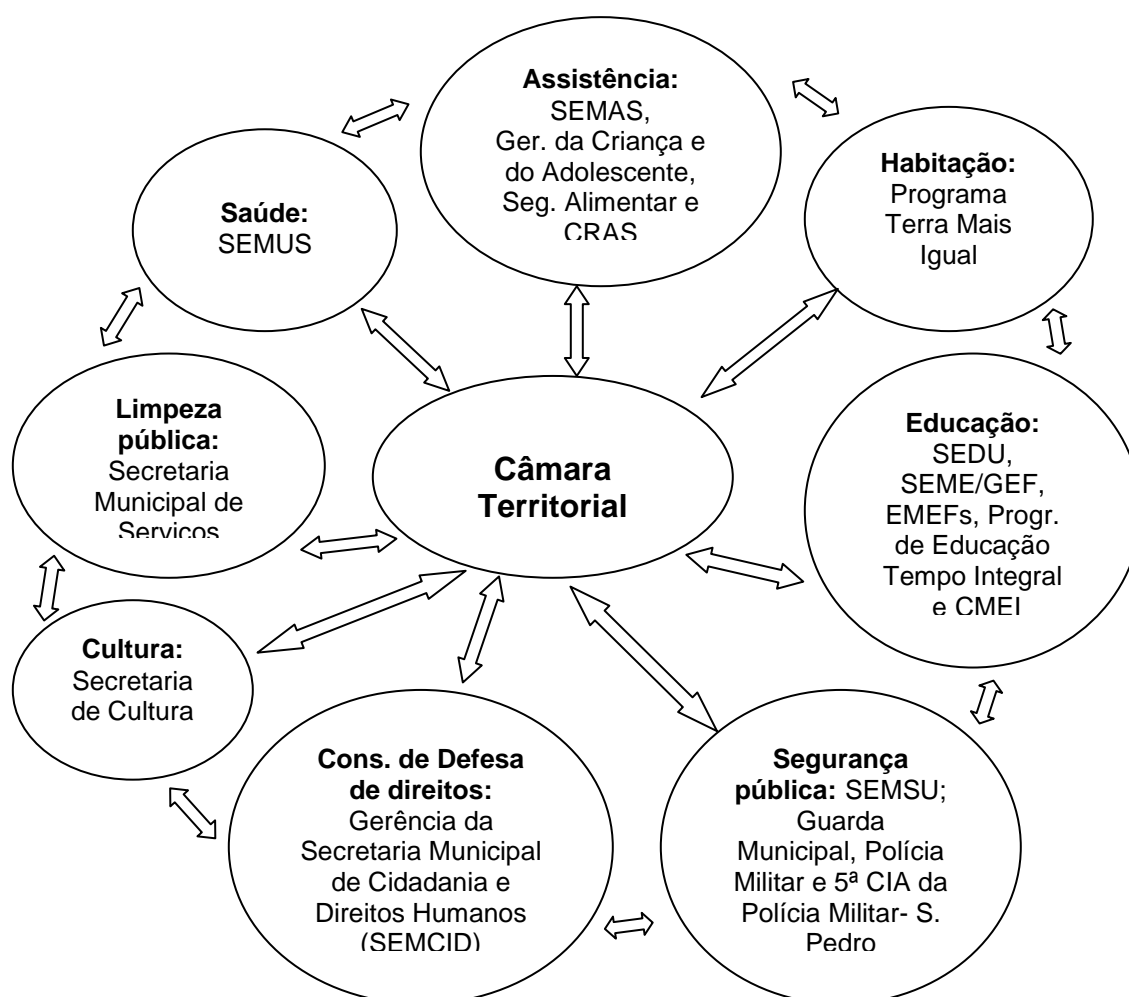


Figura 12 – Instituições componentes da Câmara Territorial da Região São Pedro.
Fonte: Relatórios trimestrais qualitativos. Sistematização da pesquisadora.

A CT é considerada pelos entrevistados como um exemplo da efetivação da intersetorialidade por conseguir realizar ações em conjunto que beneficiam o território de São Pedro.

*“Na verdade, quando fala intersetorialidade a **gente lembra da Câmara** porque é essa proposta intersetorial [...]” (EIPAIF 1).*

Como exemplo de ações articuladas, os técnicos citam a conquista de uma nova linha de ônibus para Santo André, conserto do bebedouro e atendimento da demanda relacionada ao horário integral para as crianças. O relatório trimestral qualitativo de abril a junho de 2010 traz o registro de algumas reuniões da CT e, numa delas há o destaque para as demandas solucionadas: 1) conserto do bebedouro do Parque Bahia Noroeste; 2) Segurança do Parque para os usuários; e 3) transporte para os alunos do tempo integral (VITÓRIA, 2010b). Conforme podemos observar, os problemas resolvidos se referem à dimensão imediatista, em comparação à argumentação identificada em sua defesa que afirma que a intersetorialidade é uma estratégia de resolução de problemas complexos.

Essa capacidade de resolutividade da Câmara se evidencia na fala de um dos técnicos do CRAS:

“a Câmara que decidiu, foram dados os encaminhamentos, e os encaminhamentos foram efetivados, porque aconteceram as mudanças” (EIPAIF 2).

Outra ação discutida na CT foi o tema gravidez na adolescência, considerada uma questão a ser trabalhada através de campanhas educativas e mobilização da Rede Socioassistencial (relatório trimestral qualitativo, 2007) e que culminou com a realização de oficinas e outras atividades voltadas para crianças, adolescentes e jovens, organizada e realizada em parceria com a Saúde e a Educação. O tema foi retomado pela CT em 2008, e várias propostas de ação foram levantadas, as quais foram operacionalizadas, tais como: a) trabalhar a temática através do “Risco Social” em parceria com as escolas; b) criação de um calendário para visitas às unidades de saúde, pelas escolas; c) operacionalização do tema pela unidade de saúde e escola; d) criação de um marco da gravidez na adolescência na cidade de Vitória/ES - (07/04) dia

Mundial da Saúde/Gravidez na Adolescência; e) distribuição de informativos nos espaços das escolas; g) a realização de um trabalho de conscientização; h) montagem de cronograma a fim de que todos os alunos adolescentes sejam atingidos pelo tema (VITÓRIA, 2008a).

Como resultado, ocorreu o lançamento oficial da “Campanha Gravidez na Adolescência na região da Grande São Pedro” (VITÓRIA, 2008b) e oficinas pelo CRAS, em conjunto com as EMEFs.

Segundo os técnicos, a CT tem se constituído uma instância de aproximação e conhecimento dos equipamentos de proteção social disponíveis no território. Além disso, o diálogo entre os vários gestores permite a troca de experiências, o conhecimento das ações desenvolvidas por cada secretaria dentro do território, bem como a disseminação de informações. Como estratégia de gestão, a CT tem facilitado, segundo os técnicos da CRAS, a articulação entre os setores para a resolução dos problemas existentes no território de São Pedro.

Em relação à articulação intrainstitucional, os técnicos citam o **Coletivo de Proteção Social** (CPS), originado pela Câmara Territorial, que objetiva promover, debater e propiciar ações integradas entre as equipes técnicas dos diferentes programas da SEMAS. Participou do desenvolvimento das ações da “Campanha Gravidez na Adolescência”, na qual os técnicos do CRAS, em conjunto com o SOSF elaboraram o material a ser apresentado nas oficinas no primeiro momento da Campanha (VITÓRIA, 2008b).

Conforme vimos, o planejamento das ações desenvolvidas pela equipe do CRAS envolve outros setores:

1 **Educação:**

a) **Por demanda do PBF** de atualização dos dados cadastrais dos beneficiários e devido ao acompanhamento do cumprimento das condicionalidades pelas famílias referenciadas no CRAS;

b) **Trabalho sobre gravidez na adolescência** – dia D da gravidez – realizado em parceria com a saúde e educação na forma de oficinas e outras atividades feitas nas escolas com crianças, adolescentes e jovens; e

c) **EJA** – cessão de espaço para o desenvolvimento das aulas, ministradas para as famílias referenciadas ao CRAS.

2 **Meio ambiente:**

a) Articulação com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SEMMAM), por meio do PROJovem que realizou atividades relacionadas ao meio ambiente nos diversos parques de Vitória/ES;

3 **Habitação**

a) Acompanhamento de demandas relacionadas a problemas habitacionais;

4 **Saúde:**

a) **Por demanda do PBF** parceria com as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) de Santo André e Ilha das Caieiras – agentes de saúde – para atualização de cadastro. A parceria continuou com a realização de reunião para estabelecer um cronograma das ações socioeducativas da prática intitulada “trabalhando as condicionalidades com uma metodologia intersetorial” a serem desenvolvidas no decorrer do ano de 2010;

b) palestra realizada pela fonoaudióloga da UBSF de Santo André, na Oficina de Teatro e Coral;

c) realização de atividades físicas com os grupos do CRAS, inicialmente, com o grupo da terceira idade;

d) Grupo horta caseira;

e) visitas em conjunto com as UBSFs, de buscas ativas, cujo objetivo é a localização das famílias, no caso do Bolsa Família por exemplo, para informá-las e orientá-las sobre a importância de manter seus dados cadastrais atualizados.

“Às vezes a gente faz, realiza visita junto com a unidade de saúde, entendeu? Já realizei várias quando estava aqui, [...] não só com o Técnico da UBSF (Santo André), com as outras unidades” (PAIF 2)

Para que as ações do CRAS sejam realizadas, os profissionais buscam articular-se com outros setores. Entre os setores buscados pelo CRAS, para a realização de articulações, destaca-se a saúde. Mas, e esse encontro com a saúde, requeria olhar pela lente dos técnicos da UBSF.

4.1.2 A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São Pedro V e a ação intersetorial

A UBSF de São Pedro V, situada em nova Palestina, iniciou o atendimento a população do território em meados de 1998, 1999, com a implantação do PACS e, posteriormente, com a implantação da ESF (com três equipes, naquele momento) na Região São Pedro.

Atualmente, na UBSF de São Pedro V, a composição das equipes da ESF é a seguinte:

Composição da equipe da ESF de São Pedro V					
NASF (Equipe Odontológica)	Equipe 1	Equipe 2	Equipe 3	Equipe 4	Nº de famílias atendidas
1 Assistente Social	1 enfermeira	1 enfermeiro	1 enfermeira	1 enfermeiro	Cerca de 10.000 a 12.000 pessoas ⁸⁷
1 Psicóloga	1 médica	1 médica	1 médica	1 médica	
1 Farmacêutica	4 ACS	5 ACS	3 ACS	5 ACS	
1 Pediatra	3 auxiliares de enfermagem	3 auxiliares de enfermagem	2 auxiliares de enfermagem	3 auxiliares de enfermagem	
1 Ginecologista*					
1 Sanitarista					

* (matriciamento - atende as quatro unidades da região de São Pedro)

Quadro 6 - Composição das equipes da ESF da USF São Pedro V.

Fonte: UBSF de Santo André. Sistematização da pesquisadora.

Além dos técnicos das equipes da ESF, a UBSF é composta ainda pelos seguintes profissionais: 1 gerente da unidade de saúde (coordenador), 4 assistentes administrativos, 1 auxiliar de farmácia, 1 laboratorista - única profissional em contrato de trabalho direto pela PMV, 1 auxiliar de suporte operacional, 2 auxiliares de serviços gerais - empresa terceirizada (higienização) e 4 vigilantes em escala - empresa terceirizada.

Em relação ao acompanhamento das famílias, segundo a Norma 648/2006 cada ACS deve acompanhar 750 pessoas. A composição das equipes da ESF da UBSF São Pedro varia de 7 a 10 pessoas em cada equipe. A UBSF São Pedro V abrange os bairros de Nova Palestina e Conquista, e atende ainda, famílias do bairro de Redenção - cerca de 1.500 pessoas - e uma porção menor de Resistência.

Para que as equipes desenvolvam o seu trabalho, a Região de São Pedro foi dividida, geograficamente, em microáreas. Cada equipe atende de 4 a 5 microáreas. E a equipe do NASF apóia as equipes da ESF no desenvolvimento das atividades.

⁸⁷ Segundo levantamento realizado na USF de Nova Palestina.

Em relação ao planejamento das ações, os técnicos da Unidade seguem o Plano Municipal de Saúde⁸⁸, com vistas a atingir suas metas e indicadores. Nos Planos Municipais 2006-2009 e 2010-2013, a organização das ações de saúde no município indicam a priorização da intersetorialidade. Sua realização está prevista, principalmente por meio do Comitê de Políticas Setoriais (CPS), instância estabelecida no novo modelo de gestão da Prefeitura de Vitória/ES, onde devem ser debatidas e deliberadas ações e operações dos programas prioritários de governo em caráter intersetorial e transversal (VITÓRIA, 2005a). A própria administração municipal prevê a intersetorialidade como uma de suas principais estratégias de gestão (VITÓRIA, 2005a).

No Plano Municipal de Saúde 2010-2013 a intersetorialidade está prevista. Em relação aos compromissos para esse período, a intersetorialidade encontra-se inscrita no item objetivos, diretrizes e metas a serem atingidos em relação à promoção da saúde, onde se lê: “Implantar a Campanha intersetorial de Orientação sobre sexualidade responsável na adolescência e ampliar as ações intersetoriais de controle do tabagismo em 100% dos territórios de saúde” (VITÓRIA, 2009e). A ação intersetorial está prevista, mas, isso não garante que ela será prontamente realizada.

Ao compararmos as falas dos profissionais entrevistados com as metas e objetivos a serem atingidos via intersetorialidade, percebemos as contradições: primeiro, a intersetorialidade está inscrita no Plano de Saúde do Município, mas isso só não basta, não significa que ela irá ser efetivada com facilidade.

“Quem vive aqui em baixo aqui [refere-se a parte plana do bairro], participam mais do grupo aqui, de adolescentes. Os [...] do morro não podem estar descendo” (GFESF 6).

Um dos empecilhos encontrados para a efetivação das ações intersetoriais pelos técnicos da UBSF de São Pedro V é a violência. Conforme, a fala dos técnicos, as ações desenvolvidas pela Unidade não conseguem atingir o número total de adolescentes residentes no bairro devido aos conflitos entre as gangues que atinge os que residentes do bairro, mas, em especial os que vivem nas partes altas (nos morros), por causa das rixas entre as gangues.

⁸⁸ Disponível no site da Prefeitura Municipal de Vitória (<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php>).

A falta espaço para o desenvolvimento das atividades previstas e planejadas pela equipe também obstaculiza a efetivação da intersetorialidade. Esse é um ponto em comum nas falas dos profissionais da ESF:

*“a gente **não tem assim espaço pra fazer um trabalho mais bonito**, um trabalho mais desenvolvido para aqueles meninos, pra inventar assim, um esporte pra eles, [...] a gente **não tem espaço nem pra reunir os adolescentes**” (GFESF 1).*

A outra dificuldade com a qual os técnicos da ESF se deparam é o número reduzido de profissionais. No discurso desses profissionais se percebe o desejo, a vontade de realizar as ações intersetoriais, mas é reduzido o número de profissionais em relação à demanda a ser atendida.

*“Não dá, não dá certo não, não tem oportunidade, não tem local, **não tem gente pra poder ajudar** (GFESF 1).*

Voltando ao Plano Municipal de Saúde (2010-2013), não há, nesse documento, menção à intersetorialidade entre Saúde e Assistência Social. Apenas encontra-se em seu interior que a intersetorialidade está inscrita no modelo de gestão municipal – eixo desenvolvimento sustentável com inclusão social e na implementação do Comitê de Políticas Sociais.

Não há elaboração de um plano anual a ser desenvolvido pelos profissionais das UBSF. Com base no Plano Municipal, realizam-se reuniões mensais com as equipes da ESF para planejarem ações para o atendimento das demandas espontâneas e/ou para atingir metas que ainda não foram atingidas (como por exemplo, rubéola, aumento do índice de dengue, etc).

As principais ações realizadas pelas equipes da ESF são: atendimento a hipertensos, diabéticos, a adolescentes, pré-natal, puericultura (crianças de 0 a 2 anos). Dentre essas ações, destacam-se as atividades desenvolvidas nas escolas, como o “Dia de saúde na escola”, “Saúde integral do adolescente na escola” e capacitação de alunos para serem multiplicadores de saúde, com a Técnica de Higiene Bucal (THD).

Os principais parceiros da ESF tem sido as Escolas, o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), o CAJUN, o movimento comunitário, a pastoral da saúde, a creche, o Programa Terra Mais Igual, a Secretaria de Meio Ambiente (SEMMAM), os agentes de controle ambiental da dengue, o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), FAESA, Companhia Docas do Espírito Santo (CODESA), Circuito Cultural, SESI (Cozinha Brasil) – parcerias provocadas por demandas levadas a esses setores, com também trazidas por eles à ESF, conforme figura abaixo.

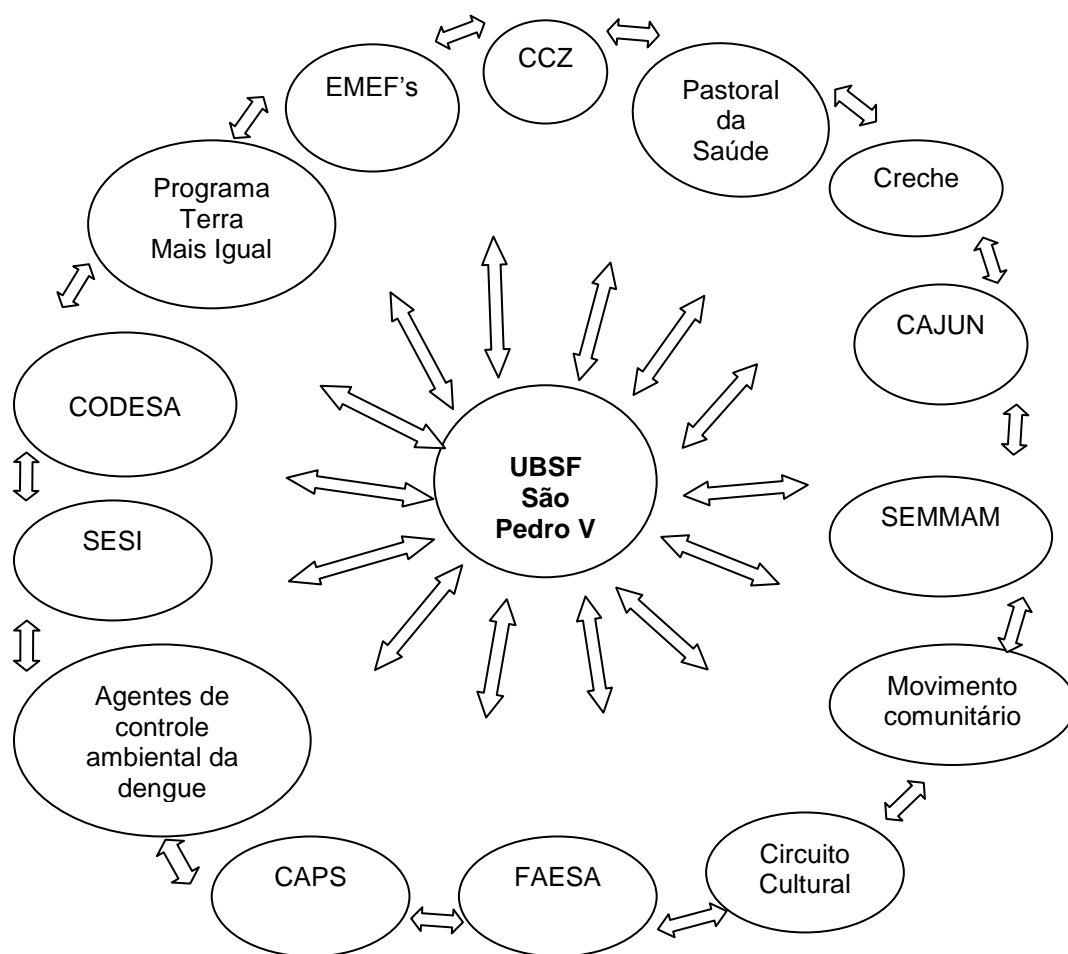


Figura 13 - Principais parceiros da ESF em Nova Palestina.
Fonte: Grupo Focal e Entrevista individual. Sistematização da pesquisadora.

As articulações da ESF com outros setores são realizadas através de palestras, encaminhamentos, acompanhamento de casos e parcerias para conseguir alimentação

e ônibus para realização de passeios, microfones para eventos e divulgação de atividades da UBSF de São Pedro V. A articulação com o CRAS ocorre por meio de demandas da Unidade para o CRAS e vice-versa – contatos com a psicóloga e com a assistente social.

Para a realização de atividades com outros setores não há a realização de planejamento conjunto entre os setores, segundo os técnicos das ESF.

Como exemplo de planejamento conjunto e desenvolvimento de ação intersetorial, os técnicos da ESF, assim como os do CRAS, citam a Câmara Territorial (CT). Entre as ações intersetoriais realizadas pela CT, falam do desenvolvimento de atividades sobre o tema “gravidez na adolescência” – ação também foi citada pelos técnicos do CRAS como exemplo de uma das ações intersetoriais realizada pela Câmara, considerada o espaço de planejamento e efetivação da intersectorialidade:

“porque no caso [...], dessa Câmara Territorial que eu te falei, o CRAS também participa, [...], todos os gestores do território. Então, assim, lá eu acho que a gente consegue fazer melhor a intersectorialidade, até porque aquele espaço é para isso. Porque como as pessoas estão lá, você consegue, você se compromete, com as situações” (EIESF 1).

O objetivo das câmaras é viabilizar a integração das equipes, propor ações a serem implementadas de forma compartilhada, visando ao enfrentamento de uma determinada problemática ou especificidade local. Além a Câmara territorial, há o Comitê Gestor de Diretores das Unidades de Saúde (COGER) da Região São Pedro, que agrega também Santo Antônio, no qual se reúnem, quinzenalmente, os diretores das UBSFs para planejarem ações a serem desenvolvidas no território. Em caso de necessidade de articulação com outros setores, os mesmos são convocados para participarem das reuniões, afirmam os técnicos. Entretanto, não foi mencionada nenhuma reunião ou ação do COGER que envolvesse participação de outro setor.

A articulação intersectorial não é processo fácil de ser realizado, segundo os profissionais das equipes da ESF, devido aos vários problemas por eles enfrentados. Uma fala que se repetiu nas quatro equipes da ESF, no desenvolvimento do grupo focal, foi a questão da grande demanda por atendimento:

“mas eu acho que esse São Pedro V tinha que ser redividido no meio. [...] As médicas não dão conta de trabalhar. [...] tem quatro médico aqui e não dão conta dessa população, é gente demais, é de manhã cedo, é meio-dia, é de tarde, é de noite, feriado, e tá fechando e tá chegando gente e, é aquela confusão (os colegas falam junto concordando), é aquela confusão. [...] Aqui tinha que ter um médico pra atender de manhã até meio dia, só pra atender as demandas, pra deixar as médicas trabalhar na equipe, trabalhar com PSF e, o outro médico pra trabalhar à tarde pra atender a demanda: a febrezinha, os os enjôos (a equipe concorda com a fala) [...]. [...] precisava disso pra deixar as quatro equipes trabalhar com PSF, senão [...] nunca vai ter PSF aqui, nunca vai ter (desabafa). [...]. E todo dia tem uma fila de manhã cedo para o atendimento, como é que as médicas vão atender, fazer um preventivo, as enfermeiras vão fazer uma ação, se tem um monte de coisa pra, pra elas estarem olhando? (alguém tosse) Tinha que ter dois médicos pra dar assistência, um de manhã e outro à tarde, semana toda, fora os médicos do PSF. [...] eu acho muita gente aqui, pra quatro equipe. A população é grande” (GFESF 1).

A demanda por atendimento dificulta o trabalho que, segundo os técnicos, deveria ser realizado: desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como também de integração com outras instituições e organizações sociais, em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias. Mas, segundo eles, o empecilho para que isso ocorra é o fluxo a ser atendido.

*“[...] a demanda é muito grande, pra o que a gente tem que fazer. Os auxiliares ficam muito presos na unidade sem poder fazer [...], que é as visitas domiciliares. Porque, tem o Bolsa Família, tem não sei o quê, e eles ficam aqui. É por causa disso. E a gente fica, e os agentes de saúde ficam à mercê, sem visita. Porque a unidade aqui é pequena, a população é muita, pra essa equipe. Nós somos em poucos. Eu acho que tinha que ter mais uma equipe, que já tá passando de duzentas famílias, a gente não dá conta! Um monte de neném nascendo. Então assim, a gente tem que rever muita coisa. Pra gente conseguir fazer o PSF, que ainda não foi, onze anos, mas **nós não conseguimos ainda fazer o PSF**” (GFESF 13).*

O fluxo de pacientes a serem atendidos obstaculiza, segundo os profissionais, a realização das ações de promoção da saúde. Assim afirmam:

“o PSF fica reduzido ao pronto-atendimento” (GFESF 14).

“[...] a gente não faz prevenção, a gente faz tratamento” (GFESF 3). .

Diante dessas dificuldades, o desenvolvimento de ações intersetoriais também fica comprometido.

Em relação à proposição de ações intersetoriais, da ESF com outros setores, o destaque é para o grande empecilho:

“já propuseram de tudo quanto é jeito, vem e faz reunião, faz e desfaz e depois faz tudo de novo, na mesma hora que vai fazer aquilo não tem jeito, depois aquilo acaba em nada, [...] não tem como, é muita gente aqui, é gente [...] de segunda a sexta” (GFESF 1).

Um outro dificultador do trabalho dos profissionais e do trabalho intersetorial é a falta de funcionários:

“são três auxiliares, uma enfermeira e um médico, sendo que uma auxiliar fica presa (várias pessoas falando ao mesmo tempo) na sala de vacina, não pode sair pra nada, [...]. A outra fica presa no curativo. [...] Outro fica preso pra medir pressão, outro na sala de injeção” (GFESF 1⁸⁹).

Consideram a importância da articulação com os outros setores, mas as dificuldades inibem e até impedem a articulação, pois as demandas precisam ser atendidas, não podem deixar de ser atendidas.

“Tem que atender!” (GFESF 4).

A sobrecarga de problemas que vem para a Saúde, adoce quem trabalha no setor, fala que se mostrou recorrente nos grupos focais. Essas falas destacaram muito mais as dificuldades enfrentadas pelas equipes e demais profissionais da Saúde com o desenvolvimento do próprio trabalho (população superior à capacidade da UBSF, falta de profissionais, falta de espaço físico) do que o planejamento e execução das ações. A ênfase das falas foi nas dificuldades e não no planejamento das ações.

Os problemas que atingem a Região São Pedro e que demandam respostas não só da Assistência, mas também das demais políticas públicas e sociais, são reflexos do contexto sócio-histórico brasileiro. Historicamente apenas um pequeno grupo esteve

⁸⁹ A fala desse técnico (a) repete-se várias vezes porque foi o que conseguiu vocalizar o que o grupo queria dizer, mas não conseguia. No grupo focal, os colegas concordavam e reafirmavam as falas destacadas nessa dissertação.

inserido no mercado formal de trabalho, tendo acesso aos direitos a ele vinculados e, sua principal marca foi a pobreza que “só vem aumentando sob o efeito conjugado de recessão econômica, reestruturação produtiva e desmantelamento dos serviços públicos” (TELLES, 2001, p. 118).

Na Região São Pedro, portanto, se verifica essa realidade. É a região que apresenta a menor renda (segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 63, 2% dos responsáveis pelos domicílios tinham uma renda de até 2 salários mínimos), menor quantidade de domicílios (7.525, segundo dados do IBGE), menor número médio de banheiros (1,01), menor percentual de domicílios atendidos por abastecimento de água (99,00%), tratamento de esgoto (92,80%) e coleta de lixo (98,90%), menor média de anos de estudo (5,09) e um dos maiores índices de morte por violência (BASTOS, 2009).

Um levantamento de informações realizado pelos técnicos do CRAS a respeito da situação social de seus beneficiários, confirma os dados acima. Os achados da pesquisa mostraram que as famílias que procuram o CRAS são atingidas por: dependência química, problemas habitacionais, filhos fora da escola, filhos em situação de rua, violência doméstica, conflitos familiares, desemprego, subemprego, falta de documentos, trabalho infantil, fome, violência sexual, gravidez na adolescência e adolescentes em conflitos com a lei (VITÓRIA, 2009d). Esses dados mostram a necessidade da intersetorialidade entre as políticas públicas e sociais, pois estes são problemas que não dependem apenas e exclusivamente da ação do CRAS ou da saúde para sua resolução. Os problemas apresentados demandam a intervenção, além das duas políticas, também da habitação, educação, segurança pública, trabalho, alimentação, entre outras.

Na UBSF de São Pedro V os problemas que chegam referem-se a desnutrição, violência e falta de renda. Para os técnicos, o problema em São Pedro

“é mais social, mas que virou problema de saúde” (GFESF 3).

Para eles, são levados à unidade de saúde problemas que não seriam específicos dela (desnutrição, enfermidades relacionadas à violência). Essa é uma fala comum entre os técnicos da ESF: A saúde não dá conta de resolver sozinha os problemas de saúde, porque estes estão ligados a outras áreas também:

*aí você vai perguntar se se tem alguns cuidados, não tem cuidado nenhum, porque não tem **não tem renda, não tem fonte de renda nenhuma, não tem fralda, não tem roupa, não tem lençol, não tem não tem material.** É, mão de obra humana tem pra trabalhar, às vezes a gente vai lá ajudar, mas não tem material mesmo: lençol, coisas limpas pro paciente ter um mínimo de higiene. Cada vez que você vai lá e faz um curativo, invés de você ver ele melhorar, você vê piora, e muito mais. **Ou seja, está mais voltado pro lado social, do que uma questão praticamente da saúde. Se o problema social fosse resolvido, 70% do problema dele amenizaria.** É o que acontece muito aqui em São Pedro (GFESF 3).*

Os problemas que chegam às ESF são problemas e necessidades cuja solução, não depende só do setor saúde, mas relacionam-se a outras áreas, como por exemplo, à Assistência Social, ao Trabalho, à Educação e à Alimentação.

Algumas articulações foram realizadas com o CRAS. São elas: reinserção de sujeitos nas suas famílias, coletas de informações sobre as famílias (se recebem algum benefício, cesta básica), moradia em local de risco, problemas considerados sem solução (pessoas que moram sozinhas e em situação de extrema precariedade), desenvolvimento de palestras sobre alimentação alternativa e Bolsa Família. Segundo os técnicos, essas ações ocorreram em articulação com o CRAS, “mas tem muitos anos”, ou seja, num passado distante, hoje não ocorre mais.

Um das dificuldades citadas recorrentemente pelos técnicos da ESF nos grupos focais, que favoreceram a não articulação da ESF com o CRAS, foi a mudança de referência de Santo André para Resistência. Segundo eles, o CRAS de Resistência fica muito longe, num local de difícil acesso por causa do morro:

“é um morrão grande” (GFESF 5),

“[...] é um local de difícil acesso [...] tem que subir aquele morro todo, e depois descer lá em baixo” (GFESF 6).

Por isso eles afirmam que “tem muitos anos” que desenvolveram ações conjuntas com o CRAS.

4.1.3 Intersetorialidade: o que (não) temos!

A intersectorialidade, na concepção dos técnicos do CRAS, diz respeito a: a) integralidade de ações ou seu sinônimo (responsável pelo atendimento integral às famílias); b) articulação entre as políticas públicas; c) integração entre as várias secretarias, entre as várias instâncias; d) manutenção da comunicação entre os diversos equipamentos, e; e) integração de serviços.

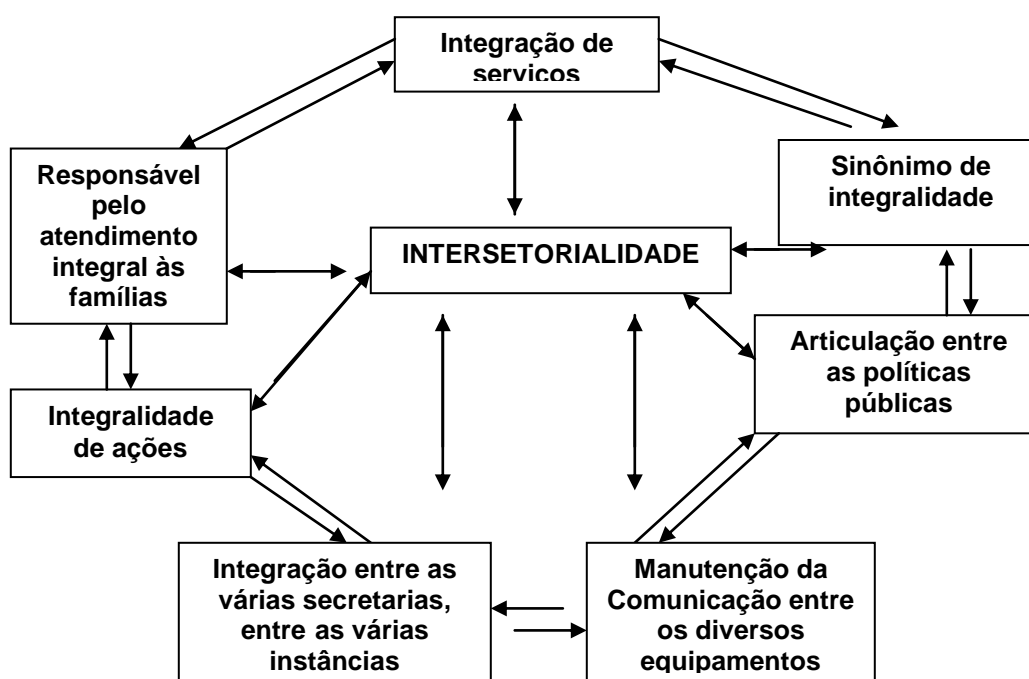


Figura 14 - Concepção dos técnicos do CRAS acerca da intersectorialidade. Fonte: Grupo focal e entrevista individual. Sistematização da pesquisadora.

Os profissionais da ESF concebem a intersectorialidade como:

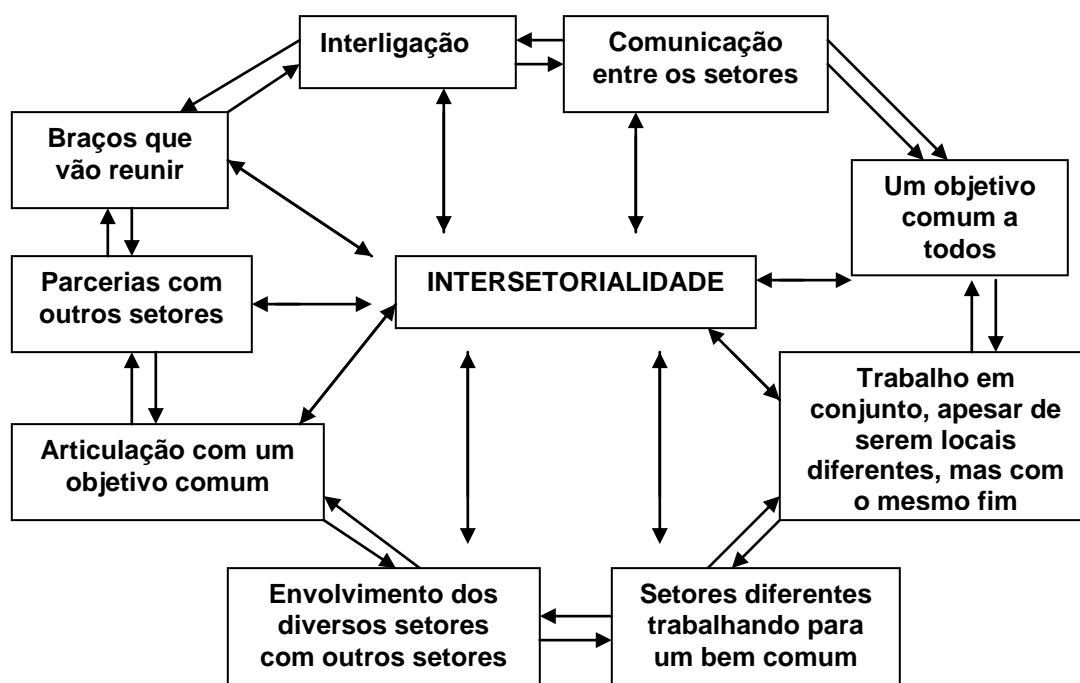


Figura 15 - Concepção dos técnicos da ESF acerca da intersectorialidade.
 Fonte: Grupo focal e entrevista individual. Sistematização da pesquisadora.

A intersectorialidade também é concebida pelos técnicos da ESF, como:

- Um princípio do SUS;
- Sinônimo de interdisciplinaridade;
- Encaminhamentos;
- Referência e contrarreferência.

Foi possível identificar fatores facilitadores da intersectorialidade, tais como a proximidade:

"[...] apesar de a gente estar num território com quase doze mil pessoas, nós somos um território pequeno, eu estou aqui do lado da Associação de Amigos, do lado do Centro Comunitário, do lado da escola, do lado da creche. Eu não ando cinco minutos pra chegar nos lugares. Então, a gente consegue ir, estar junto, estar próximo, conversando" (EIESF 1).

E ainda a presença do assistente social na Unidade, considerada por eles como "uma ponte" para a articulação com os outros setores.

Entretanto, a lista de elementos dificultadores do processo de desenvolvimento da ação intersetorial é bem maior que a de facilitadores.

Fatores que dificultam a intersetorialidade		Facilitadores da intersetorialidade	
ESF	CRAS	ESF	CRAS
Falta de compromisso	Falta de compromisso	A proximidade local	
Falta de conhecimento das ações que os outros setores desenvolvem	Espaço físico inadequado	A inserção do Assistente Social na unidade de saúde de São Pedro V	A inserção do Assistente Social na Saúde
Falta de diálogo entre ESF e CRAS	Grande demanda por atendimentos		Envolvimento dos profissionais
Distância e dificuldade de acesso	Falta de recursos humanos		O acompanhamento real das famílias atendidas
Falta de feedback dos outros setores	Falta de diálogo entre os setores		A referência e contrarreferência
Desconhecimento dos serviços da própria rede territorial	Falta de participação dos espaços que promovem a articulação intersetorial		
Espaço físico inadequado	Ausência de compreensão da importância da intersetorialidade, por parte dos outros setores		
Grande demanda por atendimentos	Cumprimento de protocolos, elaboração de relatórios		
Falta de recursos humanos			
Falta de diálogo entre as esferas governamentais (federal, estadual e municipal)			
Falta de comunicação dentro do próprio setor saúde			
População desconhece o que é o PSF			

Quadro 7: Dificultadores e facilitadores do processo intersetorial na perspectiva da ESF e do CRAS - território I.

Fonte: Entrevista individual e grupo focal. Sistematização da pesquisadora.

Entre os fatores restritivos e facilitadores da ação intersetorial, enumerados no quadro acima, nos chama mais a atenção é a grande demanda para ser atendida pelos profissionais do CRAS, ou seja, a equipe é composta por 7 (sete) técnicos, sendo 5 (cinco) assistentes sociais incluindo o coordenador, 1 (um) psicólogo e 1 (um) pedagogo, e o número de famílias referenciadas é de 4.000 (quatro mil), equivalendo aproximadamente a 571 famílias para cada técnico, um quantitativo superior ao que os agentes da ESF devem atender - de cento e oitenta (180) a duzentas (200) famílias.

Embora os técnicos tenham deixado transparecer em suas falas muito mais elementos dificultadores da ação intersetorial do que facilitadores, tanto os dados da entrevista e do grupo focal, quanto dos documentos, explicitaram que os profissionais do CRAS reconhecem a importância do desenvolvimento de trabalho conjunto e, têm se esforçado para isso. Reconhecem que no processo de planejamento e desenvolvimento dos trabalhos a ação intersetorial ocorre de maneira precária, primária, mas que estão caminhando para isso. É consenso entre os técnicos a importância da intersetorialidade, mas reconhecem que ela ainda é um desafio, dado em comum com os autores consultados. Os autores que estudaram experiências de intersetorialidade realizadas no âmbito da Saúde e da Assistência Social constataram que esse processo ainda está em construção. Nos estudos há mais destaque para os elementos dificultadores da ação intersetorial, assim como destacaram também os técnicos do CRAS e da ESF. Os estudos também mostraram que a intersetorialidade ainda é considerada um desafio.

Segundo os técnicos do CRAS, para que a intersetorialidade ocorra é necessário que os setores dialoguem entre si, se reconheçam e construam formas de trabalhar conjuntamente. Para eles, a intersetorialidade não ocorre efetivamente, enquanto planejamento, execução e avaliação conjunta da ação, nem ocorre de forma duradoura. Suas falas mostram que ainda há falta de diálogo entre os setores dificultando o desenvolvimento de trabalho conjunto. Essa dificuldade é resultado de uma cultura de setorialidade e de fragmentação das ações presentes historicamente no contexto brasileiro.

No CRAS, o processo mais duradouro de articulação intersetorial refere-se à implementação do Bolsa Família, motivado principalmente pelo acompanhamento das condicionalidades do mesmo. A intersetorialidade se ficar presa apenas às ações do PBF, pode fortalecer e efetivar a perspectiva do não-direito, da focalização, da seletividade e mercantilização das políticas sociais e desresponsabilização do Estado pela proteção social.

Além do Bolsa Família, outras iniciativas intersetoriais têm ocorrido com mais regularidade, segundo os técnicos, contemplando o processo de planejamento, execução e avaliação conjunta. São elas: a) o *Programa Terra Mais Igual*, responsável por acompanhar demandas referentes a habitação e acompanhamento às famílias inseridas nos grupos do PAIF e Grupo Cidadão, moradoras dos bairros de Nova Palestina, Resistência e Conquista e, b) o *Projeto Hortas Comunitárias*, ação do CRAS em conjunto com a Saúde, com o objetivo de trabalhar os hábitos alimentares visando à promoção da saúde, os cuidados com o meio ambiente, o incentivo ao cultivo e consumo de hortaliças e ervas medicinais, e geração de renda.

Nesse percurso foi possível apreender a existência da tentativa de desenvolvimento de ações intersetoriais por parte dos profissionais dos CRAS, mesmo que seja, segundo eles, uma intersetorialidade primária, precária, e realizada de forma pontual. É perceptível o esforço realizado pelos técnicos para que a intersetorialidade seja um processo contínuo em seu ambiente de trabalho. Já em relação à ESF, as dificuldades relacionadas à grande demanda por atendimento, falta de profissionais, espaço físico inadequado, obstaculizam o planejamento das ações, e principalmente, o planejamento intersetorial.

A análise dos relatórios de Gestão da Saúde no município de Vitória/ES – 2006 a 2009 – mostram o desenvolvimento de ações, consideradas pelos profissionais como intersetoriais, com a Educação (SEME e EMEFs), favorecidas pelos Programas Saúde do Escolar e Saúde do Adolescente, com a Secretaria de Estado da Justiça (SEJUS), Secretaria Municipal de Transportes (SETRAN), Assistência Social (SEMAS – NUCAVI, Centros de Convivência e Grupos de Convivência para a Terceira Idade e Bolsa

Família), com Ongs (Sociedade de Assistência à Velhice Desamparada de Vitória - Asilo dos Velhos – e ADRA).

No município de Vitória/ES, a intersetorialidade está contemplada tanto nos Planos Municipais de Saúde (2006-2009, 2010-2013) quanto no Plano Municipal de Assistência Social (2006-2009). Mas, mesmo constando nos planos municipais, a intersetorialidade não é tão fácil de ser operacionalizada, conforme vimos nos depoimentos e nos documentos analisados.

É consenso entre os profissionais entrevistados a compreensão de que a intersetorialidade ainda está em construção, ela ainda é considerada como um desafio. Em relação à ESF, um outro obstáculo, além dos já descritos anteriormente, que impossibilitam o planejamento dentro da lógica intersetorial refere-se ao fato de o trabalho da ESF estar reduzido ao pronto-atendimento, pois, “nem a interdisciplinaridade funciona”, ressaltam os técnicos.

Já em relação ao CRAS foram identificadas iniciativas de intersetorialidade: acompanhamento das condicionalidades do PBF, o Programa Terra Mais Igual, Projeto das Hortas Comunitárias e, as reuniões da Rede Socioassistencial que, tem buscado isso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos nosso percurso buscando saber se há intersectorialidade entre a Política de Saúde e a política de Assistência Social, no município de Vitória/ES. Como um caminho construído, o percurso envolveu pensar o sistema de proteção social brasileiro, a Seguridade Social e como a intersectorialidade é inserida nas políticas em foco.

Vimos que o sistema de proteção social brasileiro, que tem como marco a Seguridade Social (instituída com a promulgação da CF/88), teve suas particularidades ao se constituir, pois não se ancorou no pleno emprego e nem na expansão dos serviços sociais universais conforme ocorreu nos países capitalistas avançados. Além disso, a construção da Seguridade Social ocorreu num contexto adverso à expansão dos direitos sociais.

Na revisão de literatura e dos documentos analisados das políticas de saúde e assistência social após 1988, o princípio da articulação entre as políticas (nominado como intersectorialidade) não se materializou, entre outras razões, em face de não criação de um orçamento próprio. A seguridade social permaneceu setorializada (cada política com orçamento, características e dinâmica própria).

A setorialização aqui refletia um contexto marcado por altas taxas de lucros para o capital, recondução do papel do Estado – menos executor e mais gerenciador e financiador, redefinição na concepção e implementação das políticas social, perda de direitos conquistados e realização da privatização do bem-estar social.

A descentralização das políticas sociais implementada no Brasil distribuiu funções administrativas entre os níveis (federal, estadual e municipal) de governo. Diferentes formas de transferência de recursos e delegação de funções ocorreram do nível central para os municípios. Por outro lado, essa transferência de responsabilidades não possibilitou a construção de políticas locais autônomas. Ao contrário, o repasse federal é condicionado ao desenvolvimento de ações definidas ao nível central (recentralização

das políticas sociais). Nesse processo, a intersectorialidade aparece nos documentos associada à descentralização e à integralidade.

A intersectorialidade, pressuposto inscrito nas políticas de Saúde e de Assistência Social, e presente nas normalizações ora como integração ora como articulação, é sempre relacionada à dimensão técnica e operativa, como componente do processo de descentralização administrativa das políticas sociais. Ou seja, assume uma dimensão instrumental na qual os técnicos devem executar. Colocada como condição para a gestão eficiente dessas políticas, a intersectorialidade em sua dimensão instrumental requer, de gestores e técnicos, a organização das ações centradas na lógica de redes de base territorial.

Como ação política e técnica de articulação entre setores, esta não pode ser resumida a um componente da gestão, reduzindo-a a ferramentas da gestão. Por outro lado, a intersectorialidade em sua dimensão instrumental traz uma perspectiva linear e bipolarizada – ou presente ou ausente da cena política. E, como tal, responsabiliza os técnicos que executam as políticas sociais por sua implementação (ou não). Assim, intersectorialidade resume-se ao trabalhar junto com o outro setor.

No interior dos discursos dos técnicos da ESF e do CRAS de São Pedro a intersectorialidade apareceu aprisionada como desafio à operacionalização das políticas de Assistência Social e Saúde. Ou seja, a intersectorialidade aparece por sua ausência no trabalho cotidiano, representado nos discursos pelos entraves à execução de uma prática intersectorial e não por sua expressão concreta. Mas qual seria sua expressão concreta? Essa pergunta se fazia subliminar em nosso caminho.

Os dados mostraram que a intersectorialidade está prevista no Plano Municipal de Assistência Social de Vitória/ES e no Planejamento anual do CRAS. Nestes, ela aparece como **estratégia de gestão**, sendo defendida como uma necessidade para potencializar e **dinamizar os recursos**. Reforça a eficácia/eficiência das ações, evitando a pulverização de esforços da Prefeitura no desempenho de suas ações e, por outro lado, a contenção de gastos no âmbito do Estado. A intersectorialidade prevista

Plano Municipal envolve uma articulação intrainstitucional (outros setores da PMV) e interinstitucional (outros níveis de governo, ONG's etc).

Quase todos os grupos e ações do CRAS – exceto no caso dos benefícios eventuais – realizam suas atividades em articulações com outros setores. Entretanto, essas articulações ocorrem por meio de **encaminhamentos** aos serviços da rede sociassistencial do território e através do desenvolvimento de palestras.

Os temas abordados nas palestras referem-se a famílias idealizadas, extraído-se dessas o conteúdo de classe. Ou seja, desconsidera-se que essas famílias são pertencentes à classe trabalhadora e que portam a força de trabalho e só dispõem dela, sendo obrigadas a vendê-la como uma mercadoria qualquer, para sobreviverem. Entretanto, na atual fase de reconfiguração do capital, não conseguem ser inseridas no mercado formal de trabalho.

As atividades desenvolvidas no CRAS acabam focando o desenvolvimento de capacidades e habilitações, como é o caso da realização das oficinas, por exemplo, pois um dos objetivos das mesmas é a geração de renda. As ações desenvolvidas no CRAS, nessa concepção, contribuem para a responsabilização das famílias pela busca de sua própria inserção no mercado de trabalho e pelo seu próprio bem-estar como se sua condição de pobreza fosse resultado meramente individual e pessoal, e não um aspecto inerente ao modo de produção capitalista e às transformações sofridas pelo mesmo.

A intersectorialidade acionada pelos técnicos do CRAS (expressão de um desejo de concretização da Assistência Social como direito) colabora para a consolidação da individualização do bem-estar e não universalização da proteção social. Ou seja, ao contrário do que buscam, não contribuem para uma Assistência Social na perspectiva de redistribuição da renda, de direito social e de cidadania e de política pública.

Tanto nas falas dos técnicos do CRAS quanto nos documentos, três ações são consideradas por eles como intersectorialidade (planejamento, execução e avaliação conjunta): articulação com o projeto Terra Mais Igual, Projeto hortas caseiras e

acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Em relação ao PBF, a intersectorialidade – imposta pelas condicionalidades – deixa de problematizar as implicações do conceito de pobreza ali inscrito. O desenvolvimento de ações intersectoriais, nessa lógica de contrapartidas, reforça a perspectiva do não-direito (via políticas sociais) e sim da mercadorização (instância principal de regulação da vida social). A intersectorialidade, presa às ações do PBF, pode fortalecer e efetivar a perspectiva da focalização, da seletividade e da mercantilização das políticas sociais e de desresponsabilização do Estado pela proteção social.

Outros exemplos de intersectorialidade citados pelos profissionais do CRAS referem-se à Câmara Territorial e à Rede Socioassistencial. Mas como vimos, são espaços ainda em construção. A intersectorialidade na rede socioassistencial reveste-se do desejo – e dos esforços – dos técnicos do CRAS de criarem um espaço intersectorial, do interior do qual as ações intersectoriais emanariam. Mas, ao olhar para a dinâmica da rede, o que os técnicos apontam é a ausência de parceiros (outros setores) e do poder decisório limitado desse espaço. É essa característica que vai diferenciar a rede da Câmara territorial – o poder decisório dos gestores.

Segundo os profissionais do CRAS, para que a intersectorialidade ocorra, é necessário que os setores dialoguem entre si, se reconheçam e construam formas de trabalhar conjuntamente, o que ainda não ocorre de fato. Suas falas mostram que há falta de diálogo entre os setores dificultando o desenvolvimento de trabalho conjunto, resultado de uma cultura de setorialidade e de fragmentação das ações presentes historicamente no contexto brasileiro.

Em relação ao CRAS, há tentativa de desenvolvimento de ações intersectoriais por parte dos profissionais, mesmo que seja, segundo eles, uma intersectorialidade realizada de forma pontual. Há um esforço dos técnicos para que essa intersectorialidade seja um processo contínuo em seu ambiente de trabalho. Ou seja, há uma idealização desse trabalhar junto com outros setores – tido como algo bom – que resultaria na redução dos esforços gastos individualmente por cada setor. E aí, coloca-se a pressão posta ao

CRAS pela demanda do território e, por outro lado, a precarização do trabalho, a terceirização e a rotatividade dos técnicos que ali trabalham.

Em relação à ESF, a intersetorialidade está prevista nos planos municipais 2006-2009 e 2010-2013. Nos relatórios de gestão – 2009 a 2009 – está registrado a ocorrência de articulação da Saúde com outros setores: Educação, ONGs, Assistência Social. As articulações ocorreram para a realização de tarefas comuns: visitas, capacitações, oficinas e ações educativas. Mas, os relatórios não especificam como e de forma ocorreu a articulação. Não há registro detalhado sobre como foram o preparo, o desenvolvimento e a avaliação das ações desenvolvidas.

Na análise das falas dos técnicos da ESF o que predominou foi a ênfase nos entraves à realização da intersetorialidade à dinâmica do trabalho: grande demanda por atendimento no território, falta de profissionais, espaço físico inadequado. Estes aspectos obstaculizam o desenvolvimento do trabalho das equipes, e principalmente, um planejamento intersetorial. O tempo de trabalho é restrito ao atendimento do fluxo.

O planejamento das ações pelas equipes da ESF é atravessado pelos empecilhos ao desenvolvimento do trabalho – ou seja, não há planejamento. Todavia, ao limitar ao que não permite implementar a ação intersetorial, os técnicos deixam evidente outras dimensões inscritas em seu trabalho: a não implementação da atenção primária como preconizado pela Política de Saúde. Sem garantias de realização da atenção primária, a UBSF é o espaço de materialização de um fluxo de usuários muito superior à possibilidade de atendimento da Unidade. Nesse processo, há uma classificação dos problemas trazidos pelos usuários, que se aglutina em dois pólos excludentes: da saúde ou da assistência social. Os problemas classificados como sociais (e, portanto, não da saúde) circunscrevem-nos à pobreza. Como um problema individualizado, centralizado nas características e comportamento dos pobres, espera-se da Assistência Social instrumentos para ajudar na construção de 'habilitações' que tornarão esses indivíduos inseríveis no padrão de sociabilidade contemporânea (uma sociedade de troca, de mercado, com dimensões globalizantes). Ou seja, a ação é de encaminhamento – transferência de algo não específico da saúde. Para os técnicos,

pobreza é algo que não faz parte da saúde, mas da Assistência Social. Não vislumbram que demandas de saúde usualmente trazidas pelos usuários se encontrem na fronteira entre os problemas da vida e as doenças propriamente ditas. Ou seja, requer de seus técnicos disponibilidade para demandas e necessidades que requerem uma articulação em rede com instituições da comunidade.

Subjaz aqui alguns aspectos que técnicos do CRAS (Assistência Social) e da UBSF (Saúde) não problematizaram: o diálogo se faz a partir dos conceitos de Saúde, Assistência Social, pobreza e política social. Sem explicitar esses conceitos, o pobre – usuários do CRAS e da ESF – é alvo de ações (des)articuladas que não evidenciam esse embate: que está lá no interior das ações que se quer articular, mas que não está explícito no discurso os técnicos – seja porque não se quer ver, seja porque não se pode ver (considerando a matriz teórica utilizada na reflexão desses técnicos).

Como vimos, no município de Vitória/ES, a intersectorialidade está contemplada tanto nos Planos Municipais de Saúde (2006-2009 e 2010-2013) quanto no Plano Municipal de Assistência Social (2006-2009). Mas, não é a presença nos planos municipais que fará com que a intersectorialidade seja operacionalizada, pois esta vincula-se ao contexto histórico, econômico, político e social. Ela é um desafio aos técnicos na operacionalização das políticas de Saúde e de Assistência Social, pois requer pensar essa ação inscrita no balanço analítico dessas políticas. Ou seja, requer transcender a ação cotidiana.

Sem essa análise, e no voluntarismo da ação, os técnicos buscam se articular com outros setores, que se dá ao nível dos encaminhamentos, realização de visitas, oficinas e palestras – ou seja, aquilo que está ao alcance diário de suas ações. Não há um processo de planejamento, desenvolvimento e avaliação conjunta da ação desenvolvida e não há tempo para a reflexão sobre essa ação.

Como um processo, é possível entender esses dados no interior dos debates travados nas CNAS e nas CNS. Em ambas, a intersectorialidade foi defendida como estratégia de consolidação das duas políticas como política pública e direito social, como forma de universalização das políticas sociais e de integralidade do atendimento. Contudo,

discutida, defendida e disseminada num contexto de reconfiguração do capital, materialização dos ideais neoliberais e desestruturação do Estado social, a intersectorialidade reforçou nas políticas de Saúde e de Assistência Social o carácter da focalização e seletividade, em detrimento da perspectiva de direito social, de universalidade e de integralidade. Portanto, as experiências intersectoriais, quando ocorrem no âmbito do CRAS e da ESF, não fogem a essa lógica.

Em relação à concepção dos técnicos acerca da intersectorialidade, percebeu-se que não há consenso entre estes a respeito de tal conceito - mesmo entre os componentes de uma mesma equipe. Ela apareceu atrelada ao nível da ação, reduzida à dimensão técnica, se assemelhando a concepção de Junqueira (1997) e Inojosa (2001), e como estes desconsiderando outras dimensões do processo. Mas, como vimos, não basta apenas saber o que é intersectorialidade – dimensão operativa -, o que fazer para conseguir operacionalizá-la, importa também problematizá-la, refletir sobre quais projetos ela reforça e como essa categoria se inscreve no interior de cada política social, qual a matriz teórica utilizada em sua defesa.

No decorrer da pesquisa fomos observando que muitos falam da intersectorialidade, mas poucos a definem. Há confusão entre intersectorialidade e interdisciplinaridade. Os autores que a conceituam a apresentam como possível de ser implementada, o que comparece nos documentos nacionais da Saúde e da Assistência Social, e também nos documentos de âmbito municipal das duas políticas.

Assim, ao término dessa pesquisa, concordamos com Abreu (2009) que é necessário um aprofundamento do debate teórico da categoria intersectorialidade por parte da academia, para que não se continue reproduzindo acríticamente um conceito que se coloca hoje reduzido e esvaziado de seu sentido político. Também é necessário que a Universidade proporcione aos profissionais que trabalham, com políticas sociais, momentos de reflexão relacionados às temáticas nas quais atuam. Pois, os profissionais que participaram da pesquisa consideraram importante refletirem sobre a intersectorialidade.

Destacamos ainda, que as respostas aqui construídas são limitadas devido a alguns desafios: 1) o número reduzido de trabalhos que discutem a intersetorialidade na assistência social e a intersetorialidade entre a Assistência e a Saúde – os trabalhos encontrados referem-se à intersetorialidade no PBF; 2) a construção do caminho da intersetorialidade na assistência social e 3) dificuldade em realizar entrevistas individuais e grupais. Portanto, o conhecimento aqui apresentado refere-se a aproximações do que foi possível apreendermos do real.

6 REFERÊNCIAS

ABREU, C. C. **A Intersetorialidade na Plenária Nacional de Saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

ALENCAR, M. M. T. As políticas públicas de emprego e renda no Brasil: do “nacional-desenvolvimentismo” ao “nacional-empresendedorismo”. In: BHERING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. (org). **Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 117-137.

ALMEIDA, C. O marco discursivo da “participação solidária” e a nova agenda de formulação e implementação de ações sociais no Brasil. In: DAGNINO, E.; OLVERA, A. J.; PANFICHI, A. (org.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra. Campinas, 2006. p. 95-135

ALMEIDA, A. M. R. **A intersectorialidade e a estratégia saúde da família: desafios da relação entre o discurso e a prática**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ANANIAS, P. O SUAS e o caminho da intersectorialidade das políticas. In: CADERNO DE TEXTOS CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 6, 2007, Brasília. **Anais...** Brasília, Conselho Nacional de Assistência Social, 2007. p. 63-67. Disponível em: <www.mds.gov.br> Acesso em 15 out. 2009.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

ARAÚJO, C. C. et al. Implantação e implementação do Sistema Único de Assistência Social (Suas) nos estados do Pará, Maranhão e Pernambuco; uma análise dos resultados da pesquisa empírica. In: COUTO, B. R. et al (org). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 99-137.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.

Articulação. In: HOLANDA, F. A. B. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa Aurélio**. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004. p. 202.

Articular. In: HOLANDA, F. A. B. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa Aurélio**. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004. p. 202.

AZEVEDO, O. R. Desafios da assistência social. In: **Cadernos de Estudos desenvolvimento social em debate**. Brasília, n. 2, 2005. p. 81-82.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Trad. Luís Antero Reto e agosto Pinheiro, 2009.

BARROS DE MEDEIROS, Cristina Maria. Desafios dos sistemas de serviços em saúde: integração e redes no setor. **Revista TEXTOS** de la CiberSociedad, 16, 2008. Disponível em: <<http://www.cibersociedad.net>> Acesso em: 31 abr. 2011.

BASTOS, M. J. R. P. et al. Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 1, p. 123-132. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10 mar. 2009.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Notas para um balanço crítico do SUAS: a título de prefácio. Conselho Regional de Serviço Social – 7ª Região. **Em Foco**, Rio de Janeiro. n. 5, p. 7-12, mar. de 2009.

_____. **Política social no capitalismo tardio**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BOSCHETTI, I. **Assistência social no Brasil: um direito entre a originalidade e conservadorismo**. 2 ed. Brasília, 2003.

_____. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2006.

_____; SALVADOR, E. O financiamento da seguridade social no Brasil no período de 1999 a 2004: Quem paga a Conta? In: **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional, local** São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-3.pdf Acesso em: 14 abr. 2009.

BRASIL. Capítulo II Da Seguridade Social. In: **Constituição [da] República Federativa do Brasil** – promulgada em 5 de outubro de 1988 / supervisão editorial Jair Lot Vieira / 9 ed. Revista e atualizada até a Emenda Constitucional n. 26, de 14 de fevereiro de 2000 – Bauru, SP: EDIPRO, 2000 – (Série Legislação), p. 96-102.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo de 2010. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 28 abr. 2011.

_____. **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência** n. 7.853. Brasília, 1989.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente** n. 8.069. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Assistência Social. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Legislação Suplementar. 3 ed. Brasília, 2003.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional** n. 11.346, Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm> Acesso em: 10 dez. 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social do Brasil. **Informativo SUAS, 14 ed.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/suas/informativos-suas/informativo-suas-edicao-no14/view>> Acesso em: 01 fev. 2010.

_____. _____. _____. **Informativo SUAS, 15 ed.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/suas/informativos-suas/informativo-suas-edicao-no15/view>> Acesso em: 01 fev. 2010.

_____. _____. _____. **Lei n. 10.836** (Programa Bolsa Família). Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm> Acesso em: 04 abr. 2011.

_____. _____. _____. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>> Acesso em: 28 nov. 2009.

_____. _____. _____. **Evolução de famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família** - Brasil. Brasília, 2011. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RI_senarc/grafico_BF_fam2.php?ibge=0> Acesso em: 03 mai. 2011.

_____. _____. _____. **Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Construindo as Bases para a Implantação do Sistema Unico de Assistência Social. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social do Brasil. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos NOB-RH/SUAS**. Brasília, 2006.

_____. _____. _____. **Norma Operacional Básica NOB SUAS 2010: Aprimoramento da gestão e qualificação dos serviços socioassistenciais**. Brasília, 2010.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

_____. _____. _____. **Guia de orientação técnica – SUAS Nº 1 – Proteção social básica de assistência social**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.recria.org.br/quemcompoe/governamentais/fas/guia>> Acesso em: 10 nov. 2010.

_____. _____. _____. Conselho Nacional de Assistência Social. In: **RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1.**, 1995, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Assistência Social, 1995. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/vii-conferencia->> Acesso em: 15 fev. 2010.

_____. _____. _____. _____. In: **RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2.**, 1997, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Assistência Social, 1997. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/vii-conferencia->> Acesso em: 15 fev. 2010.

_____. _____. _____. _____. **Deliberações CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 3.**, 2001, Brasília. Conselho Nacional de Assistência Social, 2001. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/vii-conferencia->> Acesso em: 15 fev. 2010.

_____. _____. _____. _____. In: **RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 4.**, 2003, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Assistência Social, 2003. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/vii-conferencia->> Acesso em: 15 fev. 2010.

_____. _____. _____. _____. In: **RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 5.**, 2005, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Assistência Social, 2005. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/vii-conferencia->> Acesso em: 15 fev. 2010.

_____. _____. _____. _____. In: **RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 6.**, 2007, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Assistência Social, 2007. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/vii-conferencia->> Acesso em: 15 fev. 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social do Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social. In: RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 7., 2009, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Assistência Social, 2009. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/vii-conferencia->> Acesso em: 15 jan. 2011.

_____. _____. _____. _____. _____. Textos Conferência Nacional de Assistência Social SUAS Plano 10 – Estratégias e metas para implementação da política de assistência social no Brasil – 5. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento social em Debate**, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/vii-conferencia->> Acesso em: 15 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Lei Orgânica da Saúde** n. 8.080, Brasília, 1990.

_____. _____. _____. _____. _____. **Lei Orgânica da Saúde** n. 8.142, Brasília, 1990.

_____. _____. _____. _____. _____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde**, 2001.

_____. _____. _____. _____. _____. **Norma Operacional Básica**, Brasília, 1996.

_____. _____. _____. _____. _____. **Pacto pela Saúde**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/Apresent_seminario_rene_pacto.pdf> Acesso em: 12 abr. 2010.

_____. _____. _____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006c.

_____. _____. _____. _____. _____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006b.

_____. _____. _____. _____. _____. **Portaria n. 648/GM**. Brasília, 2006.

_____. _____. _____. _____. _____. **Portaria 154**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/legislacao.php>> Acesso em: 13 out. 2010.

_____. _____. _____. _____. _____. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil – síntese - 2004-2007**, Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=26695> Acesso em: 17 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Plano Nacional de Saúde 2008/2009-2011**, Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pns2008_2011_preimpressao.pdf> Acesso em: 17 nov. 2010.

_____. _____. _____. _____. _____. **Programa Mais Saúde será aprimorado**. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br/noticias/programa-mais-saude-sera-aprimorado>> Acesso em: 12 abr. 2010.

_____. _____. _____. _____. _____. **Documento base redes regionalizadas de atenção à saúde**: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Brasília, 2008.

_____. _____. _____. _____. _____. Saúde da Família. **Os números da Saúde da Família**. Brasília, 2010c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>> Acesso em: 12 ago. 2010.

_____. _____. _____. Conselho Nacional de Saúde. In: RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., 1980, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Saúde, 1980. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041> Acesso em: 14 nov. 2010.

_____. _____. _____. In: RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041> Acesso em: 14 nov. 2010.

_____. _____. _____. In: RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Saúde, 1992. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041> Acesso em: 14 nov. 2010.

_____. _____. _____. In: RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041> Acesso em: 14 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional da Saúde do Brasil. Conselho Nacional de Saúde. In: RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Saúde, 2000. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041> Acesso em: 14 nov. 2010.

_____. _____. _____. _____. In: RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Saúde, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041> Acesso em: 14 nov. 2010.

_____. _____. _____. _____. In: RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13., 2008, Brasília. **Anais...**, Brasília. Conselho Nacional de Saúde, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041> Acesso em: 14 nov. 2010.

_____. _____. _____. **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, n. 196, 10 out. 1996.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (et al.), (org). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OMS, 2006. p. 88-109.

_____. Serviço social e saúde: desafios atuais. **Revista Temporalis**. São Luis, ano 7, n. 13, p. 121-150, jan./jun., 2007.

_____.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: Reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P (orgs.). **Política social e democracia**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 197-215.

BRONZO, C. **Intersetorialidade como princípio e prática nas políticas públicas: reflexões a partir do tema do enfrentamento da pobreza**. XX Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública: como enfrentar los desafios de la transversalidad y de la intersectorialidad em la gestión pública? 2007, Caracas. Caracas, 2007. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltext/0056806.pdf> > Acesso em: 15 out. 2009.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JÚNIOR. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. (org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p.27-59.

CARVALHO, A. P. **Olhando uma realidade, olhando o outro: representações sociais da pobreza e do usuário entre os profissionais da assistência social**. 2010. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

CKAGNAZAROFF, I. B.; MELO, J. S. C.; CARVALHO, D. N. **Da gestão da intersectorialidade**: o caso do Programa BH Cidadania, Brasil. X Congresso Internacional del CLAD sobre La Reforma del Estado y de la Administración pública, Chile, p. 1-14, Oct. 2005. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltext/0053050.pdf>> Acesso em: 12 set. 2009.

COELHO, A. V. A. G. **A construção da intersectorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, jul/dez 2007.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. **Temporalis**: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. São Luis, ano 7, n. 13, p. 11-38, jan./jun., 2007.

COUTO, B. R. **O direito social e assistência social na sociedade brasileira**: uma equação possível? 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Proteção social e seguridade social**: a constituição de sistemas de atendimento as necessidades sociais. Rio Grande do Sul, out. 2009. (Apresentado na Oficina realizada em Porto Alegre).

_____; YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R. A Política Nacional de Assistência Social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B. R. et al (orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2010. p. 32-65.

_____ et al. A implantação e implementação do SUAS no Paraná e no Rio Grande do Sul: um movimento em processo. In: In: COUTO, B. R. et al (orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2010. p. 205-259.

CRUZ NETO, O et al. **Grupos focais e pesquisa social**: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

DRUCK, G.; FILGUEIRAS, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 24-34, jan./jun., 2007.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. (org.). In: LIMA, N. T. (org). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. (org.). In: LIMA, N. T. (org). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-120.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas**. Disponível em: <http://www.sebrae.com.br/uf/espírito-santo> Acesso em: 11 jan. 2011.

FALEIROS, V. P. **A reforma do Estado no período FHC e as propostas do governo Lula**. In: FALEIROS, V. P. et al. **A Era FHC e o governo Lula: Transição?** Brasília: INESC, 2004.

FERREIRA, V. S.; SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V (org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro, 2005. p. 103-150.

FLEURY, S. A seguridade inconclusa. In: FALEIROS, V. P. et al. **A Era FHC e o governo Lula: Transição?** Brasília: INESC, 2004 a.

FREITAS, R. C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 65-74, jan./jun., 2007.

GALINDO, E. F. **A intersectorialidade como requisito para construção de uma cidade saudável: política de saneamento e de saúde no Recife (gestão 2001/2004): estudo de caso**. 2004. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Urbano Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004. Disponível em: http://www.btdt.ufpe.br/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=636 Acesso em: 20 ago. 2009.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. (org). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, nº 3, mai/jun 2009. Disponível em: [Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014>](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014). Acesso em: 02 set. 2009.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (org.). In: LIMA, N. T. (org). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo, nº 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: [Disponível em: <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf>](http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf) Acesso em: 11 set. 2009.

Integrar. In: HOLANDA, F. A. B. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa Aurélio**. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004. p. 1116.

Inter. In: HOLANDA, F. A. B. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa Aurélio**. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004. p. 1117.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Revista Saúde e Sociedade**. n. 6, p. 31-46, São Paulo, 1997. Disponível em: [Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf). Acesso em: 18 set. 2009.

_____. Interssetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública – RAP** -, Rio de Janeiro, v. 34, n. especial, p. 35-45, nov./dez., 2000.

_____. A gestão interssetorial das políticas sociais e o terceiro setor. In: **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.13, n.1, p. 25-36, Jan./Abr, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf> Acesso em: 24 ago. 2009.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Revista Saúde Sociedade**. São Paulo, v.18, n.1, p.50-62, 2009.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e interssetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12, nº 3, p. 121-130, jun/set, 2003.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed., Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan./jun., 2007.

_____. O SUS *versus* as diretrizes da política econômica. **SER Social**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social, Brasília, v.11, n. 25, p. 55-81, jul./dez., 2009.

MARQUES, et al. Discutindo o papel do Programa Bolsa Família na decisão das eleições presidenciais brasileiras de 2006. **Revista de economia política** (impresso), v. 29, n. 1, p. 114-132, jan./mar., 2009.

_____. **O Brasil sob a nova ordem**. São Paulo: Saraiva, 2009.

MARTINELLI, M. L. **Serviço social: identidade e alienação**. 11 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MAURIEL, A. P. O. “Combate à pobreza e desenvolvimento humano: impasses teóricos na construção da política social na atualidade”. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

MEKSENAS, P. **Pesquisa social e ação pedagógica: conceitos, métodos e práticas**. São Paulo: Loyola, 2002.

MELO, R. J. **Atenção primária à saúde e atenção básica à saúde: os discursos ideopolíticos do Ministério da Saúde**. Dissertação (Mestrado em Política Social) 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

MENDES, J; WÜNSCH, D; COUTO, B. Proteção Social. In: CATTANI, A.; HOLZMANN, L. **Dicionário do Trabalho e Tecnologia**. Porto Alegre, UFRGS 2009.

MENDES, R. FERNANDEZ, J. C. A. Práticas intersetoriais e qualidade de vida na cidade. In: ROBERTO, G. CAPUCCI, P. (Org.). **Gestão Local nos territórios da cidade** - ciclo de atividades com as subprefeituras. São Paulo: Mídia Alternativa Comunicação e Editora, 2004, p. 117-123, São Paulo, 2004.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Ceará: Escola de Saúde Pública, 2002.

MORAIS NETO, O. L.; CASTRO, A. M. Promoção da saúde na atenção básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, 2008, n. 6. p. 6-9. Disponível em: <<http://bvms.saúde.gov.br>>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social**, Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social, Brasília, v.11, n. 25, p. 221-243, jul./dez., 2009.

MORONI, J. A.; CICONELLO, A. A intersectorialidade nas políticas públicas. In: **CADERNO DE TEXTOS CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, 6., 2007, Brasília, **Anais...**, Brasília. Conselho nacional de Assistência Social, 2007. p. 79-87. Disponível em: <www.mds.gov.br> Acesso em 15 out. 2009.

MOTA, A. E. **Cultura e crise da Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 90**. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2008.

_____. Seguridade Social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências. In: Mota (et al.), (org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, 2006.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil no pós-64**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

_____; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 3 ed., Cortez, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, E. F. A. **A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos**. 2009. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, 1978.

_____. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde** (Carta de Ottawa). Ottawa, 1986.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, 2007.

PAPOULA, S. R. **O processo de trabalho intersetorial das equipes de saúde da família no município de Petrópolis-RJ**: fatores restritivos e facilitadores. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

PASTORINI, A. Assistencialização da proteção social e os programas de combate da pobreza no Brasil. **SER Social**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social, Brasília, v. 1, n. 18, p. 253-284, jan./jun., 2006.

PAULA, A. P.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 8, nº 15, p. 331-48, mar/ago 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a11v8n15.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2009.

PELIANO, A. M. T. M.; RESENDE, L. F. L.; BEGHIN, N. O Comunidade Solidária: uma estratégia de combate à fome e à pobreza. Brasília, 1995. **Planejamento e políticas públicas**. n. 12, jan./jun, 1995. Disponível em: <www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/139/141> Acesso em: 20 abr. 2010.

PEREIRA, L. D. **Políticas públicas de assistência social brasileira**: avanços, limites e desafios. Rio de Janeiro, p. 1-13, 2006. Disponível em: <<http://www.cpihts.com>>. Acesso em: 18 mai. 2009.

PEREIRA. P. A. P. A assistência social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS. **SER Social**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social, Brasília, p. 63-83, n. 20, jan./jun., 2007.

_____. Como conjugar especificidade e intersetorialidade na concepção e implementação da política de assistência social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 25, n. 77, p. 54 -62, mar./2004.

PEREIRA. P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **A assistência social na perspectiva dos direitos**: Críticas aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

PINHEIRO, M. M. B. **A política de assistência social que queremos**: o ponto de vista do movimento social. Seminário Nacional: a política de assistência social no governo Lula – 02 e 03 de abril de 2003. Rio de Janeiro, 2003.

PINHEIRO, R. C. **Controle Social do Programa Bolsa Família**: uma experiência de transversalidade e de intersectorialidade em um programa público brasileiro. XX Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública: Como enfrentar los desafíos de la transversalidad y de la intersectorialidad em la gestión pública?, Caracas, 2007. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltext/0056805.pdf>> Acesso em: 15 out. 2009.

PORTELLI, Hugues. **Gramsci e o Bloco Histórico**. São Paulo: Paz e Terra. 5 ed, 1977.

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. São Paulo: OMS, 2006. p. 73-87.

RUI, M. P.; GONÇALVES, N. S.; ALVES, P. A. **A Intersectorialidade nas ações dos técnicos da Estratégia de Saúde da Família e do Centro de Referência da Assistência Social em Planalto Serrano-Serra/ES**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

SAMPAIO, E. A. B.; CHRISPI, L. L. S.; LOURENÇO, M. C. R. **Intersectorialidade e programa de garantia de renda familiar mínima**: uma experiência em Campinas. 2005. Disponível em: <http://www.pgpp.ufma.br/eventos/documentos_download.php?id=43>. Acesso em: 19 set. 2009.

SANTANA, C. S. **Intersectorialidade entre o SUS e o SUAS**: uma construção possível. 2008. (Trabalho de Especialização apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca para obtenção do grau de Especialista).

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 429-435, Mar./Abr., 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a19v12n2.pdf>> Acesso em: 15 mai. 2010.

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 1-17, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/A_REFORMA_SANITARIA_E_SUS_TENDENCIAS_E_DESAFIOS03_10.pdf> Acesso em: 15 mai. 2010.

SERRATE, P. C. F. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. In: **Revista Cubana de Salud pública**. La Habana, v. 33, nº 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article^dlibrary&for mat=iso.pft&lang=i&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=CASTELL-FLORIT+SER RATE,++PASTOR>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SILVA, R. R.; SENNA, M. C. M. Articulação intersetorial no âmbito do Programa Bolsa Família: a experiência do município do Rio de Janeiro. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 98-111, jan/abr., 2009. Disponível: <http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/saaudeemdebate81.pdf> Acesso em 14 out. 2009.

SILVA, M. O. S. et al. **A Política social brasileira no século XXI**: a prevalência dos programas de transferência de renda. 4 ed. Revista e atualizada. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, M. O. S.; ARAÚJO, C. C.; LIMA, V. F. S. A. Implantação, implementação e condições de funcionamento do SUAS no municípios. In: COUTO, B. R. et al (orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2010. p. 66-91.

Sinergia In: HOLANDA, F. A. B. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa Aurélio**. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004. p. 1305.

SOARES, L. T. R. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

_____, L. T. R. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, nº especial, p. 17-24, dez. 2000.

SPOSATI, A. O. et al. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão de análise. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **A menina LOAS**: um processo de construção da Assistência Social. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 26, n. 87, p. 97-131, set., 2006.

_____. Proteção e desproteção social na perspectiva dos direitos socioassistenciais. In: In: CADERNO DE TEXTOS CONFERÊNCIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 6, 2007, Brasília. **Anais...** Brasília, Conselho Nacional de Assistência Social, 2007. p. 17-21. Disponível em: <www.mds.gov.br> Acesso em 15 out. 2009.

TAVARES, G. C. O financiamento e os fundos de assistência social no SUAS. In: **Cadernos de Estudos desenvolvimento social em debate**. Brasília, n. 2, 2005.

TEIXEIRA, A. **Do seguro à seguridade**: a metamorfose inconclusa do sistema previdenciário brasileiro. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1990.

TEIXEIRA, R. R. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface** (Botucatu), vol.9, n.17, p.219-234, mar./ago. 2005.

TELLES, V. S. Questão social: afinal, do que se trata? In: _____. **Pobreza e cidadania**. São Paulo: Editora 34, 2001. p. 115-137.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. **Diretrizes do Comitê de ética em pesquisa do Centro Biomédico para pesquisas envolvendo seres humanos**. Vitória, 2005.

VIANNA, M. L. T. W. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In: BRAVO, M. I. S. PEREIRA, P. A. P. (org). **Política social e democracia**. 3 ed. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro, 2007. p. 173-196.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal de Vitória. **Decreto n. 9827**. Programa Família Cidadã. Vitória, 1996. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/resultado.cfm>> Acesso em: 10 jan. 2011.

_____. _____. **Lei Dom João Batista da Motta e albuquerque**, n. 4.301. Programa Família Cidadã. Vitória, 1996. Disponível em: <sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/1996/L4301.PDF> Acesso em: 10 jan. 2011.

_____. _____. Secretaria Municipal de Assistência Social. Gerência de Atenção à Família. Conselho Municipal de Assistência Social. **Plano Municipal de Assistência Social 2006-2009**. Vitória, [20--].

_____. _____. _____. _____. _____. **Relatório anual 2006**. Vitória, 2007b.

_____. _____. _____. _____. _____. **Relatório anual 2007**. Vitória, 2007c.

_____. _____. _____. _____. _____. **Relatório anual 2009**. Vitória, 2009d.

_____. _____. _____. _____. _____. Centro de Referência de Assistência Social da Região São Pedro, território I. **Planejamento anual de 2009**. Vitória, 2009h

_____. _____. _____. _____. _____. **Planejamento anual de 2010**. Vitória, 2010f

_____. _____. _____. _____. _____. _____. **Relatório trimestral qualitativo** (outubro). Vitória, 2007a.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Assistência Social. Gerência de Atenção à Família. Conselho Municipal de Assistência Social. Centro de Referência de Assistência Social da Região São Pedro, território I. **Relatório trimestral qualitativo** (janeiro). Vitória, 2008a.

_____. _____. _____. _____. _____. _____. **Relatório trimestral qualitativo** (julho a setembro). Vitória, 2008b.

_____. _____. _____. _____. _____. _____. **Relatório trimestral qualitativo** (abril a junho). Vitória, 2009b.

_____. _____. _____. _____. _____. _____. **Relatório trimestral qualitativo** (julho a setembro). Vitória, 2009c.

_____. _____. _____. _____. _____. _____. **Relatório trimestral qualitativo** (outubro a dezembro). Vitória, 2009e.

_____. _____. _____. _____. _____. _____. **Relatório trimestral qualitativo** (janeiro a março). Vitória, 2010a.

_____. _____. _____. _____. _____. _____. **Relatório trimestral qualitativo** (abril a junho). Vitória, 2010b.

_____. _____. _____. _____. _____. _____. **Relatório da Reunião da Rede Socioassistencial de São Pedro** (fevereiro). Vitória, 2009a.

_____. _____. _____. _____. _____. _____. **Relatório da Reunião da Rede Socioassistencial de São Pedro** (junho). Vitória, 2009b.

_____. _____. _____. _____. _____. _____. **Relatório da Reunião da Rede Socioassistencial de São Pedro** (agosto). Vitória, 2009c.

_____. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Vitória, 2005a. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=planejamentoegestao>> Acesso em: 20 out. 2010.

_____. _____. _____. _____. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Vitória, 2009e. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=planejamentoegestao>> Acesso em: 20 out. 2010.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Vitória, 2007d. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=planejamentoegestao>> Acesso em: 20 out. 2010.

_____. _____. _____. _____. **Relatório de Gestão 2007**. Vitória, 2008c. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=planejamentoegestao>> Acesso em: 20 out. 2010.

_____. _____. _____. _____. **Relatório de Gestão 2008**. Vitória, 2009g. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=planejamentoegestao>> Acesso em: 20 out. 2010.

_____. _____. _____. _____. **Relatório de Gestão 2009d**. Vitória, 2010e. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=planejamentoegestao>> Acesso em: 20 out. 2010.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública - RAP** Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov/dez, 2000.

YAZBEK, M. C. Sistema Único de Assistência Social e a Política de Assistência Social no governo Lula. **Cadernos Especiais**. Rio de Janeiro, n. 5, dez./Jan., 2005. Disponível em: <<http://assistentesocial.com.br/biblioteca.php#cadernos> -> Acesso em: 13 jun. 2009.

_____ et al. O Sistema Único de Assistência Social em São Paulo e Minas Gerais – desafios e perspectivas de uma realidade em movimento. In: In: COUTO, B. R. et al (orgs). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 138-204.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Editora Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento⁹⁰ visa solicitar sua participação na pesquisa que tem como objetivo analisar se as equipes do Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) estruturam suas ações no território São Pedro, Vitória-ES, dentro da lógica intersetorial. Ao participar da pesquisa, você estará colaborando com a reflexão sobre os desafios que atravessam o cotidiano dos profissionais da Assistência Social e da Saúde em busca da intersetorialidade. Os dados da pesquisa serão utilizados unicamente para fins científicos.

Por intermédio deste termo são-lhes garantidos os seguintes direitos:

- Solicitar a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa;
- Sigilo absoluto sobre o seu nome, datas de nascimento, bem como quaisquer informações que possam levar à identificação;
- Ampla possibilidade de negar-se a responder quaisquer questionamentos;
- Recusar-se a dar qualquer informação que considere constrangedora e/ou prejudicial à sua integridade física, moral e social;
- Solicitar que determinadas falas ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial ou sejam excluídas, o que será prontamente atendido;
- Desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

Declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e dou meu consentimento para participar desta pesquisa por entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais à minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa. Fico ciente que uma cópia deste termo ficará arquivada pela pesquisadora, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Assinatura do participante ou representante legal

Assinatura da pesquisadora

Vitória (ES), _____ de _____ de 20_____.

Telefone de contato: (027) 3316-6686 / 8167-6692

E-mail: ana_pansini@yahoo.com.br

Endereço: R. Principal, nº 1052, Rio Marinho, Cariacica-ES, CEP 29.140.781.

Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Política Social-UFES: (027) 4009-2587

“Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa pelo telefone (027) 3335-7211 ou pelo e-mail: cep@ccs.ufes.br”

⁹⁰ Elaborado em 09 de outubro de 2009.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL PARA PAIF1 E ESF1

- O trabalho no território

1. Conte como é a experiência à frente do PAIF/ESF no território de São Pedro? (tempo de implementação deste no território, processo de planejamento das ações, seleção e inclusão/exclusão das principais demandas dos usuários e dos técnicos, prioridades no planejamento das ações do PAIF/ESF? De que forma foram formulados os objetivos e as prioridades das ações, quando e como se organizou o trabalho? Você poderia listar as principais ações realizadas pelo PAIF/ESF? Quem são os principais parceiros na execução das ações? Como é a relação entre UBSF/CRAS? (ou vice-versa).

- O processo de intersetorialidade no PAIF/ESF

2. Considerando o planejamento e as ações desenvolvidas pelo PAIF/ESF que você coordena, como a questão do trabalho intersetorial é proposto ou desenvolvido?
3. De acordo com a PNAS (2004) as ações de Proteção Social Básica devem ser organizados em rede e os CRAS são responsáveis pela articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência, por uma atuação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social. Descreva como ocorre esse processo no CRAS São Pedro./ De acordo com a PNS, à Equipe Saúde da Família cabe mobilizar uma articulação intersetorial com parceiros de outras áreas (assistência social, educação, esporte, instituições religiosas e organizações não-governamentais) no sentido de reunir recursos imediatos que visem minorar as condições de vulnerabilidade e desenvolver estratégias de superação das mesmas, articulando intervenções locais, no âmbito do território, e compondo com as políticas sociais municipais, estaduais e federal. Descreva como ocorre esse processo na UBSF de São Pedro V.
4. Ocorre a articulação do CRAS/UBSF com UBSF/CRAS, no território de São Pedro? Em caso positivo, cite exemplos de ações planejadas e desenvolvidas em conjunto. Em caso negativo, justifique quais são as dificuldades vivenciadas?
5. Nas reuniões semanais da equipe do PAIF/ESF são discutidas questões relacionadas a articulação com outros setores (problemas de saúde, abastecimento de água, saneamento básico, violência, etc)? Quais são as propostas apresentadas?
6. O que é intersetorialidade, para você?

ANEXO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 10 de dezembro de 2009.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof^a. Maria Lúcia Teixeira Garcia
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: "**A Intersetorialidade como eixo articulador entre a Política de Assistência Social e a Política de Saúde no Município de Vitória/ES**".

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. **221/09** intitulado: "**A Intersetorialidade como eixo articulador entre a Política de Assistência Social e a Política de Saúde no Município de Vitória/ES**" e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 09 de dezembro de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,

Prof.^a Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES