



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MERILIN CARNEIRO DE FRANÇA

INTERSEÇÕES, APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS
ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA
BOLSA FAMÍLIA A PARTIR DA LÓGICA DA INTERSETORIALIDADE

João Pessoa- PB
Março de 2014.

MERILIN CARNEIRO DE FRANÇA

**INTERSEÇÕES, APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS
ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA
BOLSA FAMÍLIA A PARTIR DA LÓGICA DA INTERSETORIALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba – UFPB em cumprimento às exigências parciais para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti

João Pessoa- PB
Março de 2014.

F814i França, Merilin Carneiro de.

Interseções, aproximações e distanciamentos
entre a Estratégia Saúde da Família e o Programa
Bolsa Família a partir da lógica da intersetorialidade /
Merilin Carneiro de França.- João Pessoa, 2014.

158f.

Orientadora: Patrícia Barreto Cavalcanti

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA

MERILIN CARNEIRO DE FRANÇA

**INTERSEÇÕES, APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS ENTRE A
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA BOLSA
FAMÍLIA A PARTIR DA LÓGICA DA INTERSETORIALIDADE**

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti - UFPB
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Marcia Emília Rodrigues Neves – UFPB

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Rocha de Sales Miranda - UFPB

Aprovada em: ____/____/____

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1.....	99
QUADRO 2.	130
QUADRO 3.	132
FIGURA 1.....	137
FIGURA 2.....	144

LISTA DE SIGLAS

BVG – Benefício Variável à gestante

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento Social

Bird - Banco Mundial

BPC – Benefício de Prestação Continuada

BSP - Benefício para a Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância

BVN – Benefício Variável Nutriz

Cad Único – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal

CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CASDF – Conselho de Assistência Social do Distrito Federal

CBPBF – Conselho Gestor do Programa Bolsa Família

Ceas – Conselho Estadual de Assistência Social

CES – Conselho Estadual de Saúde

CF – Constituição Federal

CGU – Controladoria Geral da União

CIB – Conselho Intergestor Bipartite

CIT – Conselho Intergestor Tripartite

CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Cras – Centro de Referência da Assistência Social

Creas – Centro de Referência Especial da Assistência Social

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FMI – Fundo Monetário Internacional

FNS – Fundação Nacional de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

ICS – Instância de Controle Social

IGD – Índice de Gestão Descentralizada

IGD-E – Índice de Gestão Descentralizada do Estado

IGD-M – Índice de Gestão Descentralizada do Município

Loas – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

Loss – Lei Orgânica da Seguridade Social

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde

Opsan – Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição

Pacs – Programa de Agente Comunitário de Saúde

Paif – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PBF – Programa Bolsa Família

Peti – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PFS – Programa Saúde da Família

PGRM – Programa de Garantia de Renda Mínima

PNAA – Programa Nacional de Acesso à Alimentação

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

Sicon – Sistema de Condicionalidade

Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Senarc – Secretaria Nacional de Renda de Cidadania

Sesep - Secretaria Extraordinária de Combate à Extrema Pobreza

Sepssas – Setor de Pesquisa em Saúde e Serviço Social

Suas – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UNB – Universidade de Brasília

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me permitido sonhar com sonhos maiores que as minhas forças, por ter cumprido suas promessas em mim, por ser fiel mesmo na minha infidelidade, por me amar inigualavelmente mais do que eu poderia imaginar e principalmente por dar o seu Filho Jesus Cristo por amor a mim.

A minha mãe por insistir em mim quando muitos não acreditavam que eu seria capaz de vencer. Por investir nos meus estudos a ponto de negar a si mesma, por fazer de mim uma mulher forte. Obrigada mãezinha!

Ao meu pai por me influenciar a ser determinada, pelos conselhos, amor e apoio.

Ao meu irmão Caio por ser meu amigo, meu orgulho, companheiro, por ir dormir mais cedo para me deixar estudar, por ter paciência e esperar que eu terminasse o que estava fazendo para conversar comigo, por investir em mim. Obrigada maninho!

Ao meu Leoleo (Leandro Lima), meu noivo querido, meu presente de Deus, por me incentivar a estudar, pelos momentos de estudo e dedicação, por acreditar e investir em mim, por me amar e aceitar os meus defeitos.

As minhas amigas Viviana, Rosemary e seus esposos Silvio Carlos e Sivanildo, e sua mãe dona Nina, vocês foram decisivos para que eu não desistisse, instrumentos de Deus na minha vida, a nossa unidade tem trazido glória para o nosso Deus.

As minhas amigas Karina, Wínea, Katiusca, Andréa e Patrícia Moura, vocês são maravilhosas, não conseguiria sem as suas orações, os conselhos, apoio e carinho. A Anarita pelas caronas, incentivo e pelos bons conselhos.

As minhas novas amigas Érica Macedo e Camila Rolim, vocês tornaram os momentos de nossa convivência inesquecíveis, não tenho como agradecer tudo que aprendi com vocês, são muito especiais para mim estarão sempre em minhas orações.

A minha professora Patrícia, o meu exemplo de profissional, Deus planejou o nosso encontro, pois Ele sabia o quanto eu precisava de alguém com suas qualidades, dedicação e amor pelo que faz. Aprendi a admirá-la e amá-la muito rápido. Que Deus ilumine os teus passos, abençoe tua família e conceda os desejos do teu coração segundo a vontade Dele.

A todos os profissionais que compõem a coordenação da Pós-graduação de Serviço Social da UFPB.

A todos o meu muito obrigada!

Dedicado a Jesus Cristo o autor e consumidor da
minha fé.

RESUMO

As políticas de Saúde e Assistência Social no Brasil foram ratificadas enquanto universal e seletiva, respectivamente, e para que seus esforços alcancem resultados efetivos, a cooperação simultânea das demais políticas é indispensável. Por reconhecer a sua indispensabilidade, propomo-nos a estudar (através das pesquisas documental e bibliográfica) como tem se configurado a intersetorialidade entre essas políticas a partir da análise do Programa Bolsa Família (PBF) e do Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente assumiu a nomenclatura de Estratégia Saúde da Família (ESF). Concentrando-nos em estudar os mecanismos intersetoriais que permitam a articulação entre eles. O nosso objetivo é identificar esses mecanismos presentes na legislação de aporte desses programas, constatar na legislação as interseções entre a ESF e o PBF, analisar criticamente os distanciamentos e as aproximações intersetoriais entre eles. Com o estudo percebemos que as legislações e os documentos normativos apontam a necessidade de articulações intersetoriais, mas isso por si só não é suficiente. Identificamos que os mecanismos intersetoriais sinalizados pelos documentos deixam lacunas e sugerem que estas sejam sanadas pelos profissionais e planejadas em nível local. Ademais, o planejamento dessas iniciativas fica à mercê da vontade política dos gestores e do pouco poder de fazer valer dos órgãos colegiados. Mesmo com essa constatação de que em nível municipal propostas intersetoriais podem ser implementadas, a literatura nos mostra que são raras as experiências exitosas, visto que há disputas políticas que atrapalham o apoio em níveis estadual e federal aos municípios assim como, em nível estadual para com os municípios e a União. Salientamos que o princípio da descentralização obteve um melhor desenvolvimento, no PBF e no ESF não conseguiu se consolidar visto a recentralização do poder que impôs medidas ajustadoras as quais minaram o poder de decisão das secretarias municipais e estaduais de saúde e assistência social. Contradições acerca da intersetorialidade observadas nos documentos oficiais são uma constante. Ademais, há omissão de políticas determinantes para a saúde, como a habitação e transporte. Tais situações refletem o trato reducionista e minimizador das políticas sociais brasileiras. Podemos concluir que instrumentos de gestão tais como: planejamento compartilhado entre diferentes políticas, sistemas de informação compartilhada, metas compartilhadas, estímulo à aproximação de funcionários de diferentes políticas para execução de tarefas interligadas, previsão de equipes intersetoriais, agenda comum, reuniões, fóruns e conferências intersetoriais tendem a não aparecerem nos documentos que instituem a ESF e o PBF ou aparecem como iniciativas para atenderem as condicionalidades do PBF. A adoção de tais instrumentos pressupõe vontade política e pressão social para a consecução de políticas que de fato atendam em sua integralidade, o direito à saúde e a assistência ao cidadão que dela necessitar.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Programa Bolsa Família, Mecanismos intersetoriais.

ABSTRACT

Health policies and Welfare in Brazil were ratified as a universal and selective, respectively, and for their efforts to achieve effective results, simultaneous cooperation of other policies is essential. Recognizing their indispensability, we propose to study (through the documentary and bibliographic research) and has set the intersectoral between these policies from the analysis of the Bolsa Família Program (PBF) and the Family Health Program (PSF), which later assumed the naming of the Family Health Strategy (ESF). Focusing on studying the mechanisms for intersectoral coordination between them. Our goal is to identify these mechanisms present in the contribution of legislation such programs, seen in the legislation the intersections between the ESF and the PBF, critically analyze the differences and intersectoral approaches between them. With this study we realize that the laws and normative documents highlight the need for intersectoral joints, but that alone is not enough. We found that these intersectoral mechanisms flagged by the documents leave gaps and suggest that these are solved by professionals and planned locally. In addition, the planning of these initiatives is at the mercy of the political will of managers and little power to enforce the collective bodies. Even with this realization that at the municipal level intersectoral proposals can be implemented in the literature shows that very few successful experiences, since there are political disputes that hinder the support at the state and federal levels to municipalities as well as at the state level towards municipalities and the Union. We stress that the principle of decentralization got a better development, PBF and ESF not managed to consolidate seen recenter the power that imposed measures adjust- which undermined the power of decision of the municipal and state health departments and social assistance. Contradictions about intersectionality observed in official documents are a constant. In addition, there omission of key policy for health, such as housing and transportation. Such situations reflect the tract reductionist and minimizing the Brazilian social policy. We can conclude that management tools such as shared planning between different policies, shared information systems, shared goals, encouraging the approximation of officials from different policies for implementation of interconnected tasks, provision for intersectoral teams, common agenda, meetings, forums and conferences intersectoral tend not to appear in the documents establishing the ESF and the PBF or appear as initiatives to meet the PBF conditionalities. The adoption of such instruments requires political will and social pressure to achieve the fact that policies meet in full, the right to health and assistance to citizens who need it.

Keywords: Family Health Strategy; Family Grant Program; intersectoral mechanisms.

Se o Senhor não edificar a casa, em vão trabalham os que a edificam; se o Senhor não guardar a cidade, em vão vigia a sentinela. Inútil vos será levantar de madrugada, repousar tarde, comer o pão de dores, pois assim dá Ele aos seus amados o sono. Salmos 127:1 e 2.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - ANÁLISE SOBRE A GÊNESE DA PROTEÇÃO SOCIAL..	18
1.1 – Trajetórias do sistema protetivo no Brasil.....	18
1.2 – ESF e PBF: Focalização das políticas protetivas.....	30
CAPÍTULO II – OS ARRANJOS INTERSETORIAIS E A PROTEÇÃO SOCIAL.....	58
2.1 - A Intersetorialidade: estado da arte sobre o conceito.....	58
2.2 - A Intersetorialidade no campo das políticas sociais	75
CAPÍTULO III – INTERSEÇÕES, APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS ENTRE A ESF E O PBF.....	95
3.1- Procedimentos Metodológicos.....	95
3.2- Interseções, aproximações e distanciamentos entre a Estratégia Saúde da Família e o Programa Bolsa Família a partir da lógica da intersectorialidade a luz do aparato legal.....	100
3.3 - Interseções, aproximações e distanciamentos entre a Estratégia Saúde da Família e o Programa Bolsa Família a partir da lógica da intersectorialidade a luz do processo de gestão.....	130
CONCLUSÕES.....	146
REFERÊNCIAS	151

INTRODUÇÃO

A intervenção do Estado nas expressões da questão social se dá de modo fragmentado e parcializado, assim corrobora para a manutenção da ordem econômica vigente, o capitalismo, e distancia a população de compreender os verdadeiros determinantes das mesmas.

Com isso a implantação de políticas sociais tem se dado a partir da lógica da setorialização, na qual as demandas sociais são trabalhadas a partir de políticas específicas sem uma articulação simultânea e cooperativa delas quando tal colaboração é indispensável para resolução efetiva das demandas.

Nesse contexto a discussão da intersetorialidade tem surgido enquanto uma estratégia de gestão capaz de fornecer um respaldo maior para as ações sociais, podendo culminar em respostas eficientes para atender as demandas sociais por permitir uma leitura ampliada da realidade.

Na conjuntura brasileira, a intersetorialidade é sinalizada em diversos documentos legais que instituem as políticas sociais, porém é necessário frisar que sua concretização não prescinde da mobilização política por parte da sociedade civil, dos atores políticos e de sua efetivação por parte dos gestores. Elas são mais que mera decisão política, implica o Estado em ação, por isso apesar de ser uma pauta continuamente debatida, são poucas e transitórias as experiências exitosas.

No texto constitucional de 1988 percebemos a preocupação da articulação entre as políticas para a garantia da proteção social através da instituição da Seguridade Social. No entanto, a seguridade tem sido desmontada paulatinamente através de instrumentos legais que omitem ou mesmo impossibilitam a instituição de ações coordenadas de vários órgãos para contemplar as necessidades dos usuários das políticas sociais em sua universalidade e integralidade.

Fatores tais como: a inexistência de um órgão gestor próprio da Seguridade Social; não adoção de uma base expandida de financiamento; de leis planejadas para articular ações conjuntas com uma diretriz comum; a permanência de sistemas privados no tocante as políticas sociais, a prática prejudicial do lobby e a incipiente participação social; contribuem para a não concretização da intersetorialidade entre as políticas da seguridade.

A intersectorialidade concebida enquanto um conceito que expressa articulação sinérgica entre as políticas públicas para respaldar ações sociais, tem sido estudada e proposta a partir da necessidade de participação social, descentralização e territorialização das ações sociais (INOJOSA; JUNQUEIRA; KOMATSU, 1997).

Assim mecanismos tais como: conferências e seminários, agenda comum, sistemas de informação compartilhados, horizontalização das relações, instituição de comitês intersectoriais, são apontados como primordiais para a garantia da intersectorialidade entre as políticas sociais.

Os documentos legais que instituem as políticas que compõem a Seguridade Social ratificam a importância da articulação intersectorial, porém possuem instrumentos voltados primordialmente para sanar as demandas setoriais, assim como também é possível verificar mecanismos omitidos ou distintos nas políticas sociais. Ademais suas ações, via de regra, não partem de temáticas comuns discutidas e planejadas previamente entre elas.

Entendemos que a proposta de contemplar as expressões da questão social visando sua totalidade pode comprometer os objetivos do capital, por isso ideias e propostas surgidas no debate acerca da intersectorialidade não poderão ser implementadas sem a persistência da sociedade. Nesse sentido, observamos que alguns mecanismos sugeridos nas legislações também partem de referenciais conservadores.

O Projeto de Pesquisa que foi proposto configurou-se num esforço contínuo de aprofundar as questões que envolvem a intersectorialidade. Desta feita, contribuiu simultaneamente para as reflexões realizadas pelo núcleo que integra a área de Política Social do Mestrado em Serviço Social/UFPB, reforçou suas respectivas linhas de Pesquisa, além de ter respondido a uma demanda atual do Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social que recentemente vem implementando o projeto integrado “Serviço Social, atenção básica e intersectorialidade”.

Para além dessas premissas, a própria emergência da intersectorialidade como mecanismo de gestão tem demandado esforços na produção do conhecimento, no sentido de desvelar sua materialização e propor avanços na sua utilização.

A proposta da intersectorialidade nas políticas sociais é um tema bastante atual que surge como uma possibilidade de atender as demandas dos usuários eficientemente, isso significa dizer que as diversas políticas devem se articular para

sanar problemas vivenciados pelos usuários, seus determinantes e seus possíveis agravantes.

A intersectorialidade ainda possui uma incipiente produção no âmbito das políticas sociais, por isso nos propusemos a abordá-la e o fizemos a partir da análise da Seguridade Social, visto que a ideia presente no texto constitucional partiu da premissa de que é necessária a articulação entre as diversas políticas públicas¹ para a garantia da proteção social.

A ideia de intersectorialidade está presente em documentos legais que versam sobre as políticas da seguridade, mas é necessário à análise de como se propõe a execução da articulação entre as políticas sociais, para entendermos os entraves a sua implementação.

É importante também compreendermos em qual contexto histórico e quais os atores sociais que interagem para a colaboração simultânea entre as políticas e quais as principais motivações que permeiam a arena decisória, para não deslocarmos o debate do campo contraditório e dialético do qual faz parte a intersectorialidade.

Assim, após a defesa do projeto percebemos a atualidade e a relevância de uma análise que trata de dois programas polêmicos da política de saúde e da assistência. Nessa direção, em nossa dissertação assentamos a análise dos mecanismos intersectoriais na política de assistência social e da saúde na gestão de dois programas de atenção básica, respectivamente, o Programa Bolsa Família (PBF) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Alertamos o leitor que originalmente em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família, que se transformou em Estratégia Saúde da Família em 2006. Observamos que eventualmente usaremos no decurso do texto ambas as nomenclaturas.

No desenvolvimento do trabalho, procuramos analisar se a Política Nacional de Assistência Social e a Política Nacional de Atenção Básica, que têm respectivamente enquanto dispositivos o (PBF) e a (ESF), possuem arcabouços que permitem a articulação intersectorial entre elas.

¹ Utilizamos o termo políticas públicas, pois a literatura convencionou mencioná-las dessa forma, porém ao longo do texto fizemos uma reflexão quanto ao seu uso indiscriminado, visto que elas só devem ser assim consideradas quando a sociedade, os profissionais e os atores políticos interagem para sua formulação, o que não é o caso da grande maioria das políticas brasileiras.

Além disso, procuramos identificar quais os mecanismos apresentados na Norma Operacional Básica de Assistência Social (NOB's/Suas) (2005) para que haja a articulação intersetorial com as demais políticas de corte social, assim como observar quais os mecanismos apontados nas Normas Operacionais de Saúde (NOB 96 e Noas) para que haja articulação intersetorial, garantindo desse modo atenção integral dos usuários.

Ancoradas neste norte, procuramos atingir os objetivos da pesquisa, quais foram: Identificar os mecanismos intersetoriais presentes na legislação de aporte da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa Bolsa Família (PBF); constatar na legislação as interseções entre a ESF e o PBF; analisar criticamente os distanciamentos da ESF e do PBF em relação aos arranjos intersetoriais; identificar as aproximações intersetoriais entre a ESF e o PBF.

Partimos do pressuposto de que os documentos legais que fundamentam as políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social propõem diferentes mecanismos para obtenção da articulação intersetorial, concomitantemente omitem os caminhos que deverão ser percorridos para atingi-la.

Assim algumas questões de pesquisa nos serviram como diretivas tais como: Quais os mecanismos apresentados nas NOB's/Suas para que haja a articulação intersetorial com as políticas de educação, saúde e previdência? Quais os mecanismos apontados na Norma Operacional de Saúde para que haja atenção integral dos usuários? Em que medida os dispositivos apresentados no SUS difere ou se assemelham aos observados no Suas para concretizar a intersectorialidade?

No sentido de nortear a leitura optamos por sinalizar alguns aspectos referentes ao procedimento metodológico, embora em item posterior tenhamos feito uma apresentação mais apurada do percurso metodológico.

Trabalhamos com fontes secundárias de informação, utilizamos enquanto técnica a análise de documentos legais que embasam as políticas de saúde e assistência a partir de uma amostra intencional e tratamos os dados colhidos partir da análise qualitativa. Utilizamos pesquisas documentais e bibliográficas. A coleta de dados foi realizada no período de Julho de 2013 a Janeiro de 2014.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de estudos de autores que subsidiam a construção de um referencial teórico no entorno da intersectorialidade e que está consolidada primordialmente na revisão de literatura.

Já a pesquisa documental incluiu as seguintes legislações e documentos operacionais no entorno da política de saúde e assistência:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei Orgânica da Assistência Social (Loas);
- Política Nacional da Assistência Social (PNAS) (2004);
- Norma Operacional - NOB/Suas (2005);
- Legislação referente à criação do Programa Bolsa Família;
- Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Leis 8.080 e 8.142);
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS) (1996);
- Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas);
- Política Nacional de Atenção Básica e suas alterações com foco para a documentação que cria a Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Política Nacional de Humanização na Atenção Básica;
- As Diretrizes Operacionais para os Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão portaria 399;
- A Lei Orgânica da Seguridade Social, nº 8.212, de 24 de julho de 1991.
- Caderno do Índice de Gestão Descentralizada do Estado (IGD-E);
- Caderno do Índice de Gestão Descentralizada do Município (IGD-M);
- Roteiro de Trabalho da Oficina Intersetorial do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS);
- Curso de autoaprendizado - Matriz de interfaces do Programa Bolsa Família na Saúde.

O presente trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro buscamos analisar como se deu a trajetória do sistema de proteção social brasileiro e como está situado o Programa Bolsa Família e a Estratégia de Saúde da Família nesse contexto.

No segundo dissertamos sobre o estado da arte sobre a intersetorialidade e como essa está situada no campo das políticas sociais. Por fim explicamos o trajeto metodológico perseguido na pesquisa e analisamos as políticas de saúde e assistência, suas leis e normas que operacionalizam a ESF e o PBF, tendo em vista a consecução da intersetorialidade.

CAPÍTULO I - ANÁLISE SOBRE A GÊNESE DA PROTEÇÃO SOCIAL

1.1 – Trajetórias do Sistema Protetivo no Brasil

A Seguridade Social brasileira proposta na Constituição de 1988 se distanciou paulatinamente dos seus primeiros desígnios, que já refletia a disputa entre os diferentes atores sociais e a sobreposição de interesses dos atores que representam o mercado. Para compreendermos o contexto no qual estão inseridas as políticas sociais que compõem a Seguridade Social, quais os rebatimentos para a diminuição das desigualdades sociais e seus limites, é necessário uma breve análise sobre como as políticas sociais se processam num contexto de capital monopolista e a história da constituição das políticas sociais no Brasil.

Em Netto (2011) compreendemos que a organização monopólica trouxe a dinâmica da economia capitalista algumas alterações tais como: a elevação do preço das mercadorias e serviços produzidos pelos monopólios que por consequência obtêm taxas de lucro elevadas, o crescimento da introdução de novas tecnologias que economizam o trabalho “vivo” e aumento dos custos da venda dos produtos, pois o sistema de distribuição e apoio é hipertrofiado.

As contradições visualizadas no período de capitalismo concorrencial são agudizadas no período do capitalismo monopolista. Analisando o surgimento dos monopólios em países europeus Mandel (1982) afirma que a ampliação geral da legislação social ganhou impulso se destinando a salvaguardar a dominação do capital de ataques mais radicais por parte dos trabalhadores concomitantemente assegurar-lhes a reconstituição física de sua força de trabalho onde ela estava ameaçada pela superexploração.

Assim como nos demais países o Brasil requisitou a criação de leis sociais para conter maiores conquistas dos trabalhadores e garantir sua reprodução em meio à manutenção de pobreza necessária nesse processo.

O gargalo dos problemas econômicos do país não podia ser resolvido sem a intervenção do Estado - como acreditava o modelo vigente até meados de 1920 laissez-faire - esse deveria intervir na ordem da acumulação e reestruturá-la

criando condições para que se processasse. Assim de forma paulatina os trabalhadores conseguiram após muitas lutas e reivindicações pressionar o Estado a regulamentar o trabalho de mulheres e crianças, direito a férias remuneradas, e sobre higiene e segurança no trabalho.

Desde o fim do Estado Novo – meados da década de 1940 – até o movimento de ditadura militar em 1964, as políticas de previdência e saúde passaram a ser acessadas pelos trabalhadores que compunham setores primordiais no processo de produção, como os ferroviários e marítimos. Aos trabalhadores que não compunham a seleta classe, o Estado precariamente prestava assistência através da filantropia e alguns atendimentos de saúde – caso os problemas apresentados estivessem enquadrados em algum programa governamental.

Apenas os membros da comunidade que se encontravam localizados em ocupações reconhecidas por lei, eram considerados cidadãos, por isso foi adotado em Santos (1987), o conceito de cidadania regulada, no qual os direitos dos cidadãos estão restritos aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo.

No período da ditadura militar os trabalhadores rurais, autônomos e empregados domésticos foram incluídos no sistema de previdência social, tornando-se “cidadãos”. Nesse período os trabalhadores tiveram acesso aos serviços de proteção social, porém a qualidade dos atendimentos – devido ao aumento da demanda e o baixo investimento – eram precários. Com o objetivo de garantir a satisfação do mercado e atender a demanda, os serviços previdenciários e de saúde oferecidos pela iniciativa pública conviviam com os de iniciativa privada:

Até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAPs, compostas por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A partir da criação do INPS, alegando a incapacidade de a rede própria de serviços fornecer assistência médica a todos os beneficiários, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros. Essa tendência de abandono das ações executivas, em benefício do setor privado foi estabelecida para todos os ministérios, nas Constituições de 1967 e de 1969, bem como no decreto-lei 200/1968 (SCOREL, 2008, p. 2).

A coexistência do sistema privado e do sistema público no atendimento à saúde e a previdência acompanhou o período pós-ditadura e foi bastante danoso para a garantia dos direitos depois da Constituição de 1988.

Para Rua (2005, p. 1) “[...] política consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos.”

Quando falamos em política pública a autora afirma que tratamos de um conjunto de decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores, ela envolve geralmente mais de uma decisão política e requer ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas, uma de suas características centrais é o fato de que são decisões e ações revestidas da autoridade soberana do poder público.

Para a formulação de políticas públicas concorrem vários atores sociais como também os agentes do sistema político, em busca de apoio, que a partir da atividade política dos governos tentam a satisfação de demandas sociais.

As definições de políticas públicas tendem a partir de uma análise do governo, pois nele os embates em torno de interesses, preferências e ideias acontecem. Para contemplar a amplitude das políticas públicas, as quais repercutem no Estado, na política, na economia e na sociedade é preciso ter uma visão geral, uma perspectiva do todo, a fim de apreender como indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses convergem para a sua constituição (SOUZA, 2007).

Souza (2007, p. 80) sintetiza o que os mais conhecidos estudos de modelos de políticas públicas afirmam:

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

Em sua análise sobre as políticas públicas no Brasil Frey (2000), afirma que nos países em desenvolvimento como o Brasil analisar a formação das políticas públicas requer do pesquisador atenção nas especificidades e peculiaridades, afinal nesse país cada município pode instituir suas próprias leis municipais, decretos e emendas.

Além disso, é observado no Brasil:

[...] que o processo de governança é multifacetado, a ciência deve levar em conta o concurso destas várias facetas que, por sua vez, são resultado de uma interação cada vez mais dinâmica entre elementos institucionais, processuais e os conteúdos das políticas (Ibid., p. 252).

Assim a participação da sociedade, através das comunidades e associações, como também de empresas privadas no processo de formação e implantação das políticas públicas deve ser observada pelo pesquisador enquanto novas redes de governança, pois a realidade institucional é caracterizada pela diversidade, complexidade e dinâmica (Ibid.).

Ademais entendemos que as políticas públicas refletem a contradição e o conflito existente entre os diversos atores sociais consequência de uma sociedade que possui um modelo de produção social excludente que necessita excluir trabalhadores do processo de produção para acumular riquezas.

Entendemos que o ideal de políticas públicas é que elas assim sejam denominadas quando na sua formulação e execução os diversos atores sociais, tais como os usuários, os técnicos, sociedade civil organizada e os representantes do Estado, participam ativamente propondo ações que estarão inscritas numa legislação e fiscalizam sua implementação.

As políticas são materializadas em planos de ação governamentais ou em propostas alternativas a eles, podem assumir um caráter assistencialista ou pode gerar mais consciência das pessoas atendidas nas suas lutas para a transformação social (TANEZINI, 2004).

A política social pública visa administrar bens públicos que satisfaçam determinada sociedade tais como: saúde, habitação e educação, devem estar disponíveis para todos, ser indivisível (todos têm acesso na sua totalidade) e não mercantilizados (não regido por critérios de mercado) (Ibid.).

No cenário mundial após a crise de 1929 os países europeus para reestabelecer sua economia centralizaram no Estado o papel de garantidor da proteção social

regulamentando para isso a vida econômica, a saúde social e política. Inspirados na escola keynesiana a qual acredita que a economia não é autorregulável e por isso a atuação do Estado é indispensável, após a Segunda Guerra Mundial tivemos a expansão do Estado de Bem-estar.

No pós-guerra, o Estado de bem-estar consolida-se como modelo da democracia social dominante nas economias capitalistas avançadas, malgrado diferenças não desprezíveis entre as trajetórias nacionais. Seus traços marcantes estão no papel desempenhado pelos fundos públicos no financiamento da reprodução da força de trabalho e do próprio capital, na emergência de sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados de políticas sociais (educação, saúde, previdência, etc.) e na expansão do consumo de massa, padronizado, de bens e serviços coletivos (VIANNA, 2000, p. 18).

Acerca dessa expansão Oliveira (1988) pontua que era necessária a ascensão do consumo de massa e para isso devia ser combinado “[...] o progresso técnico, a organização fordista da produção, os enormes ganhos de produtividade e o salário indireto, estes dois últimos fatores compondo o rapport salarial (Ibid., p. 10)”.

As relações econômicas e sociais no pós Segunda Guerra se deram a partir do padrão keynesiano-fordista e tiveram na instituição da seguridade social o impulso necessário para o consumo em massa. A Seguridade Social se estruturou nesses países tendo como referência a organização do trabalho, tanto o modelo alemão Bismarkiano de seguro social – que surgiu em 1883 e se assemelha a um sistema de seguros privados – quanto o modelo inglês Beveridgiano – que surgiu em 1942 e têm um caráter universal - possuem como função principal garantir os benefícios derivados do trabalho (BOSCHETTI, 2006).

Esses princípios influenciaram o surgimento de diferentes modelos de seguridade social nos países capitalistas e as políticas sociais existentes na atualidade apresentam características dos dois modelos, dificilmente pode ser encontrado o “modelo puro” de um desses (Ibid.).

Na literatura sobre o Welfare State existe um debate recorrente acerca de suas características e implicações no panorama latino-americano, vemos em (DRAIBE, 2007), que o sistema das Nações Unidas teve o crédito maior em retomar, reconceituar e disseminar o enfoque das políticas sociais enquanto condição para ampliar o desenvolvimento econômico, e fez isso a partir de algumas matrizes analíticas dentre elas: a inserção produtiva e o desenvolvimentismo. A expressão

inserção produtiva norteia os programas sociais enquanto o termo desenvolvimentismo é atribuído a alguns tipos de Estado de bem-estar.

Uma corrente que influenciou muitas experiências de programas e políticas latino-americanas a promover programas educativos e de capacitação para o emprego produtivo e a autonomia dos trabalhadores para a instalação de microempresas, foi à concepção do “bem-estar mediante a inserção produtiva” (Ibid.).

Essa concepção associada aos partidos social-democratas europeus dos anos 1990 entendia que deveria haver uma redução dos riscos sociais mediante educação e capacitação e assim os beneficiários de serviços e bens sociais poderiam se transformar em cidadãos independentes e que garantem sua própria proteção social (Ibid.). Ademais essa proposta reduzia o modelo de Welfare state em regras morais e normas de conduta que desprezam a justiça social, a universalidade e a igualdade (SABEL; ZEITLIN, 2003 *apud* DRAIBE, 2007).

Os trabalhos comparados sobre os estados de bem-estar nos países desenvolvidos tiveram nos estudos de Esping-Andersen, uma geração amparada em três “regimes de bem-estar”, o regime liberal, o conservador-corporativo e o social-democrata. Seu estudo partiu da relação pública privado na provisão social, do grau de desmercantilização dos bens e serviços sociais e seus efeitos na estratificação social e por fim no grau de desfamiliarização (Ibid.).

A partir do estudo desse autor e de outros Draibe (2007) afirma que as características de um regime de bem-estar social podem ser dadas:

- A partir de um dado padrão de provisão social seja produzido pelo Estado ou pela sociedade civil organizada,
- Por uma estrutura de sistema público de políticas sociais,
- Por um tipo predominante de estrutura familiar relacionada também a divisão sexual do trabalho, como resultado de instituições que correspondem a certo grau de autonomia do bem-estar das famílias em relação ao mercado de trabalho e aos sistemas domésticos de cuidado e proteção,
- Por um modelo dominante de solidariedade e o efeito no grau de estratificação social,
- Pelo modelo de financiamento se é voluntário ou não, solidário ou compulsório de base contributiva ou fiscal,

- Pelas características e tradições culturais ou regulações religiosas referidos à esfera familiar da reprodução social a estrutura familiar de poder e à situação da mulher na sociedade relativa ao trabalho remunerado ou não,
- Através do desenvolvimento e de mudanças dos sistemas nacionais de proteção social,
- Das estruturas institucionais e capacidades estatais pretéritas que refletem decisões de diferentes grupos de interesse e coalizões políticas,
- De influências do sistema internacional sobre as políticas sociais dos países individualmente.

Esse conjunto de dimensões e processos receberam variadas críticas que vão desde a consideração do papel da família, da dimensão de gênero e divisão sexual do trabalho, ademais aos limites de abrangência do uso das categorias de Esping - Andersen (Ibid.).

O estudo do Estado de bem-estar no contexto da América Latina requer a apreensão de sua dinâmica na relação com sua estrutura social, o conceito de “Estado latino-americano desenvolvimentista de bem-estar social” foi usado para captar as especificidades dos sistemas de proteção social em Draibe e Riesco, (2007 *apud* DRAIBE, 2007).

Nos estudos de Vianna (2000) ela alerta que há uma imprecisão sobre o termo Estado de Bem-estar o qual no quadro brasileiro muitos consideram descabida visto que os elementos que trazem consenso a respeito dessa concepção estão ausentes no Brasil.

Embora enfoques diversos (e até divergentes) tenham se sucedido na interpretação da natureza e/ou finalidade do Welfare State no mundo moderno, o fato é que com as mudanças operadas no processo de acumulação a partir dos anos 30, redefine-se o papel do Estado, criando-se as bases econômicas, políticas e ideológicas para o provimento público de bem-estar. O fortalecimento dos partidos social-democratas, a difusão do fordismo como modelo de organização industrial e a imensa aceitação das propostas keynesianas foram elementos essenciais para a construção do conceito de Seguridade Social (Ibid., p. 17).

Assim sobre o Brasil ela alega:

Pode-se afirmar, assim, que o Brasil fez a sua reforma à inglesa, eliminando os fundamentos bismarckianos de um sistema montado nos anos 30 com as características segmentares do alemão. Contudo, a despeito das britânicas intenções reformistas e da proposta beveridgeana sancionada constitucionalmente, o modelo brasileiro de proteção social vem se tornando, na prática, cada vez mais “americano”. Pois, ainda que formalmente universais e imaginadas como indutoras de cidadania, as provisões públicas se resumem a parques benefícios para os pobres, enquanto ao mercado cabe a oferta de proteção àqueles cuja situação permite a obtenção de planos ou seguros privados (Ibid., p. 138).

Acerca da construção das políticas sociais, temos que o autoritarismo vivenciado na ditadura militar rompeu com a trajetória do autoritarismo varguista de natureza “alemã” e inaugurou um modelo americano de política social, que ainda sobrevive apesar da constituição de 1988 ratificar a proposta inglesa contida no referencial beveridgiano que universaliza direitos sociais (Ibid.).

A proteção social baseada no modelo inglês previa a sua universalidade, garantida pelo Estado e sociedade nos momentos de vulnerabilidade social do cidadão, no entanto a política neoliberal implementada no país em meados dos anos 1990 somado a influência americana, tem seguido práticas que reduzem e precarizam os sistemas de proteção, levando a profundas distorções sociais.

Com a crise de 1970 as medidas protetivas do Welfare State passaram a ser questionadas e ideias de redução do papel do Estado para a expansão do mercado foram apropriadas por organizações internacionais tempos mais tarde.

Em seus estudos Oliveira (1988) aponta que a internacionalização produtiva e financeira foi responsável por essa crise capitalista, pois as empresas dos países desenvolvidos passaram a instalar suas filiais em países que requeriam menos custos sociais e assim não contribuíam com o país de origem onerando-o à medida que aumentava os gastos com benefícios sociais.

Assim a regulação Keynesiana previa que o Estado intervisse no mercado tanto garantindo o fundo público para financiar o capital quanto os gastos sociais, ademais ascendia o consumo em massa e os ganhos com a produtividade, garantindo-se através de políticas sociais o salário indireto. Porém com a internacionalização a consequência natural foi à crise fiscal e o déficit público:

Deve-se assinalar, desde logo, que aquela circularidade foi possível graças ao padrão de financiamento público do Welfare State, um dos

fatores, entre outros, aliás, que levaram à crescente internacionalização. [...] Em outras palavras, a circularidade anterior pressupunha ganhos fiscais correspondentes ao investimento e à renda que o fundo público articulava e financiava; a crescente internacionalização retirou parte dos ganhos fiscais, mas deixou aos fundos públicos nacionais a tarefa de continuar articulando e financiando a reprodução do capital e da força de trabalho. Daí que, nos limites nacionais de cada uma das principais potências industriais desenvolvidas, a crise fiscal ou “o que um ganha é o que o outro perde” emergiu na deterioração das receitas fiscais e para-fiscais (previdência social, por exemplo), levando ao déficit público (Ibid., p.12-13).

A proposta de redução do papel do Estado, no entanto é apenas para os gastos sociais, pois, o fundo público continua a ser financiador do capital como vemos em (Ibid., p. 25): “[...] não se trata, como o discurso da direita pretende difundir, de reduzir o Estado *em todas as arenas*, mas *apenas naquelas* onde a institucionalização da alteridade se opõe a uma progressão do tipo “mal infinito” do capital.”

No welfare state a política social possuía uma preocupação para além do controle de indigência e manutenção da ordem, ao contrário estava associada ao estatuto da cidadania o que levou ao aumento do gasto público e a complexificação da relação Estado e sociedade (PEREIRA; STEIN, 2010). Em meados de 1980 teses neoliberais que previam mudanças nos sistemas de proteção social passaram a ter maior visibilidade essas eram “orientadas para a privatização, fragmentação, focalização da política social e criação de programas de emergência, dirigidos a população ou grupos “carentes” (STEIN, 2000 *apud* ibid., p.110).

Enquanto os países avançados estavam entrando em crise e discutindo a redução dos padrões de proteção social, o Brasil estava debatendo a universalização das políticas sociais, assim em meio a esse panorama foi aprovada a Constituição Federal de 1988, que apesar de propor políticas sociais progressistas para o que até então tínhamos, não conseguiu concretizar mudanças efetivas no quadro social devido às investidas neoliberais.

No Brasil, antes de se consolidar um modelo institucional capaz de assegurar, de fato, um padrão de proteção social universal, fortaleceram-se estratégias focalistas e discriminatórias de atenção social orientadas por organismos multilaterais, como o Banco Mundial (Bird), o Banco Interamericano de Desenvolvimento Social (BID) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) (Ibid., p. 110).

Até a democratização do Brasil as políticas de saúde, previdência e assistência social, não estavam garantidas enquanto direito e não eram universais. A saúde e a previdência eram acessadas principalmente pelos trabalhadores via contribuição previdenciária, aos demais cabia à filantropia ou serviços privados pagos, enquanto a assistência social legitimava o poder do Estado através de práticas assistencialistas.

O princípio da universalidade, que rege a política de saúde assim como da educação no Brasil, parte do objetivo democrático de não discriminar os cidadãos de acessar serviços e bens públicos, portanto não estabelecer critérios desiguais de elegibilidade que humilhem ou envergonhem, desrespeitando o status de cidadania (Ibid.).

No final de 1970 a ideia de seletividade passou a ser usada em virtude da complexidade de operacionalizar a universalidade em sociedades de classe, porém esse termo permite interpretar que os governos devem se concentrar nas necessidades sociais e não na rentabilidade econômica, por isso o Banco Mundial passou a não mais usá-lo, mas adotou o termo “focalização na pobreza” alegando que esse é mais eficiente e eficaz para alocar recursos escassos (Ibid.).

A ideia da focalização em detrimento da universalidade é vendida enquanto mais racional, visto não desperdiçar recursos escassos e por ser apresentada enquanto mais democrática, por avaliar as individualidades, ademais parte da aceitação da desigualdade social como algo natural (Ibid.).

Concomitantemente se discutia a respeito do conteúdo e finalidade da política social tais mudanças na nomenclatura ocorreram e por isso programas universais e seletivos se basearam no critério da equidade, embora seu sentido original não possa compactuar com a ideia de seletividade (Ibid.).

Analisando as políticas sociais pós Welfare é perceptível que a seletividade apresentada pelas políticas sociais não objetiva alcançar a justiça, mas defender os gastos sociais reduzindo o que se entende por necessidades humanas ao mínimo possível para diminuir as despesas do Estado (Ibid.).

A escolha por políticas sociais seletivas ou focais tem levado a algumas consequências que podem ser danosas no processo operacional tais como: a identificação exata das necessidades e a hierarquização das situações de acordo com os objetivos estabelecidos, aumento dos custos administrativos para diferenciar os

beneficiários e a possibilidade de reforçar e provocar a dependência dos beneficiários em relação ao Estado (Ibid.).

Os programas focalizados na pobreza além de conter mecanismos reguladores vexatórios e constrangedores também impõem condicionalidades e contrapartidas, que destroem a lógica do direito, pois o beneficiário é visto como aquele que encontra-se em falta e é dependente da ajuda do Estado (Ibid.).

Acerca da proteção social proposta pela Constituição Federal de 1988 foi percebido que:

[...] no Brasil, embora haja uma estrutura formal de proteção social (estabelecida pela Constituição como Seguridade Social), potencialmente capaz de combater a pobreza e diminuir as desigualdades, o raio de ação de tal estrutura ainda é restrito e insuficiente para enfrentar as imensas carências que assolam a população. (VIANNA, 2005, p. 1).

A proteção social proposta é insuficiente dentre outros fatores porque a Seguridade Social, não tem uma base de financiamento expandida, como também devido à ausência de um orçamento próprio, de um órgão gestor único e de leis que articulem as políticas sociais a partir de uma diretriz comum (Ibid.).

Somado a essa situação a permanência de sistema privado no tocante as políticas de saúde e previdência, a inserção de políticas sociais focalizadas e pontuais que restringem direitos sociais, a incipiente participação popular no planejamento e fiscalização das políticas sociais, concomitantemente a prática prejudicial do lobby, dificultam o avanço dos direitos sociais.

O conceito de Seguridade Social adotado pela Carta Magna afirmou critérios diferenciados para o acesso das políticas sociais que a compõem. Enquanto o direito a previdência é garantido a partir da contribuição dos trabalhadores, os demais prescindem contribuição. O acesso é limitado a “quem necessitar” segundo critérios de seleção para a assistência social e universal, porém sucateado e precarizado no trato a saúde.

A disposição desse conceito na Constituição Federal de 1988 representa um grande avanço em relação aos períodos anteriores e foi instituído após um longo processo de disputas de projetos sociais com interesses diversos.

Para a construção da Seguridade Social, o movimento de reforma sanitária foi decisivo, pois este tinha uma noção ampliada de saúde que contemplava os determinantes sociais, considerando imprescindível a articulação das diversas políticas sociais e também da política econômica, para a manutenção dela.

Interesses de grupos empresariais tais como da indústria farmacêutica, hospitais privados, de bancos e financeiras, também foram contemplados na instituição da seguridade, na medida em que a constituição previa sistemas complementares para as políticas sociais.

Contudo, a valorização dos sistemas privados no trato à saúde e a previdência social em detrimento dos sistemas públicos oferecidos pelo Estado prejudica a valorização desses por parte da sociedade, visto que é penalizada com mau serviço público oferecido.

Assim após a democratização os trabalhadores ao invés de acessarem o sistema de saúde precário ou de contar apenas com a limitada aposentadoria do sistema de previdência social, acessam planos de saúde com cobertura reduzida e contribuem para o sistema privado e inseguro de previdência.

As mudanças no processo de reestruturação da economia capitalista, como a globalização, a reestruturação produtiva, a nova divisão do trabalho e a reforma do Estado, requisitam a flexibilidade nas relações trabalhistas através da redução de direitos e precarização das condições de trabalho, além da ampliação de trabalhadores fora do mercado formal.

Nesse processo em que os direitos trabalhistas são reduzidos ou desrespeitados, para satisfazerem suas necessidades, os trabalhadores são atraídos a empresas que oferecem certos “benefícios” tais como: previdência privada, plano de saúde, vale refeição, auxílio creche, dentre outros.

Esse movimento dificulta a compreensão deles acerca da garantia que o Sistema Único de Saúde e a Previdência Social possuem enquanto cobertura e segurança, ao mesmo tempo em que colabora para esfriar a luta por direitos sociais.

As políticas sociais tem um papel fundamental para as sociedades capitalistas, pois permitem a reprodução do capital em meio à contradição que gera, subsidiando condições de sobrevivência para os trabalhadores e para o exército industrial de reserva, porém elas não podem extinguir a desigualdade social que fomenta a existência desse sistema de produção.

Por isso, quando o Estado implanta, amplia, reduz, precariza, as políticas sociais, colabora para a manutenção das desigualdades sociais arraigadas e necessárias ao capitalismo e a própria existência do Estado.

Assim, o planejamento, a implantação e a execução das políticas sociais não podem estar distanciados de uma perspectiva fragmentada da realidade social, isso sucede porque considerar os problemas sociais enfrentados por determinada população em sua totalidade percebendo os seus determinantes implica admitir que a desigualdade social perdurará num contexto de exploração do trabalho na lógica capitalista de produção, importa considerarmos que:

[...] a intervenção estatal sobre a “questão social” se realiza, com as características que já anotamos, fragmentando-a e parcializando-a. E não pode ser de outro modo: tomar a “questão social” como problemática configuradora de uma totalidade processual específica é remetê-la concretamente à relação capital/trabalho – o que significa, liminarmente, colocar em xeque a ordem burguesa. (NETTO, 2011, p. 32).

A criação de políticas sociais não apenas em âmbito nacional, mas observado também em relação aos demais países, obedeceu a lógica apresentada por Netto, em que as expressões da questão social recebem intervenções isoladas cabendo a cada política a expressão específica a sua área de atuação, sem fazer a devida correlação com as demais áreas e sem considerar os determinantes das demandas apresentadas.

As políticas sociais brasileiras tem seguido um percurso distinto daquele traçado nas pretensões da Carta Magna, visto que tendem a se concentrar em grupos específicos em detrimento de propostas mais universais e inclusivas, exemplo disso é a proposta do Programa Saúde da Família, que posteriormente adotou o nome de Estratégia de Saúde da Família, assim como o Programa Bolsa Família.

1.2 – PSF e BF: Focalização das políticas protetivas

As políticas sociais brasileiras tomaram nova roupagem a partir da Constituição de 1988 políticas que antes eram acessadas apenas por aqueles que estavam

inseridos no mercado formal de trabalho passaram a ser direito do cidadão e dever do Estado, tais como a saúde e a assistência social, elas partem da premissa da universalidade e da seletividade respectivamente, essa última como ratificada na Carta Magna, “a quem dela necessitar”.

Para a saúde ser promulgada enquanto direito do cidadão e dever do Estado em 1988 às pressões realizadas desde a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tiveram grande influência. A adoção do conceito de saúde como instituído pela Organização Mundial de Saúde em 1948, que estabelece a saúde enquanto bem estar psicológico, biológico e social, na Carta Magna foi fundamental para ser percebida a importância dessa política se articular com as demais.

Pansini (2011) destaca que baseada na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Declaração de Alma Ata, a Constituição Federal de 1988 englobou um conceito mais abrangente de saúde que contempla seus condicionantes e determinantes, legitima o direito universal a atenção em saúde primando o Estado em sua garantia e institui o Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter público organizado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada.

Apesar das conquistas e dos avanços propostos na Constituição o contexto econômico e social que seguiu a sua promulgação não contribuiu para sua consecução, ao contrário, programas desconexos as ideias de universalidade, descentralização e participação social foram implementados tais como o Programa Saúde da Família e o Programa Bolsa Família, que surgiram enquanto propostas de governo para as políticas de saúde e assistência.

O processo de questionamento às políticas de proteção social ocorreu devido à crise econômica vivenciada na década de 70 e levou a redução do sistema de bem estar dos países desenvolvidos concomitantemente influenciou a implementação das políticas sociais assim como ratificada na Carta de 1988.

Para garantir a saúde enquanto direito de todos e dever do estado foi constituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que possui esse nome por integrar um conjunto variado de instituições dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado que objetivam o atendimento à saúde provida pelo Estado, segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todos os estados e municípios brasileiros. Tem como diretrizes a descentralização, atendimento integral

e a participação da comunidade, como princípios doutrinários, a universalidade, equidade e a integralidade.

Os princípios organizativos do SUS são seis (SPINOLA, 2010):

1. Regionalização; os serviços de saúde estão dispostos em áreas geográficas delimitadas e com a definição da população a ser atendida,
2. Resolutividade; o serviço de saúde deve estar capacitado para resolver problemas de saúde;
3. Descentralização; redistribui as responsabilidades quanto as ações e serviços de saúde entre os níveis de governo;
4. Participação dos cidadãos; que ocorre através de suas entidades representativas;
5. Hierarquização; os serviços estão organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente;
6. Complementaridade do setor privado; ele é requisitado para atender a demanda que o sistema público não conseguiu suprir.

Queremos destacar a descentralização entre esses princípios, pois como está definido na Carta Magna acabou contribuindo para um processo de indefinição das competências e atribuições dos estados, seu maior desafio é trazer efeitos positivos diante de históricas desigualdades inter-regionais, até porque persiste uma lógica de relacionamento intergovernamental competitiva quando é imprescindível interações cooperativas, ademais a transversalidade (MONNERAT, 2009).

Tendo como base a experiência de descentralização das políticas sociais, é possível supor que num país com estrutura federativa como o nosso, a ausência de indução federal e estadual para a implantação da intersetorialidade tende a contribuir para o insucesso da proposta que se quer implementar. Assim, a intersetorialidade também depende de incentivos e de atitudes indutivas por parte do governo federal, de modo que as iniciativas isoladas no nível local não são suficientes (Ibid., p.44).

A descentralização na política de saúde tem avançado no que concerne ao planejamento e gestão setorial, porém devido ao modo fragmentado de produzir

política as mudanças no padrão de saúde são limitadas. A diretriz da intersetorialidade aparece subsumida ao princípio da integralidade, contido na CF, contudo os diferentes significados atribuídos pelo setor ao termo tem deixado turva a visão da integração entre as políticas sociais, não sendo entendimento predominante (Ibid.)

As ações de saúde se dão em três níveis de complexidade, na atenção básica, na média complexidade e alta para garantir respectivamente a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. O arcabouço legal do SUS está inscrito nos artigos 196 até o 200 da Constituição Federal, a lei 8.080 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e da organização e funcionamento dos serviços e a 8.142 de dezembro de 1990 sobre os fundos, conselhos e conferências de saúde.

Além desse arcabouço foram emitidas pelo Ministério da Saúde (MS) as Normas Operacionais Básicas (NOB's) e as Normas de Assistência à Saúde (Noas - SUS) para orientar os gestores no processo de descentralização, elas se tornaram o principal instrumento de reforma da saúde, a intensa disputa pelo seu conteúdo ocasionou desvios e retrocessos na implementação da política de saúde, Arretche, (2005, apud PANSINI, 2011).

Ademais NOB's e Noas's e a descentralização defendidas pelo movimento sanitário, foram utilizadas pelo grupo conservador para frear a implementação da política de saúde na perspectiva da universalidade e do direito, (PANSINI, 2011). Apesar de orientarem os gestores na implementação do SUS e colaborar para a municipalização e a regionalização as NOB's e Noas's refletem a disputa entre as forças conservadoras e progressistas como também a derrota dessa última em diversos aspectos para a garantia da universalização e equidade em saúde.

A partir de 1990 com a inspiração de ideias neoliberais nas ações do Estado, foram expandidas iniciativas solidárias com direção compensatória, e centrada nos mais pobres, com ações tímidas, seletivas e privatistas (YAZBEK, 2004). Movimentos contra a fome e a pobreza tais como Ação da Cidadania contra a fome e a miséria e pela vida se articulavam através de redes de solidariedade e tinham uma grande participação voluntária da população organizada em comitês por todo país (MONNERAT, 2009).

Apesar das críticas realizadas a esses movimentos, como a de Draibe (1998) (apud, MONNERAT, 2009) que considera o plano de Combate à Fome e à Miséria

pela Vida de curta duração e com impactos insignificantes com relação aos problemas inerentes à pobreza, foi em torno desse debate que os direitos à alimentação, saúde e nutrição adquiriram maior visibilidade no cenário brasileiro.

No que concerne a política de saúde no país a proposta de redução de custos e focalização dos serviços foi materializada no âmbito da atenção básica em programas e iniciativas municipais que propunham a prevenção e a assistência a partir da matricialidade familiar através do Programa de Agente Comunitário de Saúde, (Pacs) e posteriormente do Programa de Saúde da Família (PSF).

Com respeito ao processo de implementação da política de saúde vemos que Marques e Mendes, (2009, apud PANSINI, 2011, p. 59) “[...] o processo de implementação da política de saúde foi marcado 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”.

Vemos em Viana e Poz (1998) que o sistema de saúde brasileiro passou por dois tipos de reforma, a primeira trouxe mudanças expressivas num curto espaço de tempo com a reforma advinda de 1988 com a nova Constituição, por isso pode ser denominada de Big Bang. As principais características advindas dessa reforma foram: a criação do sistema nacional de saúde, a proposta de descentralização e o chamamento para a participação de todos os atores envolvidos com a política de saúde.

O segundo tipo recebe o nome de Reforma Incremental e ela se refere a características observadas também em outros países em meados da década de 1990 tais como: “[...] a separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde; inclusão de mecanismos de mercado através da competição administrada; e a ênfase na efetividade clínica [...]” (Ibid., p. 19).

Esse processo de reforma resultou em modificações no desenho e operação da política e ocorre de forma separada ou simultânea nas formas de organização dos serviços, na alocação dos recursos, na forma de remuneração e no modelo de prestação dos serviços (Ibid.).

Exemplo dessa reforma incremental são as mudanças que surgiram com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF) assim:

[...] o PSF se constituiu em uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimentos), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização. (Ibid., p. 16).

O Pacs foi institucionalizado pelo ministério da saúde em 1991, antes disso apenas algumas regiões tinham adotado esse programa a partir da ação dos estados, além da perspectiva da família o programa trouxe a ideia de prevenção, de integração com a comunidade e de uma visão mais abrangente sobre a saúde (Ibid.).

Seu objetivo inicial era reduzir os índices de mortalidade infantil e materna, mas auxiliou a implementação do SUS e a organização dos sistemas locais de saúde, pois, exigiu dos municípios que aderiam a ele à disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão das ações de saúde, uma unidade básica de assistência, conselhos municipais de saúde, além de um fundo municipal de saúde para receber recursos do programa (Ibid.).

Com o Pacs foi desenvolvido uma articulação entre os diferentes níveis de sistema e uma participação que até então inexistia entre agentes e comunidade, o seu êxito influenciou o ministério da saúde a formular o Programa Saúde da Família, (Ibid.).

O Programa Saúde da Família nasceu, a partir da experiência do Pacs, do Programa Médico da Família de Niterói e da experiência do Ceará (que adotou o enfermeiro para supervisionar agentes de saúde), na Fundação Nacional de Saúde, (Ibid.). Ele tinha como objetivo reorganizar o SUS e a municipalização da saúde priorizando para isso as áreas de risco e exigia dos municípios o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde para realizar o convênio.

Em 1994 o Ministério da Saúde regulamentou o PSF com a Portaria/MS de nº 692, acerca dessa regulamentação:

[...] ocorreu em função da necessidade de se estabelecer solidamente um modo de funcionar o Sistema de Saúde que propusesse definitivamente a efetivação do SUS, em que PSF operasse com a função de resolver a maior parte dos problemas básicos de saúde, investindo também na promoção da saúde. Tanto que, apesar de ter expandido o nome Programa de Saúde da Família, este não está

sendo caracterizado pelo Ministério da Saúde como um programa novo a ser implantado mas sim, como uma estratégia, pois não traz propostas inovadoras diferenciadas do SUS, mas a consolidação de todos os seus princípios, no auxílio de sua expansão (BORGES, 2002, p. 13).

Ademais o PSF ou ESF (Estratégia de Saúde da Família) em 1995 foi transferido da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência a Saúde devido aos bons resultados apresentados pelos Pacs, ao desenvolvimento de novas práticas profissionais e também da experiência do Programa Médico de Família e da implantação da estratégia do Comunidade Solidária (VIANA; POZ, 1998).

Essa estratégia serviu de instrumento de articulação da saúde com outras áreas de políticas, além disso, ela facilitou a adoção do PSF pelos estados, seu apoio deu ao PSF maior visibilidade (Ibid.).

O PSF contou na fase de formulação com a aliança de secretários municipais, técnicos do sistema local, técnicos da Comunidade Solidária, de organismos internacionais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), até mesmo de países que desenvolvem práticas de saúde da família, porém a corporação médica se comparada as associações privadas da comunidade pouco se mobilizou (Ibid.).

Na análise de Viana e Poz (1998) algumas questões dificultaram a expansão do programa dentre elas:

1. A estrutura centralizadora e inflexível do Ministério da Saúde que dificultou o processo de descentralização, e dificulta o estabelecimento de pactos de cooperação;
2. Formação de recursos humanos, e as resistências das faculdades em explorar a Saúde Coletiva e desenvolver a formação de médicos generalistas.
3. Resistências corporativas (dos Conselhos de Enfermagem e Medicina).
4. Ideia de que a atenção primária é sinônimo de tecnologia simplificada, a confusão entre essas ideias amplia o número de opositores ao programa.

Baseada nos estudos de Domingues (1998, *apud* BORGES, 2002), o trabalho das equipes do PSF está fundamentado nas questões:

1. Educativas- com o incentivo à população na participação do planejamento e controle das ações de saúde,
2. Globalidade – atenção integral até mesmo aos não doentes,
3. Atenção de saúde ativa – para além da clínica, com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação,
4. Continuidade da atenção – seja no lar, nos ambulatorios, em emergências ou nas internações hospitalares,
5. Sistema de encaminhamento – referência e contra-referência,
6. Informação estatística - manter o sistema de informação atualizado para controlar e avaliar o trabalho,
7. Educação continuada – atualização dos profissionais através do programa de capacitação,

Algumas premissas são fundamentais para viabilizar um bom funcionamento do PSF, tais como: a abordagem interdisciplinar, a ênfase na promoção de saúde, a participação comunitária e controle social, o acompanhamento e avaliação das ações e a formação do profissional da saúde (BORGES, 2002).

A abordagem interdisciplinar parte de uma perspectiva mais ampla da saúde e tem no olhar de cada profissional de diferentes disciplinas contribuições valiosas para interpretar a realidade e propor soluções para os problemas de saúde. Porém na prática vemos que a interdisciplinaridade é dificultada a partir do momento em que a figura do médico ocupa um papel central tendendo a se sobrepor a dos demais profissionais nas UBS. Somado a isso, em prol da redução de custos, a permanência de outros profissionais de saúde, tais como: assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos; tem sido dificultada. Ademais a própria ideia de equipe mínima para as unidades de saúde não consegue priorizar o princípio da integralidade da atenção pois está restrita a poucas categorias profissionais.

No que tange a ênfase na promoção de saúde parte-se da premissa de que a saúde está para além dos aspectos biológicos, portanto são necessárias ações que garantam a qualidade de vida, seja no campo profissional, cultural e econômico. No Brasil a promoção de saúde teve como proposta hegemônica a multiplicação de serviços básicos de saúde, porém os profissionais responsáveis pela ampliação dos serviços de saúde não estavam preocupados com a inadequação da prática médica

tradicional aos meios populares e com isso os serviços preventivos e coletivos foram incorporados dentro de um padrão tecnificado, especializado e sem a capacitação profissional (ibid.).

Para fortalecer ações em prol da promoção da saúde é indispensável a participação popular, ao longo da história brasileira ela tem sofrido modificações que permitiram alguns avanços, como por exemplo o que levou a ratificação da saúde como dever do Estado, porém como sinaliza (ibid., p. 23) “Os movimentos populares têm se tornado mais organizados e conseqüentemente mais burocratizados o que causa a sensação de declínio da participação comunitária.”

Permeia a centralização, do poder de decisão mesmo após a instituição de espaços para a participação e o controle social, como os conselhos de saúde. Neles, via de regra, a população é cooptada, suas sugestões e propostas são sufocadas dada a permanência da burocracia e de atores favoráveis à gestão que intimidam e constroem soluções baseadas na equidade, na democracia e no direito de ser bem assistido dos cidadãos.

Vemos em Pinheiro e Mattos (2006) que as ações de promoção da saúde, incorporadas como tecnologias de gestão do cuidado, que antes eram compreendidas como um conjunto de “tecnologias simplificadas” surgiram no contexto de experiências inovadoras na saúde como práticas caracterizadas pela elevada densidade tecnológica. Tal característica se deu devido à amplitude e a interdisciplinaridade dos conhecimentos, a partir desse entendimento ficou evidenciada a atenção básica como um nível que proporciona um espaço com estrutura e condições de funcionamento importantíssimo para solidificar os princípios do SUS.

É importante enfatizar que o cuidado na atenção à saúde, nessa perspectiva, é tomado como uma tecnologia assistencial complexa, presente em todos os níveis de atenção do sistema, pois, ao praticá-lo, se buscariam estabelecer *relações de saúde e relações sociais*. Ou seja, ao garantir as relações entre a epidemiologia, as ciências humanas e as ciências biomédicas, contribui para a construção de conceitos e estratégias assistenciais mais ricas e eficazes. (Ibid., p. 15).

Os limites das ações de saúde na atenção básica e a construção da integralidade estão relacionadas à permeabilidade das instituições políticas e sociais aos valores democráticos da Carta Magna, pois o estilo de gestão, a cultura política e os

programas de governo, quando aderem a esses valores aumentam as possibilidades de um agir em saúde que renova e recria novas práticas a partir de novos conhecimentos, advindos de uma relação entre profissional, usuário e gestor, (Ibid.). A atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica do SUS na medida em que propicia a construção contínua com a população:

Essa proposta inova na medida em que redefine a *idéia* de redes de ações e serviços de saúde, como uma cadeia de cuidado progressivo em saúde, no qual se considerem a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde, para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. (ibid., p. 17).

É defendido pelos autores supracitados uma reforma da reforma sanitária, que deve se dar a partir de uma leitura crítica dos avanços e desafios da construção do SUS, assim é necessário considerar que os espaços públicos de participação devem reposicionar as “elites de reformadores em saúde” permitindo uma aliança entre planejadores gestores do cotidiano de saúde e as lideranças dos movimentos populares e sindicais (ibid.).

Tal perspectiva inova na concepção de participação nos processos decisórios em saúde, pois não reduz a participação exclusivamente às práticas de controle social, com sua característica “fiscalizatória” dos usuários sobre as ações de saúde, quando o objetivo deveria ser a efetivação de seu protagonismo na formulação e decisão acerca das políticas de saúde (ibid.). Assim é consensual a importância da participação social para o avanço dos direitos da saúde, contudo devemos considerar primordialmente o papel do Estado para sua garantia:

A participação popular não exclui a responsabilidade do Estado, mas inverte a lógica do controle, ao se organizar as ações a partir das necessidades e reivindicações que são direitos da população, ao invés de partir das demandas governamentais. (LACERDA, et all. 2006, p. 449).

Portanto as novas tecnologias de gestão devem ter no controle social e na participação política seus principais instrumentos, visto que devem primar pela perspectiva democrática. As tecnologias de gestão devem garantir que haja condições democráticas de inter-relações dos diferentes conhecimentos como a epidemiologia,

as ciências biomédicas, ciências humanas, e políticas, objetivando conceitos e estratégias assistenciais mais ricas e eficazes para o enfrentamento dos problemas prioritários da saúde da população (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Em Bonet e Tavares (2006) temos uma análise sobre as relações entre as redes institucionalizadas do PSF e das redes intersticiais (relações de amizade, das redes da vizinhança e com religiosos), eles reconheceram as fragilidades de um programa pensado de forma centralizadora, mas que permitiu a compreensão e a visualização do indivíduo enquanto situado num território com suas redes de sociabilização.

As redes estão no pano de fundo em que as ações de saúde são realizadas e concordam com elas e também podem discordar, visto que a partir do contato com o círculo de amizade dos usuários é possibilitada ou não uma colaboração entre diferentes saberes terapêuticos e religiosos que se associam ao uso do corpo e podem economizar as emoções (ibid.).

O processo de territorialização do PSF não deu a devida importância as características próprias do território, o qual possui suas peculiaridades sendo algumas regiões completamente heterogêneas, sendo atendidos por elas sujeitos que não partilham de realidades semelhantes, (ibid.).

Uma qualidade da territorialização é criar uma relação entre os profissionais de saúde e a população assistida, a rede de agentes sociais é chamada de redes intersticiais:

Assim, do ponto de vista “formal” da estruturação do PSF, essas redes intersticiais não vêm sendo consideradas, já que a organização do trabalho da equipe de saúde compreende uma rede entre o médico (podendo contar também com outros profissionais, como enfermeiro e assistente social), agentes de saúde e a população assistida. Mas no cotidiano do trabalho elas adquirem visibilidade, produzindo movimentos de tensão ou aliança com o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde. (ibid., p. 389).

Para além dos problemas decorrentes da falta de estrutura na atenção básica tais como: o número limitado de profissionais, falta de medicamentos ou a dificuldade para realizar exames e consultas especializados e a falta de uma rede de apoio ao paciente é um grande entrave às ações de saúde (ibid.).

Observamos, por conseguinte, que a normatização excessiva do PSF, determinando horários específicos para atender clientela que exigem cuidados

peculiares, restringindo o número a ser atendido por dia através de fichas, impõe aos trabalhadores “fortes amarras” na produção de cuidado dificultando as relações com os usuários ou levando os trabalhadores a contrariar as normas para produzir o cuidado (FRANCO, 2006).

Ao lançar mão de sua criatividade para proporcionar o atendimento necessário, passam a ser vistos como inaptos ao serviço sendo censurados e constrangidos a mudar de unidade, (ibid.). Os trabalhadores também operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, unidades e usuários, afinal:

[...] as redes são imanentes ao modo de produção do cuidado, seja em que nível ele se articula [...] sempre haverá a articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades, atuando de modo correlato para fazer com que o cuidado se realize. (ibid., p. 463).

A análise traçada sobre redes supera o discurso de que existe um serviço que organiza seu processo de trabalho sem redes e outro com redes, pois foi observado que todo processo de trabalho em saúde opera em redes, por mais tragicamente normativo que a organização de trabalho tende a ser (ibid.).

Numa observação no espaço da micropolítica do processo de trabalho é possível verificar que nenhum saber e fazer se sobrepõe ao de outros trabalhadores, pois nesse espaço se processa uma rede de relações auto-referenciada nos próprios trabalhadores, definem entre si as ações necessárias ao cuidado. Vemos também a interdependência no espaço de trabalho interno as diversas unidades de saúde expressas pela cultura do encaminhamento e normativa da referência e contra referência (Ibid.).

O autor denomina de redes rizomáticas o processo de trabalho que acontece através de linhas de cuidado entre várias equipes que expressa às várias conexões fora de um eixo estruturante, que levam a diversos itinerários terapêuticos, está centrada na ética do cuidado e tem como cerne decisivo das ações as tecnologias relacionais (Ibid.).

A rede de caráter rizomático na saúde opera na micropolítica do processo de trabalho e tem o trabalho vivo em ato como elemento central dessa atividade, ela tem: conexões multidirecionais e fluxos contínuos, heterogeneidade, multiplicidade, ruptura e não ruptura e por fim o princípio da cartografia (Ibid.).

As **conexões multidirecionais e fluxos contínuos** dizem respeito ao agir centrado nas necessidades dos usuários e por isso não seguem a lógica da matriz burocrática, mas acontece através da relação dos trabalhadores com os outros e se encontra na micropolítica do processo de trabalho, para acontecer são acessados o campo simbólico do trabalhador – saberes, valores, linguagem – e o subjetivo isto é a ação desejante dele (Ibid.).

A **heterogeneidade** diz respeito a conexões com os diferentes, a capacidade de conviver, pactuar, de manejar conflitos e alta capacidade de auto-análise, (Ibid.). A ideia de **multiplicidade** nas redes diz respeito a lidar e suportar diversas lógicas, que são determinadas por representações simbólicas e pela subjetividade que gera a singularidade dos sujeitos, assim ela está associada à ideia de não exclusão, pois faz conexões em várias direções (Ibid.).

Quando falamos de **ruptura e não-ruptura** estamos tratando da capacidade que a rede tem de recompor-se em outro lugar, ela pode se romper mas encontra outras conexões e é capaz de produzir novas (Ibid.).

O **princípio da cartografia** diz respeito ao mapa dos fluxos nos quais caminham as ações dos sujeitos singulares, o trabalho vivo produz a cartografia que possui muitas entradas e saídas e operam de forma não estruturada sobre a realidade (Ibid.).

O conceito sobre a integralidade e os determinantes sociais do processo saúde-doença tem estado no centro dos debates da saúde e indicam a intenção de recuperar a potência política da reforma do setor, Monnerat (2009).

[...] o privilegiamento do núcleo familiar como unidade de intervenção contribui para a busca de parcerias com outras áreas de políticas públicas, visto que o contato direto com as múltiplas demandas e necessidades das famílias vem demonstrando os limites da ação setorial. (ibid., p. 49).

Voltada para uma camada específica da população a ESF passa a atender observando o núcleo familiar e priorizando a prevenção de doenças mais comumente apresentadas num dado território, porém se mostra contraditório na medida em que não dá conta da demanda apresentada.

Além da precarização e do sucateamento dos serviços da atenção básica de saúde, os encaminhamentos para os níveis secundários e terciários de atenção são

procrastinados devido à falta de estrutura do SUS e assim o processo de referência e contra referência fica inviabilizado.

Implantado a partir da ideia de equipe mínima de saúde para atender as linhas de cuidados predefinidas, esse programa recentralizou a atenção básica no nível federal, minou a autonomia dos municípios de desenvolverem serviços que atendam as demandas peculiares do território devido ao pacto que vincula os recursos as condições predeterminadas pela União.

Cavalcanti (2000) lembra que o PSF reforça a hegemonia médica visto que a assistência à saúde está centrada no médico, representando por isso uma releitura da dominação do modelo clínico em saúde.

Além disso, ele representa uma reedição da divisão técnica do trabalho, visto que o médico e o enfermeiro enquanto trabalhadores intelectuais recebem maiores salários que o trabalhador manual, no caso dos agentes de saúde, os quais possuem baixíssimos salários, não acessam programas de qualificação profissional e são submetidos a trabalho precarizado (ibid.).

Em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o qual objetiva cooperar com o trabalho das equipes das unidades básicas de saúde a partir do apoio de profissionais que estão no quadro operacional da ESF e de outros que não estão tais como: assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos e médicos. Apesar do trabalho multiprofissional desenvolvido por ele a estrutura oferecida não é suficiente para suprir as demandas de saúde da atenção básica.

Assim como a saúde a assistência, que foi sistematizada mais tardiamente apresenta contradições e fragilidades que andam na contramão do direito do cidadão. Como referenciada na Carta Magna, a assistência social é acessada pela população a partir de critérios de seleção, sendo cruciais mecanismos técnicos e burocráticos que garantem a seletividade e a focalização de tal política.

A assistência social foi das políticas que compõem a seguridade social a que mais tardiamente se desenvolveu, a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) foi regulamentada apenas em 1993 e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) teve sua consolidação somente em 2005, ela é reflexo da histórica presença do assistencialismo e da filantropia e apresenta grandes problemas como à falta de profissionais efetivos e a fraca presença do Estado.

Acerca da Loas vemos que esta é:

Marcada, portanto, pelo caráter *civilizatório presente na consagração de direitos sociais*, a Loas exige que as *provisões assistenciais* sejam prioritariamente pensadas no âmbito das *garantias de cidadania sob vigilância do Estado*, cabendo a este a universalização da cobertura e garantia de direitos e de acesso para esses serviços, programas e projetos sob sua responsabilidade. (YAZBEK, 2004, p. 13).

Essa lei traz ao campo das conquistas sociais algumas inovações tais como: seu caráter de direito não contributivo, ao considerar a necessária integração entre o econômico e o social, ao apresentar uma proposta institucional para a política, ao propor a participação da população e o controle da sociedade na sua gestão e execução (ibid.). Apesar dos avanços salientados ainda há um percurso sinuoso que parte desde a participação e controle dos recursos ao debate sobre a focalização da política e a discriminação dos deveres das esferas municipais, estaduais e federal.

A Política Nacional de Assistência Social organiza através do Suas; serviços socioassistenciais, baseados em proteção social básica, que objetiva a prevenção de riscos sociais e pessoais, enquanto a proteção social especial é destinada a famílias ou indivíduos que se encontram em situação de risco ou que já tiveram os direitos violados.

Esses atendimentos são realizados através dos Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e dos Centros de Referência Especial da Assistência Social (Creas), que promovem oficinas para geração de renda, encaminhamentos, serviços a famílias e indivíduos para garantir a prevenção ou a proteção dos direitos da população em situação de vulnerabilidade.

O Suas contempla programas tais como: Bolsa Família, Agente Jovem, Programa de Atenção Integrada à Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), dentre outros, ademais programas ligados à transferência de renda, educação e proteção social, porém essas ações não conseguem ser eficientes para a provisão de trabalho.

A política de assistência social, como também as demais políticas sociais, tem tratado a questão social pela ótica positivista, sugerem arranjos intersetoriais como contrapartida para a aquisição do benefício – exemplo disso é o benefício do bolsa família o qual prevê que a criança deve ser mantida na escola e dentro do peso

estipulado para sua idade – mas não se articula eficientemente com as demais políticas que possuem fragilidades “úteis” para a acumulação capitalista.

Na assistência social critérios de seleção estão presentes e o discurso no seu entorno é de que tais critérios são racionalizadores para a aquisição dos benefícios. Porém discordando dessa análise observamos que tais critérios retiram dos profissionais envolvidos a autonomia e subjugam os usuários e os pretendentes enquadrando-os através de técnicas e estratégias questionáveis devido as eventuais contradições.

Uma década após a aprovação da Loas podemos avaliar algumas características no cenário brasileiro que se perpetuam e podem funcionar como entraves para a consecução de direitos sociais, tais como: a permanência de concepções e práticas assistencialistas, clientelistas, patrimonialistas e atuações típicas de “primeiro-damistas”; essas práticas não partem da concepção de direito e impactam na concepção da Assistência Social como campo específico de Política Social pública (YAZBEK, 2004).

A descentralização e a participação definidos na Loas têm permitido mecanismos públicos democráticos de controle social dessa política, como por exemplo, os conselhos e fóruns de assistência social, os quais ainda estão longe de atender efetivamente aos objetivos progressistas devido a própria estrutura contraditória em que estão inseridas as políticas sociais mas já demonstram um grande avanço na participação social (ibid.).

Ademais a União e os estados possuem um papel fundamental para promover uma descentralização equitativa, pois a descentralização na medida em que os municípios não dispõem os recursos necessários, pode agravar as desigualdades, (MONNERAT, 2009).

Outro ponto a ser destacado é a necessidade de garantir transparência para permitir o controle e a participação social sobre os recursos dos fundos nacional, estadual e municipal de assistência social e por fim é imprescindível a avaliação dos impactos sobre as condições de vida dos usuários dessa política, pois as ações advindas da política de assistência social podem favorecer o protagonismo dos excluídos ou sua apartação social (YAZBEK, 2004).

Para compreendermos como estão contextualizadas as políticas de redistribuição de renda no Brasil e dentre elas o Programa Bolsa Família é necessário observarmos a trajetória das políticas sociais no contexto global.

Elas começaram a ser traçadas nos países industrializados a partir do conceito de proteção social mínima, embasado nele surgiram as legislações protetivas aos pobres, que foram alvos da ofensiva liberal levando a minimização de várias medidas.

Após a revolução industrial a questão social passou a incomodar a classe burguesa e o Estado, que inicialmente a tratavam como questão de polícia, mas com o seu agravamento foi necessário para a manutenção do capital a adoção de direitos que regulassem a relação do trabalho como também leis para a proteção dos mais pobres, esse período vai do final do século XVIII ao XIX.

Algumas legislações controladoras do trabalhador e dos pobres foram criadas com o intuito de legitimação da classe burguesa, porém com o discurso de proteção desses, as mais conhecidas são: o Estatuto dos trabalhadores em 1349, dos artesãos de 1563, de Domicílio de 1662, Speenhamland Act de 1795 e a nova Lei dos Pobres 1834.

Foi na Grã-Bretanha que surgiu o conceito de proteção social mínima em 1795 respaldada pela Lei Speenhamland Law, ela reconhecia o direito ao mínimo social para a sobrevivência dos homens. Partindo da noção de que é necessário um determinado rendimento para a subsistência o Estado garantia um valor para cobrir o que o trabalhador não podia suprir, porém exigia dele que se fixasse numa certa localidade para que não houvesse mobilidade geográfica da mão de obra.

Ela levava em conta o preço do pão e o número de filhos e não a remuneração recebida, porém com a expansão da revolução industrial ela foi criticada, argumentava-se que o indivíduo que recebia essa assistência se tornava improdutivo, (MONNERAT, 2009).

Em 1834 a lei revisora da Speenhamland Law a Nova Lei dos Pobres foi criada e o auxílio aos necessitados restabeleceu ao trabalhador o direito de se locomover integralmente visando consolidar o desenvolvimento da industrialização e da economia de mercado tornando o contexto do trabalho ainda mais competitivo, a partir do estabelecimento de uma assistência residual e seletiva, atribuindo novamente ao pobre a responsabilidade por sua sobrevivência.

Toda essa desproteção ainda não era o suficiente para os liberais que viam nessas formas mínimas de proteção ao trabalho à regressão do capitalismo, argumentavam que elas levavam os pobres ao retrocesso tornando-os mais dependentes, estimulava o espírito de ociosidade.

No final do século XIX as pressões e mobilizações da classe trabalhadora foram essenciais para que houvesse uma mudança na perspectiva do Estado, o qual passou a assumir um caráter mais social freando os princípios liberais assegurando a classe trabalhadora conquistas na dimensão dos direitos políticos.

[...] assim a generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p.64).

O debate sobre os programas de transferência de renda a partir do século XX se centra na pergunta: a transferência de renda contribui para o aumento dos direitos de cidadania ou colaboram para sua negação? (MONNERAT, 2009).

Após a primeira guerra mundial foi ampliada a defesa dos programas de transferência de renda para solucionar alguns problemas sociais, desde os anos 1930 países da Europa introduziram esses programas, já nos Estados Unidos a sua emergência aconteceu em 1935, porém é a partir da consolidação dos Welfare States após a segunda guerra mundial que mudanças importantes no padrão de intervenção social nas economias capitalistas avançadas aconteceram, (ibid.).

No cenário do Welfare State o indivíduo é visto como portador de direitos e esses vinculados também ao trabalho, porém com a crise vivenciada a partir de 1970 que levou ao esgotamento da sociedade salarial e do pleno emprego as propostas de transferências diretas de renda são retomadas (ibid.).

Na atualidade a discussão sobre a universalização e focalização de políticas sociais aparenta consenso no sentido de combina-los para diminuir a distância entre exclusão e integração social (ibid.).

Chama atenção a análise de Lavinias (2000a *apud* MONNERAT 2009) a qual afirma que a focalização requer métodos apropriados para selecionar a população que

será atendida e por isso os gastos com estruturas institucionais e recursos humanos costumam ser maiores que o custo do próprio programa.

Já vimos que com a entrada de ideias neoliberais no cenário brasileiro as políticas sociais ratificadas na Carta Magna não conseguiram se efetivar devido ao interesse em reduzir os custos dos Estados em prol da estabilização da economia, com isso as expressões das questões sociais passaram a ser tratadas pelo governo a partir da lógica da solidariedade.

No Brasil a partir dos anos 1990 movimentos contra a fome e a pobreza tais como Ação da Cidadania contra a fome e a miséria e pela vida se articulavam através de redes de solidariedade e tinha uma grande participação voluntária da população organizada em comitês por todo país. Apesar das críticas realizadas a esses movimentos, foi em torno desse debate que os direitos à alimentação, saúde e nutrição adquiriram maior visibilidade no cenário brasileiro (ibid.).

Antes de analisarmos esse programa é necessário esclarecermos que a concepção de pobreza, não se restringe ao fator renda, suas dimensões são: culturais, históricas, sociais, políticas e econômicas. Por isso é a coexistência de políticas e programas estruturais – de saúde, educação, habitação, previdência, trabalhista, ambiental - com os de transferência de renda essenciais para garantir impactos significativos no índice pobreza (SILVA, 2007; BRONZO, 2007).

O debate sobre programas de transferência de renda só assume visibilidade internacional em meados dos anos 1980, no Brasil somente a partir de 1991 com o projeto de Lei nº 80/1991 do senador Eduardo Suplicy que propõe o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM), segundo Silva (2007).

Existem três vertentes teórico-ideológicas sobre as quais o debate sobre as políticas de transferência de renda se sustentam:

[...] **a) Perspectiva liberal/neoliberal** que concebe a transferência de renda como mecanismo compensatório, eficiente no combate à pobreza e ao desemprego, assumida como uma política substitutiva de programas e serviços sociais e como mecanismo simplificador dos Sistemas de Proteção Social;

b) Perspectiva progressista/distributivista para a qual a transferência de renda é mecanismo de redistribuição da riqueza socialmente produzida e política de complementação aos serviços sociais básicos já existentes;

c) Perspectiva de inserção que situa a transferência de renda como mecanismo voltado para a inserção social e profissional dos cidadãos,

numa conjuntura de pobreza e de desemprego. (SILVA, 1997; SILVA; YAZBECK; GIOVANNI, 2011 apud, SILVA; LIMA, 2012, p. 232-233).

Os primeiros programas de transferência de renda no país em sua maioria não abordavam o desenvolvimento de ações voltadas para a inserção de adultos no circuito de bens, serviços e programas de qualificação profissional, esses introduziam condicionalidades para inserção de beneficiários como a renda, manutenção das crianças nas escolas, inserção nos programas de atenção básica à saúde e participação nas atividades socioeducativas (MONNERAT, 2009).

O Programa Bolsa Família (PBF) é resultado da unificação dos programas criados no governo de Fernando Henrique, o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e o Cartão Alimentação. Ele é destinado a famílias que se encontram em situação de extrema pobreza e tem como finalidade unificar procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal.

Esse programa de transferência direta de renda por meio de cartão magnético é emitido preferencialmente no nome da mulher e garante as famílias com renda mensal per capita de até R\$ 140,00 e com crianças, adolescentes ou gestantes, benefícios que variam de acordo com a quantidade de pessoas nessa situação na família e pela idade das crianças.

O processo dos programas de transferência de renda mínima é explicado por Silva (2007) dividido em quatro momentos, no **primeiro momento** temos o início do debate nele tem-se o princípio do processo de construção histórica dos Programas de Transferência de Renda no Brasil.

No **segundo momento** ainda em 1991, houve a introdução da ideia de articular a garantia de renda mínima familiar à educação, propondo que crianças de 7 a 14 anos fossem mantidas na escola pública regular, permitindo assim a focalização nas famílias pobres. Porém nesse segundo momento são traçadas críticas que apontam para a manutenção das crianças na escola a diminuição de uma renda já reduzida da família somado a uma educação sem qualidade e portanto sem condições de elevar futuramente a renda familiar. O aspecto positivo dele é a percepção da importância de associar uma política estruturante, como é o caso da educação, com uma política compensatória de transferência monetária (ibid.).

No **terceiro momento** que foi iniciado em 1995, temos em experiências municipais – Ribeirão Preto, Santos, Campinas e Brasília – a implantação de

programas e em 1996 a iniciação das experiências em nível federal com o Programa de Erradicação Infantil e o Benefício de Prestação Continuada (Idem, 2007).

O **quarto momento** começou em 2001, com a expansão dos programas do governo federal e a criação de outros, tais como o Bolsa Escola e o Bolsa Alimentação (ibid.).

A partir de 2003, temos o **quinto momento** no qual os programas de transferência de renda são unificados no Bolsa Família, sendo ele considerado o marco que pode conduzir à implantação de uma Renda Básica de Cidadania, ademais esse momento marca a ampliação do público atendido por programas federais e a proposição de unificação de programas nos três níveis de governo (ibid.).

Vemos em Silva e Lima (2012) que o **sexto momento** dos programas de transferência de renda foi iniciado em 2011 quando o Bolsa Família passou a ser considerado como a principal estratégia para enfrentar a miséria e quando houve a instituição do Plano Brasil sem Miséria, que articula transferência de renda, acesso a serviços e inclusão produtiva.

Os programas de redistribuição de renda na América Latina surgiram no final do século passado e estão focados na pobreza e na extrema pobreza e impõem condicionalidades principalmente no campo da saúde, educação e trabalho, porém eles têm propiciado um escamoteamento das reais determinações estruturais que geram a pobreza (Idem, 2012).

Ademais esses programas têm contribuído para restringir a reflexão sobre a intervenção social na pobreza desenvolvendo uma postura política que colabora para a mera reprodução dos beneficiários no nível de sobrevivência, alimentado por um consumo marginal, (SILVA, LIMA, 2012; NEVES, 2013).

O discurso adotado aparenta considerar que a pobreza pode ser erradicada apenas com programas sociais, assim percebemos que a proposta ao invés de eliminar a pobreza controla os pobres e potencializa a legitimação do Estado, desvirtuando-a de ser vista como consequência da concentração de renda, exploração do trabalho e propriedade, (SILVA; LIMA, 2012; NEVES, 2013).

Além dessas questões é importante salientar que os benefícios são insuficientes para aquisição de uma cesta básica quanto mais garantidores de um bem-estar, porém apesar dessa constatação predomina um falso moralismo na sociedade de que

esses programas levam a dependência e desestimulam o trabalho (SILVA; LIMA, 2012).

O Programa Bolsa Família possui problemas estruturais que impossibilitam melhores resultados sobre os indicadores de desigualdade social e pobreza no país, o primeiro deles é a adoção apenas do critério renda para definir pobres e extremamente pobres. O segundo é a frágil articulação do programa com uma política macroeconômica capaz de permitir o acesso das famílias a serviços sociais básicos e de ações complementares, seja na saúde, educação ou trabalho (ibid.).

As condicionalidades do Bolsa Família são cruéis, não garantem direitos da cidadania até mesmo porque as políticas sociais no formato reduzido e precarizado em que se encontram não respeitam o direito de viver e de bem-estar dos cidadãos brasileiros, mas os menosprezam, ridicularizam sua condição e os constroem para garantir sua sobrevivência.

Para entendermos melhor as implicações do PBF na vida das famílias nos deteremos ao trabalho de Neves (2013) no qual ela buscou entender o motivo pelo qual algumas famílias abdicaram do benefício do PBF em João Pessoa- PB. Das 40 pessoas que voluntariamente saíram do programa apenas 29 foram localizadas dessas apenas 20 participaram da pesquisa e 7 delas alegaram não ter solicitado a exclusão.

O objetivo da autora foi alcançado. As diferentes histórias mostraram a existência de semelhanças entre as famílias que perduram no que se refere a sua situação social, pois continuam pobres e outras extremamente pobres, e algumas buscam retomar o benefício. A constatação pungente é a de que o discurso moralizador em torno do PBF foi um dos principais responsáveis pela desistência delas (ibid.).

As condicionalidades são apresentadas como forma de incrementar acesso a serviços básicos de saúde e de educação e de contribuir para reduzir a transmissão intergeracional da pobreza, funcionando de fato como enfoque valorativo¹, disciplinador e autoritário. Na realidade, as exigências de contrapartidas são coercitivas e punitivas sobre as já sofridas condições de vida dos beneficiários das transferências de renda, conseguindo precarizar ainda mais situações de vida já marcadas por privações cumulativas. Considerar as condicionalidades como reforço de direitos de cidadania, como apregoa o Bolsa Família, expressa bem como se articula esse discurso mistificador (ibid., p. 5).

As condicionalidades são descabidas, pois o acesso a direitos fundamentais como saúde e educação de qualidade são desrespeitados sendo improvável romper com o ciclo da pobreza quando políticas estruturais não atendem as necessidades sociais tais como: saúde, educação e trabalho.

O PBF não desestimula o beneficiário ao trabalho, mas lhe dá condições de valorar o seu trabalho contendo as intensas explorações, pois ele não aceita mais qualquer remuneração para garantir sua sobrevivência (NEVES, 2013; BERNARDO, 2012).

O acesso ao emprego ou o bom resultado de pequenos negócios foram fundamentais para as famílias se desligarem do PBF, no entanto essas melhorias de vida não se deram devido a acessos sociais mediados pelo programa, mas a aptidões pessoais difíceis de serem observadas no conjunto dos beneficiários do programa (NEVES, 2013).

As saídas proporcionadas as famílias beneficiárias do PBF para que alcancem sua autonomia financeira são muito estreitas, até porque rendas voláteis não tendem a gerar autonomia econômica, mas uma reprodução familiar com um nível muito rebaixado (ibid.).

Foram constatadas três situações semelhantes entre as famílias: há aquelas em que as mudanças na dinâmica da família não levaram a alterações nas condições iniciais quando da aquisição do benefício, outra foi a intensificação da condição precarizada que levou a solicitação de retorno ao programa e por fim foi observado avanços pontuais no tocante ao consumo se comparado a quando participavam no PBF (ibid.).

A dificuldade de acessar direitos constitucionais, ao trabalho, saúde e educação de qualidade faz com que o sucesso profissional daqueles que fazem parte da parcela mais pobre da população seja visto como exceção.

A minimização transitória de suas privações reflete os limites dos programas de transferência de renda na reversão da pobreza. Nisso consiste o fato dos beneficiários não conseguirem superar a miséria, ainda que esta possa ser mitigada. Tampouco tais programas reduzem substancialmente os níveis de desigualdade social que, inerente à dinâmica capitalista, se aguça diante da concentração de riqueza e de poder. (ibid., p. 11-12).

No discurso em torno dos programas de transferência de renda são produzidos valores que levam a sociedade, inclusive os beneficiários, a entenderem que o ciclo de pobreza vivenciado é geracional e não estrutural e por isso é mantido um consenso de que medidas coercitivas e penalizadoras são necessárias para o acesso dos beneficiários (ibid.).

As transferências de renda estão na contra mão das proteções sociais atreladas ao trabalho assalariado, a partir delas foi criada uma nova sociabilidade que beneficia a flexibilização da produção e conseqüentemente o fortalecimento do processo de produção capitalista, pois na medida em que transfere mínimas rendas também contribui para o aquecimento do mercado e conseqüentemente o endividamento das famílias dado o apelo ao consumo e o acesso ao crédito fácil (Ibid.).

As alterações nas condições de sobrevivência dos beneficiários, por menores que sejam, são usadas como prova do discurso moralizador produzido em torno do PBF e servem para fortalecê-lo e provocar iniciativas semelhantes de desistência do benefício, a armadilha desse processo está em permitir que uma pequena melhora de vida possa “expulsar a família do programa” (ibid., p. 14). Ademais quem busca melhorar de vida se sente constrangido a desistir do programa que na ótica dos beneficiários serve para “ajudar” os mais pobres a se manterem.

Além do mais a autora sinaliza que os desligamentos das famílias foram motivados por diversos temores, o de serem denunciadas, como foi amplamente mostrado na mídia casos de fraude no PBF; devido ao apelo moral para entregarem os benefícios e o medo de serem tidas como desonestas. As dúvidas e os medos dessas famílias levaram-nas a sentir um alívio da culpa, do fardo, da exaustão e dos constrangimentos que o benefício provocou nelas (ibid.).

Para explicarmos melhor esse processo é preciso entender que a assistência social no capitalismo contemporâneo tem adquirido uma centralidade diante das demais políticas sociais e colabora para mascarar o processo de precarização das relações trabalhistas permanecendo distante da perspectiva do direito ao trabalho (MOTA, 2008).

Antes da CF era a previdência quem tinha essa importância, pois mediava o acesso às demais, o cenário mudou a partir de 1990, no entanto a assistência não faz o papel de mediadora para o acesso das demais políticas sociais e ao trabalho, apesar de suas prerrogativas (ibid.).

Em seus estudos Mota (2008) chama a atenção para o fato de que no Brasil os novos conceitos de questão social enquanto exclusão, objeto da política social e ausência de cidadania, têm sido utilizados pelas frações dirigentes da classe dominante para desvincular a relação entre pobreza e acumulação de riqueza, assim se tem hipotecado à sociedade e as políticas de combate à pobreza a solução para enfrentar o pauperismo.

Foi através de vários programas de transferência de renda basicamente emergenciais e assistencialistas que o Estado brasileiro, desde 2003, tem pretendido “reduzir” o estado de miséria, somando a assistencialização a repressão, configurando assim a face contemporânea da barbárie (NETTO, 2010).

Enquanto a distância entre ricos e pobres é alargada aumenta também a violência associada à pobreza, a discriminação social e a repressão severa por parte das autoridades policiais que não conseguem combater eficazmente a violência apenas por esta via.

Programas como Bolsa Família, carro chefe da política governamental é um exemplo gritante de que as políticas sociais dentre elas a de assistência social, permanecem subordinadas aos desígnios do mercado.

Em 2004 o PBF passou a ser instituído pela lei 10.836 e regulamentado pelo decreto 5.209, que ratificou sua gestão descentralizada e compartilhada pela União, estados e municípios, porém a seleção das famílias é realizada através de cadastro preenchido pelos municípios no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com base nele a seleção é feita de forma automática pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Em 2011 na gestão do governo Dilma o PBF passou a integrar o Plano Brasil sem miséria e nesse mesmo ano valores variáveis foram vinculados ao Bolsa Família de acordo com a idade das crianças e dos adolescentes e com o número de gestantes na unidade familiar.

Em 2012 foi criado o Benefício para a Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância (BSP) o qual é concedido às famílias que recebem os demais benefícios do BF, mas continuam em situação de extrema pobreza, o valor dele deve garantir que a família supere os R\$ 70,00 mensais por pessoa.

A política de assistência social tem sido alicerçada, pelo Estado, com o pretexto de incluir os excluídos, de promover o crescimento e independência dos pobres e

miseráveis, mas não alcança tais objetivos porque não responde eficazmente as necessidades reais dos usuários, de acesso ao trabalho, moradia digna, alimentação, por não se articular com as demais políticas e não o faz inocentemente.

A assistência social sempre buscou, mesmo que de forma fragilizada, dadas as condições presentes em sua história, a colaboração de outras políticas e instituições, o governo federal na gestão do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) tem investido na construção da política de assistência social baseada num desenho intersetorial o qual está presente em todos os programas do MDS além de ter a intersectorialidade como um dos objetivos do ministério, Monnerat (2009).

O Programa Bolsa Família expressou a preocupação do MDS em enfrentar a intervenção fragmentada do Estado na área social, Monnerat (2009).

Em realidade, até hoje nenhum outro programa social foi tão dependente da articulação intersectorial e, portanto, das capacidades institucionais e de diálogo político entre os entes da federação e entre os diferentes setores responsáveis pelo desenvolvimento das políticas sociais. (ibid., p. 54).

É interessante destacar que qualquer programa social tem na implementação um processo crucial, pois, no âmbito local estão expressas disputas e alianças entre os interesses políticos e forças sociais, por isso é necessário que **mecanismos eficientes de comunicação** intergovernamental sejam pensados assim como a própria política ou programa deve levar em consideração as peculiaridades locais que poderão descaracterizá-las (ibid., 2009).

Imprescindível nessa pesquisa discorrermos sobre o trabalho de Monnerat (2009), pois a autora visou analisar as consequências das condicionalidades do Programa Bolsa Família impostas ao SUS e se essas permitem avanços para a garantia de direitos sociais no município de Niterói no estado do Rio de Janeiro.

O município de Niterói tem um dos melhores indicadores sociais do país e a atenção básica a saúde também se apresenta bastante desenvolvida, porém as condicionalidades impostas pelo bolsa família trouxeram consigo uma bagagem de questionamentos sobre a qualidade dos serviços, sobre a lógica biologicista predominante, assim como a ideia de que os serviços devem ser procurados espontaneamente pelos usuários (ibid.).

A focalização do programa, o baixo valor do benefício e o uso isolado do critério renda para a seleção das famílias são criticados por não abarcarem os aspectos multidimensionais da pobreza, porém o foco na família é um aspecto inovador e bastante positivo do programa, apesar de ainda não se traduzir em efetivo acompanhamento social, em nível local, que produz impactos na situação de pobreza (ibid.).

É essencial perceber que existem sanções impostas às famílias que não conseguem atingir as condições do programa, mas os municípios quando não conseguem garantir serviços com qualidade e em quantidade suficiente para atender os usuários não são punidos, ademais é incoerente objetivar a promoção social quando as necessidades materiais e subjetivas das famílias, para garantir as condicionalidades, não são supridas (ibid.).

[...] as condicionalidades podem favorecer o questionamento do poder local e da gestão das políticas sociais na medida em que põem 'a nu' a precariedade de oferta de serviços no que se refere à quantidade e qualidade. Obviamente que isto não se dá de forma automática, mas depende visceralmente do modo como a sociedade se apropria do Programa e exerce o controle democrático de sua implementação. Ao que tudo indica a exigência de condicionalidades ainda não foi percebida como uma oportunidade estratégica para a sociedade fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das políticas de saúde, assistência social e educação, assim como de um conjunto de políticas públicas que devem estar envolvidas nas chamadas ações complementares. (ibid., p.227).

Para alcançar as condicionalidades impostas pelo PBF são necessárias mudanças no âmbito do SUS e na estruturação da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e no Sistema Único de Assistência Social, na construção de arranjos de coordenação intersetorial e na direção dada pelo governo federal para permitir o alcance das condicionalidades (ibid.).

Pudemos perceber a partir do estudo da autora supracitada que o PBF tem permitido a visualização de algumas limitações na atenção básica, levando ao questionamento das ações de atenção à saúde, motivado o funcionamento do Sisvan, além de permitir que famílias tenham acesso a uma renda que antes inexistia.

Porém a intersetorialidade tem sido evocada de maneira fragilizada não só devido aos problemas da gestão da política de assistência e saúde como também e

principalmente do próprio PBF que não priorizou em seu planejamento o controle e a participação social.

A justificativa em centralizar a execução do programa no governo federal está baseada na prevenção de que esse seja apropriado para fins paternalistas assim como para evitar fraudes. Apesar dessa tentativa, fraudes e denúncias tem sido uma constante na história do PBF, até mesmo porque se por um lado quem preenche pouco intervém para a aprovação, visto que a análise de profissionais não é considerada, por outro o vínculo precarizado dos profissionais concorre para a permanência de fraudes que acontecem principalmente próximo ao período eleitoral.

Ainda que a proposta do programa permita melhoras nos índices de saúde e educação os mecanismos adotados interferem minimamente para que a intersetorialidade seja de fato implementada provendo o direito de ter uma atenção integral.

Ademais a ESF e o PBF nasceram como uma proposta de focalização e assim continuam caracterizados, sua infraestrutura é precária e apesar dos quadros profissionais se diferenciarem no que tange ao vínculo empregatício e a remuneração, suas intenções de abordagem intersetorial se mostram igualmente insuficientes para atender as demandas sociais dos seus usuários comuns.

Apesar das propostas do ESF e do PBF considerarem a intersetorialidade como um importante instrumento para a garantia da cidadania observamos que ela foi influenciada pelo projeto neoliberal para permitir a redução de custos sociais em detrimento da proteção social. Por isso é de fundamental relevância examinarmos o real significado da intersetorialidade, o que sua etimologia sugere e quais são suas reais possibilidades de implantação dentro das políticas sociais.

CAPÍTULO II – OS ARRANJOS INTERSETORIAIS E A PROTEÇÃO SOCIAL

2.1- A INTERSETORIALIDADE: estado da arte sobre o conceito

Pretendemos relacionar os principais conceitos adotados por autores que discorrem sobre a intersectorialidade buscando analisar o percurso traçado pelos mesmos suas similitudes, diferenças e limitações.

Iniciando pelo conceito adotado por Dantas (2012, p.21) a intersectorialidade: “deriva da junção da expressão/prefixo *inter* agregada a um conjunto de setores, que ao se aproximarem e interagirem entre si podem produzir ações e saberes mais integrais e totalizantes”, ademais ressalta que se trata de “1) Relações entre dois ou mais setores; 2) Que é comum a dois ou mais setores” (ibid., p. 21).

A ideia de intersectorialidade foi tomada em âmbito internacional após o conceito de saúde ser adotado em 1948 pela Organização Mundial de Saúde como bem estar biológico, psicológico e social, a partir desse conceito tomou força em meados de 1970 a ideia de intersectorialidade como tentativa de potencializar as ações da política de saúde (ANDRADE, 2005).

A partir da abordagem da promoção de saúde foi percebida a necessidade de investimento dos diversos setores para tratá-la – transporte, lazer, alimentação, assistência, habitação, meio ambiente - ademais esta abordagem é relacionada a um conjunto de valores, vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida (ibid.).

A partir dos estudos de (MENDES, 2000 *apud* ANDRADE, 2005) foi observado que a intersectorialidade tratada na promoção de saúde a partir da necessidade de evitar a exposição a doenças, também expõe a necessidade dos setores se avaliarem para perceberem os possíveis efeitos sobre a saúde, partindo de quaisquer outros problemas que poderão impactar sobre ela como transporte, alimentação ou habitação.

Assim a partir da satisfação das necessidades das diversas dimensões: sociais, culturais, econômicas e políticas nas coletividades; poderá ser alcançado um desenvolvimento social mais equitativo, mas para isso é demandada uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais (ibid.).

Esse autor ressalta em seu estudo que em meados de 1980, ganhou grande relevância a proposta de Cidades Saudáveis devido, dentre outros motivos, ao enfraquecimento dos Estados Nacionais e ao processo de fortalecimento de instâncias locais de poder, que emergem num contexto de globalização e abertura econômica.

[...] na implementação de políticas de promoção da saúde, entre as quais se inserem as propostas por Cidades Saudáveis, apoiadas e impulsionadas por atores territoriais, é possível se promover espaços políticos negociados com vistas a impulsionar o desenvolvimento local, incidindo positivamente na gestão do espaço público local (ibid., p. 84).

O percurso histórico traçado por Andrade (2005) nos mostra que a intersectorialidade nasceu a partir da necessidade de promover a saúde, por isso à colaboração entre as políticas se volta primeiramente para esse setor e passa a ser evidenciada a partir da proposta de Cidades Saudáveis essa última prioriza o território, pois percebe sua importância para a sugestão de políticas fundamentadas na necessidade da população local.

Assim a participação política e a necessidade de descentralização passam a ser evocadas para a construção de políticas intersectoriais, que propostas para garantir a saúde transcendem a satisfação de interesses de apenas um aspecto social, ou saúde, ou educação, ou habitação, ou renda, ou emprego.

O autor considera a organização das políticas de forma setorializada e por isso as estratégias intersectoriais devem transpor as barreiras das organizações públicas caracterizadas por sua verticalização e hierarquização, que pensam suas ações de si para si, portanto a intersectorialidade deve emergir da mediação entre os setores que contribuem para resolução de problemas complexos que se manifestam no território.

Deste modo avança quando reconhece as dificuldades de implementar a estratégia da intersectorialidade de maneira isolada devido aos condicionamentos da

organização pública num ambiente em que as políticas são implementadas na esfera federal, estadual e municipal, assim ele reafirma a necessidade de construção da intersectorialidade nas demais esferas ressaltando a importância do diálogo entre elas.

Porém sua análise não apreende as condições econômicas, sociais e políticas que condicionam a manutenção do caráter setorializado das políticas, ademais ele não parte de uma compreensão da totalidade social, mas traça um caminho histórico sobre a criação e propagação da ideia de intersectorialidade na saúde.

Vimos no trabalho de Machado (2009) que trabalhar intersectorialmente implica criar espaços comunicativos e de negociações, que gerenciem conflitos que respeitem a diversidade e as particularidades dos atores envolvidos.

A intersectorialidade se pauta em articulações entre sujeitos e setores sociais diversos, de saberes, poderes e vontades diversas e se apresenta como uma nova forma de trabalhar e construir políticas públicas (ibid.).

O objetivo da intersectorialidade é chegar com maior potência a um resultado que não necessariamente implique numa resolução ou enfrentamento final do problema, mas que possa somar na acumulação de forças, na construção de sujeitos para descobrir possibilidades de agir (ibid.).

Articular diversos setores é uma nova prática social reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático em que o tema define a ação intersectorial, nela os vários segmentos devem estar dispostos a abrir mão de parcelas de poder para viabilizar uma ação mais potente, sem desconsiderar que os processos coletivos são mais lentos e trabalhosos (ibid.).

A autora afirma: “As redes municipais intersectoriais devem sugerir idéias de conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços, para garantir a integralidade aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco, [...]” (ibid., p.2).

Segundo Machado (2009) para alcançar a intersectorialidade é necessário que se reconheça as limitações do olhar setorial e admita que cada campo de saber e cada política possui uma parte da verdade das explicações, mas não a totalidade, reconhecer que não se tem todas as respostas e nem poder suficiente para dar conta do problema.

O processo de gestão numa articulação intersectorial deve ser coletivo, participativo e realizado em instâncias amplas como fóruns e conselhos, esse

processo contribui para o estabelecimento de espaços compartilhados de decisão entre instituições; para a consideração do cidadão em sua totalidade; utilização de parcerias com outros setores, a participação dos movimentos sociais no processo de decisão dentro de uma ideia de rede (ibid.).

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

Partindo do conceito de intersectorialidade a autora supracitada enfatiza a importância de distribuir poder entre os atores sociais e entre as esferas de governo e assim construir práticas compartilhadas entre as políticas para atender a complexidade social. Sua análise considera as dificuldades para a implementação da intersectorialidade, mas não se embasa em experiência prática.

Machado (2009) concorda com Andrade (2005) acerca da importância dada ao território como lugar em que relações horizontais são construídas para impactar em particularidades locais e traça uma análise didática sobre a intersectorialidade como estratégia democrática e instrumento de gestão das políticas.

Percebemos que a estudiosa em questão aponta como deveria ser construída a intersectorialidade, mas sua análise se distancia da realidade na medida em que não considera a totalidade dos processos sociais, a disputa de poder na elaboração e implementação de políticas sociais, a dificuldade de acesso a informações e mobilizações em prol de um atendimento mais integral por parte da sociedade.

Por fim em seu estudo Machado (2009) discorreu mais sobre os aspectos gerais que devem embasar ações intersectoriais sem, contudo considerar as diferentes formas e objetivos pelos quais essa temática tem sido abordada e por isso seu trabalho caracteriza o ideal da intersectorialidade sem contemplar as possibilidades de sua concretização num processo de acumulação capitalista.

Para discorrer sobre a intersectorialidade Junqueira (2000) traça um percurso acerca da discussão da interdisciplinaridade, essa surgiu da necessidade de abordar o mundo numa perspectiva mais abrangente de uma disciplina particular, a qual deveria integrar as demais, porém essa abordagem não cria uma superciência, mas dá um novo enfoque, paradigma ou abordagem dos problemas da saúde.

O intuito dessa discussão é resolver problemas concretos, nessa perspectiva à interdisciplinaridade é vista como prática, ou também enquanto relações entre diversos saberes orientados para uma prática, para solucionar problemas de saúde (ibid.).

Já a ação intersectorial surge como uma nova possibilidade de resolver problemas sociais de um dado território aponta tanto para uma visão integrada dos problemas sociais quanto para a sua solução, abrange a ideia de integração, território, equidade e direitos sociais. A cidade é o espaço privilegiado para ação intersectorial, visto que, é a mais próxima da população, nela a ação das políticas e das instituições são concretizadas (ibid.).

A intersectorialidade tem se constituído uma nova lógica de gestão da cidade e um novo desafio, visto que deverá acarretar mudanças nas práticas e na cultura das organizações que geram as políticas sociais, por isso precisará de ousadia e participação de todos os que desejam a melhoria da qualidade de vida do cidadão para lidar com as resistências dos grupos de interesses (ibid.).

As mudanças trazidas por essa nova lógica intersectorial no âmbito das organizações estatais, têm permitido a transferência de competências para instituições parceiras, essas são organizações privadas autônomas prestadoras de serviços sociais voltadas para o interesse coletivo e são capazes de desenvolver de maneira integrada projetos intersectoriais (ibid.).

Os grupos populacionais de um território se articulam para responder seus problemas sociais, em busca de respostas que abarquem sua complexidade lançam mão de ações intersectoriais. Com essa atitude esses grupos passam de objeto de intervenção para sujeito e a política social com sua lógica de resolver as carências passa a garantir direitos dos cidadãos a uma vida digna (ibid.).

É a partir desse “novo olhar” e “instauração de novos valores” que a prática intersectorial pode alcançar uma dimensão transsectorial, com respeito às diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social (ibid.).

Logo é necessário tê-la em mente, para conceber a saúde, as práticas e os valores sociais de determinada sociedade, por isso a interferência da medicina sobre o indivíduo apartado de sua realidade afetiva e social é contrária à valorização da pessoa em sua integralidade(ibid.).

Assim é necessário mudanças na estrutura social das equipes que trabalham no campo da saúde as quais devem fazer com que a concepção técnica utilizada seja a mais abrangente. O SUS tem um caráter transectorial, visto que não está circunscrito a saberes específicos, no entanto sua prática tem sido caracterizada apenas por articulações intrasetoriais na dimensão da assistência, traçando pouca negociação intersectorial, essa última deve ser resgatada como um projeto de uma sociedade solidária (ibid.).

É exatamente na lógica da descentralização, na concepção de direitos sociais e cidadania, na compreensão da construção da intersectorialidade, como também da transectorialidade, que se encontram as nossas críticas à análise de Junqueira (2000), porém essa última argumentaremos posteriormente quando falarmos da obra dele com outros autores.

Primeiramente a descentralização foi dos princípios proposto na LOS o que melhor se desenvolveu primeiramente a partir da estadualização, depois da municipalização e da regionalização. Porém a análise do autor diferente da proposta de divisão de poderes e responsabilidades entre os níveis estaduais e municipais se refere à transferência de competências do Estado a organismos privados autônomos.

Entendemos que essa transferência não reflete uma perspectiva democrática e de direito social, pois a todos os cidadãos é facultada a solidariedade, mas o acesso as políticas sociais é obrigação dos entes federados. Portanto o mecanismo da descentralização proposta nas políticas sociais deve permitir aos governos municipais e estaduais a autonomia de decidir como vão investir para enfrentar as expressões da questão social em seus territórios, nesses a sociedade deve contribuir fiscalizando os serviços, benefícios, entradas e saídas de recursos para que sejam atendidas em sua integralidade.

Em segundo lugar vemos em (PEREIRA, 2012) que os direitos sociais surgiram a partir das necessidades sociais, portanto é incoerente perceber um sem o outro, esses na medida em que atendem as necessidades da sociedade atende concomitantemente as do capital. Portanto é inconcebível tratar de direitos sociais e

cidadania desarticulada da lógica capitalista de produção, a qual permeia, é nutrida e nutre as desigualdades e exclusões sociais.

No entanto a análise do autor se distancia dessa conjuntura contraditória e dialética, para ele é através da cooperação e participação da população circunscrita num território que os “problemas sociais” serão respondidos da melhor forma - devido à perspectiva inerente a proposta intersetorial - não apenas as carências, mas de forma a permitir como citado “[...] a uma vida digna e com qualidade.” (JUNQUEIRA, 2000, p. 9) e isso através das parcerias com organismos privados autônomos.

Além disso, questionamos a nomenclatura “problemas sociais” por conceber que são questões problemas para uns - os trabalhadores, desempregados, inválidos – e soluções para a manutenção da produção capitalista.

Por fim, não são os valores e um novo olhar que permitirão que a intersetorialidade seja concretizada, até mesmo porque a solidariedade sempre existiu, ela se torna mais ou menos atuante a partir da necessidade ou não do capital, assim como os direitos sociais avançam na medida em que permitem maior lucratividade ou mesmo a manutenção desse sistema de produção, por isso discordamos da ideia trazida por esse autor por entender que ela é contraditória.

Em Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), vemos que para ter uma lógica intersetorial de organização e atuação é necessário se referir à população, suas formas e condições peculiares de organização para que as prioridades não sejam setoriais, mas definidas a partir de problemas da população.

Intersetorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social (ibid., p. 24).

A descentralização e a intersetorialidade são trabalhadas visualizando que a primeira viabiliza a participação do cidadão e a segunda garante que eles poderão exprimir suas necessidades e expectativas para que as mesmas sejam atendidas de forma sinérgica e integrada, assim as condições territoriais, urbanas e de meio ambiente devem ser consideradas, pois interagem com a organização social dos grupos populacionais (ibid.).

Com isso a lógica intersetorial, de organização e atuação deve considerar as formas peculiares de organização da população sendo as prioridades definidas a partir dos problemas apresentados pela população e não restrito as prioridades setoriais (ibid.).

Apesar das análises descritivas (JUNQUEIRA, INOJOSA e KOMATSU, 1997) sobre o contexto brasileiro em que se encontra a proposta intersetorial, o aparato burocrático das organizações públicas e privadas e a lógica fragmentada e setorializada, a investigação desses autores não se apropriou de uma análise crítica que levasse a apreensão do processo histórico e dialético que põe barreiras à implementação da estratégia intersetorial na experiência investigada de Fortaleza.

Semelhante a essa análise Inojosa (2001) avalia a intersetorialidade e afirma que o aparato governamental é todo fatiado por conhecimentos, por saberes, por corporações, as decisões são tomadas apenas no topo, não na base, próximo à população. Esse aparato é objeto de loteamento político-partidário e de grupos de interesse, todas essas características fazem com que haja ao invés de cooperação, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas competição.

Baseada na teoria da complexidade de Edgar Morin, Inojosa (2001) afirma que a intersetorialidade é sinônima da transetorialidade, para essa autora o segundo termo expressa melhor a ideia de articulação sinérgica entre as políticas, pois o prefixo “inter” comparado com a expressão mais discutida e estudada interdisciplinaridade, poderia significar apenas uma aproximação de saberes isolados que não geram novas articulações.

[...] estamos definindo intersetorialidade ou transetorialidade como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico. Transpondo a idéia de transdisciplinaridade para o campo das organizações, o que se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional. (ibid., p.105).

Ademais para a autora supracitada é essencial que a população participe da formulação, realização e avaliação das políticas implementadas, que ela avalie quais as suas demandas, proponha soluções e perceba se foi obtido um impacto

significativo na resolução dos problemas apresentados. Em sua análise é fundamental para a concretização da transetorialidade entre as políticas, a focalização com base regional e a verificação dos resultados e impactos (ibid.).

Segundo essa autora para se trabalhar numa perspectiva de transetorialidade é preciso uma mudança de paradigma, a compreensão da diversidade pensando na singularidade dos grupos populacionais, é necessário um projeto político transformador para promover a repartição mais equânime das riquezas para se reverter à exclusão social.

Somados a esses temos o planejamento e avaliação participativos com base regional, em que o plano faz parte de um processo permanente, que começa com a análise de situação e faz escolhas estratégicas e acordos. Por fim, na perspectiva de transetorialidade é imprescindível a atuação em rede de compromisso social em que o Estado recebe a sociedade para trabalhar não em clausuras setoriais, mas como parceiros e essa última pensada a partir da lógica da solidariedade (ibid.).

Assim como nas obras citadas, Inojosa (2001) reconhece a importância do território na construção de ações que contemplem a complexidade da realidade social, critica a setorialização das políticas para a proposição de respostas que contemplem as necessidades da população.

Essa autora avança quando reconhece além da necessidade de participação da sociedade a avaliação do impacto obtido com base no território, ademais as avaliações tendem a ter um cunho quantitativo não qualitativo dos resultados obtidos, além disso reconhece que o orçamento deve constar no planejamento e não esse ser determinado por aquele.

Porém a ideia de parceria baseada na lógica da solidariedade distancia a abordagem do papel do Estado enquanto provedor e garantidor de direitos sociais nisso discordamos de sua abordagem.

No que se trata da nomenclatura, transetorialidade, dada a cooperação mútua para o desenvolvimento de ações sociais, discordamos da posição da estudiosa em detrimento do trato dado por Pereira (2012) que aborda sobre a importância da relação universal, particular e a dialética que o prefixo inter traz ao sentido intersetorialidade.

Concordamos com Pereira (2012) quanto a fragilidade da ênfase em estratégias intersetoriais adotadas apenas em âmbito local distantes da articulação com o aparato governamental nas três esferas de poder. A perspectiva crítica traçada em sua análise

supera as explicações fornecidas pelos demais autores, pois parte da premissa de que a realidade é contraditória e a intersetorialidade não concorre para a manutenção do status quo na medida em que tem como ideal o atendimento integral da população garantida pelo Estado enquanto direito social, esse deve permitir e incentivar sua participação, ademais as barreiras para sua implantação são postas pela lógica da produção capitalista.

A partir do estudo da expressão interdisciplinaridade, reconhecidamente mais estudada, a intersetorialidade é remetida à relação dialética, não a um amontoado de partes, mas a um todo unido no qual as partes que o constituem estão ligadas organicamente, são dependentes e se condicionam reciprocamente e nenhuma das partes têm sentido e consistência isolada das demais e de suas condições de existência.

Embasada nos estudos de Japiassu (1978, *apud*, *ibid.*, p. 6): “[...] a interdisciplinaridade surgiu da consciência de um estado de carência no campo do conhecimento, causado pelo aumento exagerado das especializações e pela rapidez do desenvolvimento autônomo de cada uma delas”.

A interdisciplinaridade para se constituir deverá se opor a uma dada visão de mundo que lhe é oposta, assim também a intersetorialidade, deve se opor a visão reducionista e fragmentada e considerar a relação dialética, a totalidade, reciprocidade e contradição da realidade (*ibid.*).

Ainda segundo os estudos de Japiassu (1978, *apud*, *ibid.*) o prefixo trans usado para definir transdisciplinaridade foi concebido por Piaget para significar uma etapa superior das relações disciplinares em que não há fronteiras para o saber, porém ele afirma que esta proposta é ambiciosa e dificilmente será realizada, por isso ela não é tratada enquanto sinônimo de interdisciplinaridade, pois essa última reflete melhor a realidade contraditória.

Acerca dos saberes particulares na ciência, cada saber particular não deve ser visto como absoluto e sim como relativo, pois o valor do particular e do específico está relacionado ao universal (*ibid.*). Ademais é impossível entender o particular sem o universal e vice-versa, no âmbito das disciplinas o conhecimento sempre deve considerar a realidade em sua totalidade para não produzir um saber desvirtuado dela.

A intersetorialidade tem sido considerada por muitos autores enquanto uma nova lógica de gestão que transcende um único “setor” da política social e estratégia política

de articulação entre “setores” diversos e especializados, ela é entendida como: instrumento de otimização de saberes; competências e relações sinérgicas, em prol de um objetivo comum; e prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas (ibid.).

É importante salientar que foi convencionado estudar as políticas divididas em “setores” particulares, até mesmo a assistência social com visível vocação supra “setorial” sendo o conceito de intersectorialidade demarcado enquanto superação da desintegração dos diferentes setores, que compõem um dado campo de conhecimento e ação, e do consequente insulamento de cada um deles (ibid.).

Porém o termo “setor” não corresponde à realidade, pois os direitos, os bens públicos e o conhecimento, não estão separados ou divididos, mas são estudados de forma temática enfatizando o tema abordado, assim como as políticas sociais, de modo que o termo setor é utilizado de maneira técnica para auxiliar o estudo (ibid.).

Apesar do trato que tem recebido por diversos autores é necessário que entendamos que:

[...] a intersectorialidade não é uma estratégia técnica, administrativa ou simplesmente gerencial. É um processo eminentemente político. Ela envolve interesses competitivos e jogo de poderes que, muitas vezes, se fortalecem cultivando castas intelectuais, corporações, linguagem hermética e auto-referenciamento de seus pares (ibid., p. 17).

Ademais a cooperação entre as políticas não ocorrerá voluntariamente, pois elas se encontram numa realidade contraditória e obedecem a lei da reciprocidade que determina e condiciona sua existência, a qual se encontra num universo capitalista, onde a relação é dialética, mas nem por isso impossível de ser compreendida (ibid.).

Assim ela avança em relação aos demais autores ao considerar a intersectorialidade enquanto um processo político que depende da articulação das diversas políticas, mas que não se realizará se não for pressionada pelos diferentes atores sociais para a satisfação das demandas da população.

Em Pereira (2012) vemos avanços quando essa reafirma que as políticas setoriais não deverão ser extintas, mas a intersectorialidade deve fortalecê-las e atualizá-las. Como já ressaltado concordamos com a afirmação a seguir:

É problemático restringir as práticas intersectoriais no âmbito local e torná-las experimentais, porque os municípios tendem a reproduzir a

fragmentação prevalecente na gestão de cada política setorial devido às dificuldades de implementação de políticas que cada um enfrenta. Ademais não se pode esquecer que o Brasil é uma Federação; (ibid., p. 19).

Assim além de tratar conceitos e afinar a ideia de intersectorialidade (PEREIRA 2012) traz à tona a realidade contraditória e excludente em que se encontra inserida a temática, refaz o caminho em que ela costuma ser experimentada para salientar o impacto ineficiente para a garantia de direitos sociais quando não há cooperação das demais esferas de governo, pois possui uma perspectiva progressista da intersectorialidade.

Com base nos estudos de Bronzo (2007) compreendemos que a partir de uma concepção ampliada de pobreza é proposta a intersectorialidade, a qual é situada como um contínuo que abrange desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais já existentes até uma gestão transversal.

A concepção de pobreza deve contemplar a dimensão econômica, a inserção no mundo do trabalho, os laços sociais e a vigência de mecanismos de solidariedade e reciprocidade, a dimensão de território e dos aspectos subjetivos (ibid.).

Além de perceber que existem fatores estruturais e peculiares para a manutenção da pobreza o que leva ao reconhecimento da necessidade da perspectiva da integralidade para atuar frente à amplitude e complexidade desse fenômeno (ibid.).

Por isso a afirmativa: “A perspectiva da integralidade constitui a base da intersectorialidade e, no caso da pobreza, uma compreensão ampliada do fenômeno exige um olhar pautado pela integralidade.” (ibid., p. 9).

Na análise dessa autora a intersectorialidade foi concebida enquanto estratégia de gestão que responde com mais eficiência e efetividade a pobreza crônica, a qual se diferencia da pobreza pela sua intensidade e duração.

Pode-se pensar, como uma hipótese de trabalho, que a noção de intersectorialidade situa-se em um contínuo que abrangeria desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais já existentes até uma gestão transversal, configurando formas intermediárias e arranjos organizativos que expressam a intersectorialidade de baixa ou de alta densidade (ibid., p. 15).

Assim Bronzo (2007) entende que a intersectorialidade pode ser configurada a partir do grau de interação entre os atores sociais, isso fará com que seja

caracterizada enquanto democrática ultrapassando barreiras para responder de forma integral as demandas sociais.

É necessário que se tenha uma temática comum para que se unam em uma ação conjunta instituições com dinâmicas, culturas organizacionais e objetivos distintos, a perspectiva da co-responsabilização deve ganhar relevância, uma vez que as diversas instituições passam a ser responsáveis por alcançar resultados comuns acordados (ibid.).

A construção de estratégias intersetoriais pode ocorrer no âmbito da decisão política, quando é construído e legitimado pactuações para enfrentar a excessiva setorialização na estrutura administrativa que produz as políticas públicas. No âmbito institucional visando à criação de instrumentos para dar materialidade à decisão política e por fim no âmbito operativo das políticas ocorrendo mudanças nos processos de trabalho (BRONZO; VEIGA, 2005 apud ibid.).

Apesar de não existir formatos pré-definidos de estratégias intersetoriais sua origem sempre está ligada a um diagnóstico sobre o caráter multideterminado do fenômeno da pobreza, essa estratégia pode permitir maior eficiência e resultados mais significativos quanto à sustentabilidade das políticas evitando sobreposições de ações permitindo uma resposta integral e pertinente aos problemas apresentados (ibid.)

Em relação aos demais autores apresentados Bronzo (2007) também prioriza a análise técnica da intersectorialidade em detrimento da conjuntura econômica e dos interesses em conflito para a consecução das experiências nas prefeituras.

Ao enfatizar e definir os três âmbitos que a intersectorialidade pode ser implementada, ademais na política, no âmbito da instituição e no âmbito prático operativo das políticas, e ao ressaltar que ela pode se expressar enquanto baixa ou alta densidade, a autora avança em sua análise sobre a intersectorialidade nos programas de enfrentamento à pobreza.

Contudo notamos que a crítica que Bronzo (2007) faz da intersectorialidade nas experiências de Belo Horizonte e São Paulo acerca da ineficiência desses não está fundamentada a partir de uma perspectiva totalizante, ademais não problematiza a garantia do acesso a serviços e benefícios por meio da ótica do direito social, assim como não considera a fragilidade das legislações das políticas sociais que se distanciam da ótica do atendimento integral. Além disso, o estudo omite a contextualização das políticas sociais no Brasil e a falta de autonomia das prefeituras

no que confere ao aspecto financeiro para a execução da intersectorialidade entre as políticas sociais.

Apesar de evidenciar a necessidade de ação transversal a falta dessa contextualização e da análise sobre os conflitos de interesse na arena decisória faz com que qualquer de suas pretensões em analisar as ferramentas que poderiam promover maior eficiência da intersectorialidade a partir de uma lógica transversal fique esvaziada de conteúdo democrático.

Decerto, podemos questionar a perspectiva de gestão transversal presente nesses programas citados por ela, afinal eles apresentam participação ou coação social para culminar em uma decisão? As diversas políticas conseguirão interagir sem sobrepor seus interesses particulares? Os fluxos e as rotinas das instituições serão planejadas para atender todos os indivíduos em sua integralidade ou apenas alguns mais miseráveis? O orçamento fará parte do planejamento das ações e será determinado em prol da redução de custos ou da integralidade do atendimento? Por fim a intersectorialidade prioriza a lógica de garantia de direitos ou de redução de custos?

O que identificamos nas experiências mencionadas é que as decisões em prol da intersectorialidade não necessariamente perseguia o objetivo de oferecer respostas sob a ótica do direito social e da integralidade universal, apesar de traçarem a intersectorialidade como diretriz ela não significava a participação social ou a articulação entre os técnicos e os gestores das políticas sociais. Ainda que focasse a integralidade nem todas as políticas sociais se fizeram presentes na elaboração dos programas.

A intersectorialidade possui um sentido semelhante ao da Seguridade Social proposta na Constituição de 1988, essa última dá o tom da noção de proteção social e da inclusão no rol de direitos providos pelo Estado ao indivíduo, (SOUZA e MONNERAT, 2011).

Já o conceito de intersectorialidade se volta para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública. Sendo assim, em ambas as concepções está presente, para sua consecução, o imperativo da integração entre as políticas, uma vez que tanto a Seguridade Social quanto a

intersectorialidade se confrontam e devem responder à complexidade das demandas sociais contemporâneas. (ibid., p. 42).

A partir da análise dessas autoras vemos que o conceito de intersectorialidade possui uma semelhança em sua proposição com a de Seguridade, esse estudo traz um novo elemento ao perceber tal similaridade, as autoras supracitadas reconhecem a importância da descentralização para a existência da articulação intersectorial assim como (BRONZO, 2007; PEREIRA, 2012).

Nessa direção, essas autoras traçam uma trajetória das políticas sociais que compõem a Seguridade para ressaltar a dificuldade delas se articularem. Por isso elas avançam ao traçar um percurso que ressalta como essa estratégia tem sido discutida e implementada no âmbito da saúde, previdência e assistência, as disputas existentes entre elas que dificultam o diálogo e a integração, essas advindas de legados técnicos diferentes, sendo imprescindível o resgate do sentido da integração e da transversalidade, (SOUZA; MONNERAT, 2011).

Em Giaqueto (2010) vemos que assim como a intersectorialidade a descentralização pode ser concebida a partir do corte neoliberal, identificando as estratégias intersectoriais como forma de reduzir o gasto público, priorizando a seletividade do atendimento de demandas se contrapondo às expectativas de universalização dos direitos sociais, enquanto descentralizar pode significar transferir encargos para municípios sem a participação nos processos decisórios e no financiamento dos programas.

O trabalho intersectorial requer que sejam superados o posicionamento e decisão política em favor do redirecionamento da ação pública, que seja estabelecida uma estrutura administrativa que viabilize a prática intersectorial, o remanejamento de recursos financeiros e humanos, a criação de instrumentos de gestão apropriados ao novo arranjo, coordenação política e tecnicamente legitimada (ibid.). Além da criação de sistemas de informação interligados e o estabelecimento de procedimentos de monitoramento e avaliação das ações integradas.

Com base nesse estudo a lógica intersectorial de organização e atuação se refere à população considerando suas condições peculiares, as prioridades não são setoriais, mas definidas a partir de problemas da população ela se refere ao atendimento das necessidades e expectativas dos cidadãos de maneira integrada.

Enquanto a descentralização é compreendida como transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos (ibid.).

Um dos caminhos para superar a fragmentação da Política de Assistência Social, segundo a autora supracitada, consiste na operacionalização dela em rede, isso significa ir além da adesão da política, dos profissionais, ou gestores, é preciso romper com paradigmas e práticas pautadas na segmentação, fragmentação, focalização, para construir uma prática integrada e articulada. Portanto para ela o trabalho em rede depende mais do engajamento consciente de todos na ação, é preciso contar com a lealdade de cada um para com todos, mais do que de disciplina e controle.

A descentralização e a intersetorialidade são desafios colocados à gestão da Política de Assistência Social, pois trata do respeito do poder de decisão, do financiamento da política, do partilhamento dos serviços (ibid.). Ademais o Suas pretende operacionalizar a Política de Assistência Social em rede descentralizada, numa concepção territorial e intersetorial para romper com a fragmentação na prática dessa política.

A análise de Giaqueto (2010) acerca da descentralização foi mais rica no que diz respeito à bibliografia utilizada e a sua contextualização histórica, do que no que se refere à intersetorialidade, essa perspectiva foi menos trabalhada e a noção de rede contemplou basicamente a perspectiva da **intra-setorialidade**. Assim sentimos falta de uma análise crítica mais aguçada sobre de que maneira a intersetorialidade é tratada na política de assistência, como também da utilização de outros recursos bibliográficos na análise dessa estratégia.

Constatamos que Inojosa (2001, apud TUMELERO, 2012, p. 6) identifica o aparato organizacional como aquele fatiado por conhecimentos, onde persiste uma hierarquia verticalizada e onde há o loteamento político-partidário e de grupos de interesse, em que o orçamento define o planejamento e não o inverso. Essas características não contribuem para a implementação de ações que visem à integralidade dos sujeitos e a resolução de suas demandas (ibid.).

No estudo da intersetorialidade é possível observar que ela recebeu o sentido de complementaridade de setores e também como prática por Schutz (2009, apud ibid., p. 8). Esses conceitos são restritos, porque se referem apenas à integração de ações ou enfatizam os saberes circunscritos a cada setor reconhecendo a complexidade da realidade demandatória da intervenção do Estado, como se o saber

pudesse desconsiderar a totalidade e permanecer isolado circunscrito a apenas uma disciplina (ibid.).

Outra dimensão da intersetorialidade percebida nos estudos de (SCHUTZ, 2009, apud TUMELERO, 2012) é a articulação política na gestão pública e pode ser visualizado nas definições da Secretaria de Saúde Municipal do Rio de Janeiro (2011) como também na de Junqueira (2004).

A quarta conceituação verificada atribuí a intersetorialidade a otimização de recursos públicos na operacionalização de soluções integradas aos problemas da realidade social, (TUMELERO, 2012, p. 9), “Reduz-se à mera ferramenta tecnocrática, uma perspectiva de atuação que não implica partilha de poderes, crescimento político, compreensão mais aprofundada das múltiplas dimensões que compõem a realidade social.”

A última noção apreendida trata do trabalho com redes, sinaliza (ibid., p. 9) “[...] ações conjuntas - principalmente no âmbito municipal - que visam atender segmentos vulnerabilizados sob práticas que primam por conexões entre atores sob relações horizontais, construindo ações complementares e integradas.”

O tema da intersetorialidade tem sido abordado a partir da epistemologia ou conceituação, vemos nos estudos de Inojosa (2001) como também em Pereira (2004 e 2011), a primeira a partir dos estudos de Edgar Morin adota o termo transetorialidade como sinônimo, a segunda a partir dos estudos de Japiassu afirma que o termo que explicita melhor é intersetorialidade (TUMELERO, 2012).

Apesar da pretensão e da força do debate sobre transetorialidade concordamos com Tumelero (2012) e consequentemente com Pereira (2011) que essa proposta é de difícil realização, por isso a intersetorialidade é o termo que se aproxima melhor da realidade.

A intersetorialidade é abordada também a partir da dimensão ética política, visto que pode ser implementada caso haja intenção política, porém a sociedade brasileira teve o acesso ao poder político cerceado e nem sempre consegue identificar os projetos que orientam o Estado, (TUMELERO, 2012).

Ademais a intersetorialidade pode proporcionar participação política, ascensão social que não interessa a alguns projetos. A terceira abordagem se trata da dimensão jurídico administrativa, que compreende a construção de estratégias técnicas tais como: protocolos intersetoriais, constituição de redes de políticas públicas envolvendo

organizações da sociedade civil, sobretudo no campo da política social, formalização de rotinas e atribuições funcionais que parecem estar destituídos de dimensão política (ibid.).

Ao término deste item é importante deixar claro que neste trabalho optamos por não nos apoiar numa definição específica, particular, mas sim tomar como referência todas as prescrições realizadas no entorno da intersectorialidade que tenham por viés de elaboração o método crítico dialético. Apreendendo das pesquisas que não a tomaram algumas contribuições metodológicas importantes, após passarmos elas pelo crivo desse método. Mesmo porque acreditarmos que por se constituir numa estratégia relativamente nova, os conceitos postos sozinhos ainda carecem de aprofundamento teórico-metodológico.

2.2 – A intersectorialidade no campo das políticas sociais

Considerando o panorama traçado sobre o conceito de intersectorialidade entendemos que o debate ideal em torno da temática deverá contemplar a dinâmica da sociedade, a dialética e a história, não pode estar restrita a procedimentos administrativos, visto que a macropolítica e a economia rebatem decisivamente no planejamento, implementação e execução das políticas sejam elas sociais, ambientais ou econômicas.

Para abordarmos esse conceito no campo das políticas sociais pontuaremos a primeira intenção de articulação entre as políticas sociais proposto na Constituição Federal, a Seguridade Social e quais foram os rebatimentos neoliberais que não permitiram sua implementação e semelhantemente influenciam a manutenção de programas e políticas de governo que intencionam a intersectorialidade com o objetivo de otimizar recursos e reduzir custos.

No campo das produções intelectuais, a intersectorialidade é identificada em sua problematização conceitual, pelas teorias da administração pública, nos debates sobre suas finalidades do ponto de vista ético, político e de projetos societários (TUMELERO, 2012).

Apesar de sua orientação política as práticas intersetoriais são viabilizadas nos processos experimentais, na maioria das situações, pelo interesse dos atores que executam as políticas e menos por uma decisão política de governo (ibid.).

O debate sobre a intersectorialidade não deve estar reduzido a iniciativas de alguns gestores ou pela ótica da redução de custo (TUMELERO, 2012; BIDARRA, 2009), pois se implementada no âmbito das políticas enquanto uma estratégia que poderá permitir uma atenção integral aos cidadãos e consequentemente objetivando seus direitos sociais, trará frutos melhores e com maior longevidade, porque terá como primazia o usuário e não interesses escusos.

No entanto o nível de intersectorialidade construído nas políticas públicas brasileiras tem se dado ora pela “escassez de recursos” ora devido às profundas insatisfações acerca da capacidade de as organizações darem respostas às demandas sociais e aos problemas complexos dos cidadãos, segundo Bidarra (2009).

A intersectorialidade como estratégia de gestão tem traçado um perfil que se distancia da ótica da democratização de decisões acordadas junto à população, da descentralização de poder entre as esferas, da pactuação com as diferentes políticas e com as demais esferas o que reflete uma contraposição à ideia de horizontalização das decisões e de gestão transversal, concomitantemente de universalização das políticas sociais.

Assim é necessário refletir sobre quais fundamentos a estratégia da intersectorialidade tem sido traçada, pois na medida em que não há participação dos técnicos, gestores e usuários de maneira equânime para propor, implementar e fiscalizar pactuações entre políticas, objetivando os direitos sociais, os frutos da estratégia intersectorial tenderão a ser: contradições, brevidade, propostas incompletas, divergentes e sem o apoio necessário da sociedade e do Estado.

Necessário salientar que a atual conjuntura brasileira apesar da lógica da descentralização e da participação política ser reivindicada, os atores sociais se caracterizam enquanto uma plateia que não manifesta nem tem posturas contrárias às das forças dominantes, esse cenário é oportuno para manter a centralização do poder e reforçar proposições e expectativas do grupo político dominante (ibid.).

Ainda segundo a autora supracitada a intersectorialidade a partir da perspectiva da escassez de recursos é tomada, pelos defensores do neoliberalismo, enquanto um procedimento de reforma administrativa do Estado, na medida em que os direitos

sociais inscritos na Constituição de 1988 são desregulamentados para não permitir uma crise fiscal, afinal os custos de uma cobertura social ampla e sistemática são altos demais para ele arcar.

Nesse contexto as atenções são voltadas para sugerir enxugamento e qualificação profissional, para modernizar e agilizar a máquina estatal com intuito de desviar o debate político sobre o encurtamento dos direitos garantidos constitucionalmente e desobrigar o Estado de executar as políticas setoriais diretamente (ibid.).

A contrapartida encontrada para o encurtamento dos direitos garantidos está no estímulo às ações intersetoriais complementares produzidas mediante parcerias ou redes a partir da atuação de organizações localizadas na sociedade civil, as quais contam com incentivos financeiros do Estado (ibid.).

A pactuação intersetorial só é benéfica quando combina o investimento numa lógica de gestão que considere o cidadão e por esse motivo busca a superação da fragmentação das políticas sociais ao investimento no aprendizado sobre como lidar com as tensões produzidas por diferentes setores e atores com diferentes concepções de mundo para negociar uma resposta aos problemas sociais apresentados (ibid.).

Para além de tais assertivas, considerar o cidadão não se limita a chamá-lo para participar com iniciativas solidárias, ao contrário, para planejar e discutir como os seus direitos sociais serão garantidos pelo Estado, de que maneira as ações deverão ser tomadas pelas políticas sociais, implementadas e fiscalizadas.

Além da dimensão técnica é essencial considerar que os mecanismos para se implementar a intersectorialidade devem colaborar para articular políticas e instituições, com culturas, competências e recursos humanos distintos os quais possuem suas peculiaridades.

Como também considerar que a vontade política de implementar a intersectorialidade não está desvinculada da dimensão social, econômica e cultural, portanto é essencial planejar como a intersectorialidade pode priorizar uma lógica democrática com um projeto ético e político comprometido com os interesses dos cidadãos que demandam as políticas sociais.

Ademais é impossível a realização de qualquer proposta intersectorial que esteja desvinculada da totalidade dos processos sociais responder eficientemente as

demandas dos cidadãos a partir da consideração efetiva dos seus direitos fundamentais.

Os debates realizados sobre a intersectorialidade devem se preocupar com a implementação, portanto da gestão das políticas sociais, pois é nesse processo que problemas estruturais das políticas sociais ganham maior visibilidade tais como o financiamento, a estrutura da rede, os modelos de gestão seguidos, o modo de organização do trabalho e os parâmetros legais, Dantas (2012).

A maioria das análises realizadas acerca da intersectorialidade no âmbito da administração pública tende a ressaltar o aspecto técnico e descontextualizar o cenário desigual e contraditório em que estão inseridas as políticas, assim menosprezam o impacto da política e da economia para a manutenção e articulação das políticas sociais.

Por isso observamos em Pansini (2011) a crítica realizada a alguns autores tais como Junqueira, do qual ela afirma:

[...] 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. (ibid., p. 47)

Em sua análise Junqueira (1997, *apud* PANSINI, 2011) não menciona a União e o Estado para a articulação intersectorial e assim não problematiza a autonomia dos municípios no que se trata do orçamento e da burocratização existente para articulação entre essas esferas.

Além disso, trata da descentralização dando ênfase aos benefícios das parcerias com organizações privadas autônomas e evoca a participação dos sujeitos sociais para se solidarizar e construir parcerias que atendam as demandas sociais desresponsabilizando o Estado de garantir a efetivação dos direitos dos cidadãos a uma vida digna e com qualidade (ibid.).

Assim para a autora supracitada a intersectorialidade é tanto ação política quanto técnica que pode ser considerada a partir da perspectiva progressista considerando os interesses coletivos ou mesmo da perspectiva conservadora colocando obstáculos para potencializar ações que objetivem esses interesses.

Observamos em (SCHUTZ, 2009, apud TUMELERO, 2012) alguns entraves, como a adesão dos funcionários versus seus interesses corporativos, a adesão da população para ampliar o espaço de cidadania e o exercício de direitos e deveres cívicos versus a expectativa de benefícios imediatos de caráter assistencialista.

Além disso, os processos de municipalização e descentralização administrativa das políticas sociais têm de certa forma, enfraquecido a organização e participação dos trabalhadores das políticas públicas, seja pela sobrecarga das atividades ou pela precarização dos contratos de trabalho.

Somado a isso é necessário o processo de educação continuada embasada em conteúdos políticos que motivem novas práticas pautadas na ética pública (ibid.). Devemos entender que mecanismos podem ser adotados para permitir que a intersectorialidade de fato responda as expectativas das demandas da população. Compartilhamos da ideia de Tumelero (2012), que a gestão intersectorial no âmbito municipal deve conter os seguintes aspectos:

1. Órgãos executivos intersectoriais territorializados e com equipes interdisciplinares que opere a partir de estratégias participativas,
2. Permanência de instâncias reestruturadas de suporte técnico-administrativo, contábil, financeiro e jurídico que medeiem a organização burocrática local para atender aos orçamentos setorializados da estrutura federal dos ministérios,
3. Redesenho das equipes de suporte de tecnologia de informação e comunicação social para atuarem sob uma perspectiva territorial se articulando com as demais equipes técnicas, concomitantemente a criação de sistemas de informação que melhorem os processos de gestão e facilitem o acesso a informações acerca de direitos sociais e ampliem a participação cidadã,
4. Viabilização de instâncias de concepção, deliberação e execução de políticas públicas em espaços de gestão intersectorial.

Apesar das iniciativas municipais terem sua importância, retomamos a afirmação de Tumelero (2012) de que é necessário tomar a intersectorialidade não apenas enquanto uma estratégia de governo, pois futuramente pode ser desarticulada, mas que esteja pactuada com a sociedade e com o Estado, ademais é imprescindível articular políticas sociais universais concomitantemente planejar no território e

expandir para o âmbito nacional projetos e políticas que respondem eficientemente as demandas populacionais.

Com o intuito de articular três políticas fundamentais e atuar numa perspectiva de integralidade a Seguridade Social foi pensada, a seu respeito vemos em Monnerat e Souza (2011), que inscrita na Constituição de 1988 ela integrou as políticas de saúde, educação e assistência social, seu conceito incluiu a noção de proteção social do indivíduo o qual tem direitos que deverão ser providos pelo Estado independente de sua inserção no mercado de trabalho.

A proteção social é o princípio que norteia a Seguridade Social, embora ela não tenha sido concretizada conforme a Constituição afirma - organizacional, financeiramente ou com relação ao padrão de benefícios e cobertura - ela segue norteando os movimentos sociais na defesa dos direitos sociais universais, Fleury (2006).

A Seguridade não foi materializada como a Carta Magna propõe primeiramente porque a conjuntura econômica e política da época eram adversas as suas proposições, assim dependendo da capacidade política e de resistência dos atores envolvidos as propostas para essas políticas foram implementadas (MONNERAT; SOUZA, 2011).

O segundo motivo diz respeito à garantia de recursos financeiros, pois não foi garantida a criação de um orçamento único cuja gestão se daria através de um ministério próprio, pois cada uma das áreas envolvidas não se mobilizou nesse sentido, ao contrário a forte concorrência entre elas impediram que fosse formada uma identidade da área social através do sistema de seguridade (ibid.).

O terceiro motivo diz respeito à influência que as trajetórias institucionais e o legado técnico e político das áreas de política social exerceram para a integração dessas políticas sociais, pois com a influência neoliberal no cenário pós 1988 as políticas de saúde e previdência para garantir suas conquistas ficaram enclausuradas às suas próprias reivindicações setoriais em detrimento de um debate intersetorial (ibid.).

A desarticulação dessas áreas sociais e o abandono da ideia de seguridade repercutem negativamente na consecução da política social, a partir da limitação dos recursos para o campo social, para a não adoção de uma perspectiva sistêmica o que colocou obstáculos para o desenvolvimento de uma cultura do diálogo e da promoção

de ações intersetoriais, assim foram reafirmadas as fragilidades para enfrentar a fragmentação dos programas e ações nessa área do país (ibid.).

No SUS não foi dada prioridade para implementar estratégias de construção de um sistema de seguridade social, por isso apesar de avanços no que se refere a descentralização da saúde no âmbito do planejamento e da gestão, ainda persiste o modo fragmentado de produzir a política de saúde (ibid.).

Apesar da inclusão da diretriz da intersectorialidade na Lei Orgânica de 1990, prever a integração intersectorial com a intrasetorial da rede assistencial essa segunda assume maior prioridade na agenda institucional o que retrata a noção prevalente entre gestores e profissionais do conceito de integralidade, ademais as estratégias implantadas para a garantia desse princípio priorizam a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade) (ibid.).

A proposta da intersectorialidade tem estado presente no debate retomado sobre os determinantes e condicionantes da saúde, ela é pensada enquanto estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade incidentes no processo saúde-doença, movimentos internacionais tais como: Promoção da Saúde, Cidades Saudáveis e Políticas Públicas Saudáveis, os quais incorporam ações intersectoriais têm tido grande visibilidade (ibid.).

Assim como esses, o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) desenvolvidos em meados de 1990 foram construídos enquanto estratégias estruturantes da atenção básica da saúde e tem como atribuição atuar de forma intersectorial a partir de parcerias com diferentes segmentos sociais e institucionais (ibid.).

É importante para o capitalismo que essa política esteja mais voltada para o seu objeto de intervenção específico e não para a proteção social na garantia da Seguridade Social, pois se o caminho fosse o inverso chegariam à conclusão de que a proteção social em sua totalidade não é possível num contexto capitalista em que o Estado sempre é levado a satisfazer as prioridades do capital.

Várias são as debilidades para a efetivação da atenção preconizada na legislação desse setor, como a persistência da concepção endógena na prática dos profissionais de saúde, na implementação do PSF via de regra em áreas mais periféricas, dificuldades de fixar médicos na equipe multiprofissional de saúde da

família, prevalência da ideia de ações intersetoriais objetivando apenas o alcance de melhores resultados de saúde (ibid.).

Para que exista ação intersetorial é necessário a adoção de uma temática comum, porém na prática isso suscita vários níveis de conflito, disputa política entre áreas e atores envolvidos, competição em torno de estruturas de poder e disputas corporativas (ibid.). Por isso a política de assistência social não difere do que pode ser observado na saúde no que diz respeito a dificuldade de interação entre as demais políticas.

A Lei Orgânica de Assistência Social foi instituída em 1993 e permaneceu como carta de intenção até 2003, nesse ano foi definido uma nova agenda com diretrizes objetivas para sua organização que teve no mecanismo da intersectorialidade peça fundamental. Em 2004 foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) o qual contribuiu para esse setor através da formulação de programas com desenho intersectorial (ibid.).

O Suas para a garantia da proteção social estabelece cinco princípios, a matricialidade sócio familiar, territorialização, proteção proativa, integração à Seguridade Social e por fim a integração das políticas sociais e econômicas, ademais prevê uma estrutura unificada com partilha de responsabilidades entre os entes federados e as instâncias do sistema descentralizado e participativo, o seu programa central o Programa Bolsa Família é alicerçado na ideia de intersectorialidade (ibid.).

Esse programa é fortemente dependente da articulação intersectorial e das capacidades institucionais de diálogo político entre os entes federados e os diversos setores responsáveis pelas políticas sociais (ibid.).

Apesar de essa política reconhecer a importância de articulações intersectoriais, sua capacidade política, financeira e institucional é muito baixa, até mesmo municípios com experiências exitosas em outras áreas de política social possuem dificuldades para a implantação dos Cras e o Creas (ibid.).

Somados a tais dificuldades se encontram a sedimentação de uma memória técnica setorial, pois o corpo técnico não é concursado; há um forte clientelismo político na área e uma baixa prioridade dada pelos governos em seus respectivos orçamentos (ibid.).

Implementar a intersectorialidade na Assistência constitui um grande desafio dado que a intervenção dessa política se volta para indivíduos e famílias vulneráveis que

requerem a disponibilidade de ação das diversas políticas, pois suas demandas são multifacetadas (ibid.).

Diante de um legado em que os setores que compõem a Seguridade Social apresentam trajetórias e memórias técnicas diferentes, o desafio atual é criar formas e mecanismos inovadores que favoreçam a reconstrução do sistema de Seguridade Social, buscando resgatar o sentido de integração e transversalidade presente na ideia de sistemas e redes de proteção social. (ibid., p. 47).

Ainda segundo essas autoras a intersectorialidade se volta para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública.

Assim como o conceito de intersectorialidade a concepção de Seguridade Social para sua consecução possui o imperativo de integração entre as políticas, pois também deve responder à complexidade das demandas sociais, por isso a análise dessas autoras foi construída também a partir da noção da integralidade da proteção social (ibid.).

Salientamos ainda que, para contemplar as demandas do ser humano com eficiência as políticas sociais precisam percebê-lo em sua integralidade, considerando que ele é um organismo e que os problemas apresentados podem advir de causas que não compete a uma determinada política resolver. Portanto pensar políticas sociais isoladamente significa limitar o seu potencial interventivo para a resolução de demandas sociais.

Em sua análise da intersectorialidade na assistência social Sposati (2004) afirma que essa última foi incluída no âmbito da seguridade social proposta na Constituição de 1988, porém não encontrou na sociedade civil, na academia ou nos movimentos sociais interlocutores. Por isso a sua inclusão decorreu mais da decisão política do grupo de “transição democrática” do final da ditadura militar e se deu pela negativa do que não era do âmbito da Previdência por não ser benefício decorrente de contribuições prévias pertencia então ao campo da assistência social.

Essa política social só obteve Legislação própria em 1993 e dez anos depois foi instituído um Ministério de Assistência Social, o próprio legado de clientelismo, assistencialismo e a permanência de forças conservadoras somados a teses críticas

à sociedade de mercado provocam a resistência em afirmá-la enquanto conquista de direitos (ibid.).

Para Sposati (2004) é necessário estabelecer a particularidade/especificidade dessa política para fortalecer o paradigma do direito na assistência social e nesse processo entender que a intersetorialidade não é exclusividade dessa política apesar de ser uma de suas particularidades, assim ela deve ser objeto e objetivo das políticas sociais.

O fato de essa política estar inserida na seguridade social e ser gerida por um sistema único descentralizado e participativo de decisão e controle social é uma particularidade brasileira para a gestão da assistência social (ibid.).

Assim é necessário constituir um novo paradigma para contemplarmos essa particularidade advinda com a Constituição, nele a assistência social deve ser entendida enquanto política de proteção social, que possui uma rede de proteção social e que provê seguranças sociais tais como: segurança de acolhida, de convívio social, de autonomia/rendimento, de equidade e segurança de travessia (ibid.). “Portanto, definir o conteúdo próprio da política de assistência social exige estabelecer quais as vulnerabilidades sociais que devem ser cobertas por uma política de proteção social ou de seguridade social (ibid., p. 45).”

Ademais visto que a assistência social busca respostas para a questão social a qual é heterogênea e por isso requer respostas das diversas políticas é inerente a essa política a necessidade de se articular com as demais para potencializar sua ação, consequentemente a intersetorialidade é o mecanismo que essa política precisa lançar mão.

Ainda segundo a autora supracitada novos modelos de gestão democrática com base territorializada para o alcance do direito à diferença e a heterogeneidade com a perspectiva de unificar as diversas políticas sociais sob o princípio da inclusão social vêm construindo princípios denominados de políticas de terceira geração, visto que não são residuais nem tão pouco setoriais, possui a ideia de complementariedade, neste desenho as políticas sociais combinam o caráter próprio, o complementar e os diferentes modelos de gestão. Esses modelos de gestão podem conter mecanismos de gestão intersetorial que geralmente são articulados com gestões descentralizadas, territorializadas e equânimes.

A base territorial é um dos significativos espaços para existir articulação intersetorial, pois nele encontramos a produção de informações que fortalecem as evidências sobre os determinantes e condicionantes intersetoriais na produção de necessidades sociais assim a articulação intersetorial potencializará ações e resultados (ibid.).

Ademais algumas experiências municipais têm sido direcionadas pela intersectorialidade, descentralização, territorialização, democratização a fim de propor ações sociais que aumentem o impacto positivo para as expressões da questão social apresentadas.

Apesar de não discordar de que a intersectorialidade é uma das particularidades da assistência social e que o território é o lugar mais próximo dos demandantes da política de assistência e por isso pensá-la a partir dele traz grandes benefícios para a concepção dessa política enquanto direito. Não podemos deixar de ressaltar que ações municipais só poderão ultrapassar uma gestão e apresentar ações eficientes caso haja a cooperação das demais esferas de governo.

Contudo segundo Pereira (2004) é delicado tratar a política de assistência social pelos mesmos critérios que presidem as demais políticas sociais, primeiro pelo seu legado histórico, que tem enfrentado a pobreza com programas oficiais focalizados ou com caridade privada ao invés de ser erradicado a partir da participação da sociedade e das políticas públicas.

Em segundo lugar porque na lógica capitalista de feição neoliberal não há lugar para miseráveis, nem para conceitos como necessidades sociais, direitos sociais ou justiça redistributiva, os quais embasam a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), por isso a assistência social jamais será uma política pública com obrigações positivas perante cidadãos munidos do direito de ter suas necessidades básicas atendidas, ao contrário será sempre residual, isolada, paliativa e desvinculada das demais políticas sociais e econômicas (ibid.).

O pobre, portanto, nunca será beneficiado por tal política a se libertar de sua situação de privação ao contrário essa se constitui uma “armadilha da pobreza”. As ações voltadas unicamente para a pobreza absoluta possui a tendência de enclausurar os pobres na pobreza, estigmatizá-los através dos seus mecanismos controladores rebaixando o seu status de cidadania (ibid.).

Se considerarmos o contexto no qual tem se dado a política de assistência social no país de fato essa afirmação condiz com a realidade. Porém devemos ressaltar a necessidade de entendermos que as políticas sociais são demandadas pela população que a teve a partir de lutas sociais as quais foram instigadas pelos movimentos sociais, seu avanço e retrocesso também são consequência da capacidade de articulação e pressão da população.

Portanto mesmo que a lógica do capital não suporte tais conceitos essa política pode sim alcançar patamares elevados para permitir que os cidadãos tenham a oportunidade de sair da pobreza, caso a pressão para sua existência seja suficiente para garantir que a maior parte de suas ações correspondam aos interesses da população e primem pela garantia dos direitos sociais. Isso significa dizer que as demais políticas também deverão corresponder às demandas sociais para garantir e expandir direitos.

Não omitimos o fato de que para tal, o processo é conflituoso e de difícil realização mesmo porque há fatores econômicos externos que impactam nas políticas sociais, mas não almejamos o fatalismo por acreditarmos que a concepção da assistência enquanto direito social é um grande avanço e que não deverá ser desconsiderado nem esquecido no diálogo da academia enquanto tal.

A assistência social é a única política dentre as políticas sociais particulares (tais como saúde, habitação, educação) que possui uma afinidade maior com o perfil interdisciplinar e intersetorial, isso porque o escopo da assistência é o social e não um aspecto do social, cabendo por isso todos os recortes ou “setores” das outras políticas visto que ela é por natureza ampla, interdisciplinar e intersetorial segundo (PEREIRA, 2004).

Decerto, o caráter setorial da assistência se revela mais complexo e exige reflexões para que não sejam desconsideradas suas particularidades intrínsecas. O que se percebe, no entanto é que há uma dificuldade de lidar com a gestão intersetorial, particularidade dessa política, por isso é forçado um enquadramento setorial, embora na prática para essa política não caiba essa categorização (ibid.).

A defesa desta setorialidade pode descaracterizar a assistência social enquanto política pública, com conteúdo próprio, visto que sua natureza é genuinamente complexa, abrangente, interdisciplinar e intersetorial, portanto deve ser entendida enquanto política particular e não setorial (ibid.).

Ressaltamos ainda que ela subsiste a partir de articulações entre as políticas sociais, para atender demandas heterogêneas, direcionada pelo princípio da universalização do atendimento traça arranjos intersetoriais entre políticas assim como planeja e executa programas e projetos com esse perfil.

A respeito do termo intersectorialidade, Pereira (2012) afirma que a intenção dos autores é frequentemente caracterizá-lo como superação da desintegração dos diferentes setores, que compõem um dado campo de conhecimento e ação, servindo o termo setor para designar as políticas públicas e dentro destas as políticas sociais.

Para a autora supracitada é necessário romper com a forma de pensar a gestão pública até então instituída, romper com a tradição positivista de formular saberes no âmbito social e executar políticas particulares, pois apesar da importância das especializações e da setorialização é necessário à articulação entre os setores e políticas para respaldar ações sociais.

Não anulando a importância de cada setor a autora reforça a necessidade de construir, planejar e executar as políticas em conjunto para posteriormente universalizar nos demais territórios (ibid.).

Assim refletir sobre Seguridade Social a partir dessa concepção implica dizer que é necessário à existência de políticas específicas: saúde, assistência e previdência social, mas a Seguridade deve ser o acúmulo de conhecimento das políticas e assim ser concretizada enquanto política social com ações específicas que refletem a articulação com as demais.

A Seguridade não deve apenas articular as políticas sociais, mas criar ações que vislumbrem as facetas que compõem o campo da satisfação das demandas sociais - a saúde, habitação, segurança, lazer, previdência, assistência, educação, mobilidade urbana - o conhecimento gerado a partir das demais políticas deverá permitir a execução de ações que não desconsidere o universal nem subestime o particular.

Os determinantes sociais são universais, por isso não podem ser desconsiderados, mas nos territórios as políticas poderão encontrar peculiaridades que poderão impactar nas ações sociais. Assim como o Brasil é uma Federação os municípios deverão partilhar do ideal da integralidade e planejar estratégias intersetoriais para a satisfação das demandas sociais e os projetos que apresentarem resultados eficientes deverão ser universalizados considerando a particularidade dos territórios (ibid.).

Essas questões apontadas são resultados do modelo econômico-político que perdura no Brasil o qual segue a lógica neoliberal de focalizar as políticas sociais, trabalhá-las sob a ótica privatista e mercantilista assim como reduzir gastos sociais em prol da economia financeira do país.

O conceito de Seguridade Social foi adotado pela Carta Magna supõe a superação da concepção de seguro social que conjectura uma contrapartida financeira do segurado. Para Vianna (2012) a Seguridade Social assim como inscrita na Carta Magna implica numa visão sistêmica da política social, tal conceito dotado de expectativas de justiça social com uma simbologia redistributiva que sinaliza para a cidadania, segue inscrito na Constituição, mas está esvaziado de conteúdo concreto e destituído de mecanismos de operacionalização, sendo entendido apenas enquanto previdência social.

Esse esvaziamento de que a autora se refere decorre da descaracterização da Seguridade Social pelos documentos legais que regulamentaram a promulgação da Constituição de 1988, pois as leis estabeleceram diretrizes específicas do ponto de vista da estrutura administrativa, para as políticas de saúde, assistência e previdência social. Corroborando para a desarticulação das políticas sociais e consequentemente para a não garantia da proteção social três mitos plantados pela retórica neoliberal, o mito tecnicista, o mito naturalista e o maniqueísta (ibid.).

O primeiro consiste na despolitização da Seguridade Social passando o debate sobre política social a se instalar de forma suprema no enfoque técnico. O segundo, o mito naturalista, atribui a Seguridade Social a natureza de ser finita, pois a globalização dos mercados a reestruturação das atividades produtivas a desnacionalização do capital, são forças da natureza que encurtam o destino da Seguridade (ibid.).

O mito maniqueísta, apresenta as soluções para os problemas como mutuamente excludentes, a superioridade de um sistema sobre o outro se evidencia naturalmente através de fórmulas técnicas de eficiência e eficácia (ibid.).

Ademais a autora quis repassar que ao despolitizar o debate acerca das políticas sociais imprimindo nelas um caráter técnico, é distanciada da sociedade a ideia de participação política para a ampliação de suas garantias, remetendo a discussão a critérios técnicos que não são apropriados pela imensa maioria.

Assim como ao naturalizar a ideia de que a Seguridade Social e suas garantias são finitas além da distância do olhar político sobre essa questão, está à intenção de alienar a opinião pública sobre as desigualdades sociais existentes. Por fim é necessário para a manutenção do status quo a permanência da ideia de que não poderá existir uma solução fora de parâmetros técnicos complicados e todos estes estão predestinados a excluírem os cidadãos de garantias anteriores.

Em seu estudo anterior ao último citado a autora rebate o debate neoliberal em torno da seguridade social (VIANNA, 2005, p. 20-21) afirma: “A previdência social é um instrumento poderoso de proteção social e mais poderoso se torna quando integra, conceitual e concretamente, um sistema de Seguridade Social.” A previdência rural e o Benefício de Prestação Continuada são um dos exemplos citados pela referida autora, para demonstrar o caráter redistributivo da Seguridade brasileira.

Apesar disso, a previdência social com seus critérios de inclusão cada vez mais exclusivos tem permitido uma distância cada vez maior entre os seus “beneficiários”. Vianna (2005) chama a atenção para o valor de contribuição cobrado pela cobertura de pessoas sem vínculo empregatício, pois este é elevado para trabalhadores que com dificuldade mantêm sua subsistência, assim como os inclusos em programas tais como Bolsa Família, que futuramente não mais estarão acobertados por nenhuma política de renda mínima, a não ser que sejam idosos, ou pessoa com deficiência.

Isso acarreta sérios problemas porque na medida em que se tem concentrado ações de renda mínima para contemplar famílias com crianças, adolescentes e jovens até determinada faixa etária, o que será desses e de seus pais quando não mais estiverem inseridos, já que muitos não conseguirão se inserir no mercado de trabalho que é seletivo, e principalmente excludente?

Acerca das políticas assistenciais implantadas no Brasil Fleury (2006), afirma que elas romperam com o modelo constitucional, materializado na estrutura descentralizada e participativa regulamentada pela Loas, pois a permanência de programas vinculados à Presidência da República reintroduz a perspectiva de refilantropização da política assistencial.

Tais programas focalizados, de eficácia duvidosa são identificados como marca de um governo e desvinculam os benefícios assistenciais da condição de cidadania enquanto o Benefício de Prestação Continuada tem pouca ênfase (ibid.).

Abordando a cobertura incipiente dos benefícios não contributivos, Vianna (2005, p.19) afirmou “[...] a proteção não contributiva da Seguridade Social se destina a atuar positivamente sobre a pobreza e a abrir caminhos para a redução das desigualdades em prazos geracionais mais amplos”.

Alargar os critérios para a inclusão de beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) manter e ampliar os benefícios da previdência rural são ideias que partem do que já temos na Seguridade Social e que poderão trazer resultados ainda melhores para a economia e principalmente para a garantia de proteção social.

É primordial que se construa uma previdência que consiga abarcar os vários estratos sociais para a garantia da proteção social. Que a Seguridade Social tenha uma perspectiva da complexidade dos problemas sociais, tendo como essencial a construção de estratégias intersetoriais, pois assim conseguiremos resultados não apenas imediatos, mas em longo prazo.

Apesar da desconstrução da Seguridade Social no Brasil diferente de outros países latino-americanos o sistema continuou essencialmente público, apesar de suas limitações, seguiu exercendo funções consideráveis em termos de proteção social, como se pode observar a experiência da previdência rural e do amparo assistencial (ibid.).

Por isso, concordamos com a afirmação “[...] O conceito de Seguridade, portanto, não tem valor apenas simbólico; trata-se de uma concepção que fundamenta, legitima e permite financiar a expansão da proteção social (ibid., p. 13)”.

E para que esta expansão seja alcançada é necessário que haja a intenção política que subsidie o financiamento e ações para a satisfação das necessidades sociais, tais como a adoção da intersectorialidade no planejamento e na execução de leis que regulamentem a Seguridade Social, afinal:

[...] a intersectorialidade não é uma estratégia técnica, administrativa ou simplesmente gerencial. É um processo eminentemente político. Ela envolve interesses competitivos e jogo de poderes que, muitas vezes, se fortalecem cultivando castas intelectuais, corporações, linguagem hermética e auto-referenciamento de seus pares. Por isso, a tarefa de intersectorializar não é fácil, mas também não é impossível, desde que todos estejam conscientes de que vale a pena persegui-la em prol da democracia. (ibid., p. 17).

Quando falamos em intersetorialidade não pretendemos deslocá-la do contexto dialético e contraditório em que essa ideia se insere. Também não almejamos dar ao conceito de intersetorialidade a noção de instrumento “mágico” para a transformação social, pois ele não poderá ser implementado como uma imposição verticalizada, pois se insere no campo político do planejamento, execução e fiscalização das políticas sociais e não prescinde da participação popular.

Um exemplo é o tratamento dado à articulação sinérgica entre as políticas sociais por vários autores, tais como Inojosa, Junqueira e Komatsu (1997) ao mesmo tempo em que se fala de gestão social, descentralização, democratização, territorialização das políticas sociais. Ademais é necessário que os usuários das políticas sinalizem suas demandas, sugiram formas de trabalhar, fiscalizem a execução dos serviços que lhes são fornecidos para a obtenção de resultados eficazes.

Monnerat e Souza (2011), afirmam que das políticas que compõem a Seguridade, a previdência é a que se encontra mais distante da lógica intersetorial, pois diferente das demais não defendeu em seu regulamento a descentralização, sua trajetória hermética não favoreceu que fossem disseminadas propostas de mudanças para uma integração de ações entre as diversas políticas.

Para a proteção social é necessário executar ações que foram planejadas pelos diferentes atores sociais, os usuários, os profissionais das instituições, dos representantes do Estado e da sociedade, e executadas almejando resultados imediatos e mediatos.

A Seguridade Social proposta na Constituição brasileira poderia galgar melhores resultados sociais caso suas primeiras proposições fossem executadas, no tocante a um Ministério próprio, ao financiamento, a participação popular, ademais cada política que a compõe ficou isolada e destoaram quanto ao objetivo que deveria ser comum, o de proteção social.

Ao analisarmos a ideia de Seguridade Social percebemos que ela traz implícita a necessidade da articulação das diversas políticas, mesmo daquelas que não a compõem, isso porque ao falar da saúde o texto constitucional menciona que é necessário o provimento de condições sociais e econômicas.

Acreditamos que o processo de desconstrução que a Seguridade Social vem passando não foi suficiente para tornar sem efeito sua capacidade de promover a

proteção social por mais estreitados que sejam seus serviços e benefícios, e nem poderia ser, pois colabora para a própria manutenção da ordem vigente.

A questão social como já vimos não é tratada em sua totalidade porque a manutenção da desigualdade é necessária para a acumulação de riqueza nas mãos de poucos, além disso, ações parciais e supérfluas que culpabilizam o indivíduo são necessárias para mascarar os determinantes sociais das expressões da questão social apresentados.

Por isso superar o paradigma do saber fragmentado e da setorialidade das políticas sociais pode gerar mudanças que levem a questionar a lógica da ordem imposta ao mesmo tempo em que não poderão ser geradas sem a pressão social.

Assim trazer à tona o cenário em que a Seguridade se encontra inserida e a importância da intersectorialidade para a promoção da proteção social é bastante válido e promissor para explicar que apesar das condições contraditórias em que se encontram os cidadãos brasileiros, eles ainda possuem um instrumento que se bem utilizado poderá trazer resultados positivos para garantir melhores condições de vida.

O estudo da intersectorialidade deslocada do processo político e histórico em que se insere não conseguirá corresponder à realidade que é dialética. Por isso é necessário distinguir o trato dado por gestores e formuladores das políticas que propõem técnicas que omitem a existência de contradições inerentes ao modelo de produção capitalista e menosprezam a necessidade da interação entre órgãos federais, estaduais e municipais para concretização eficiente da intersectorialidade.

Apoiados na teoria da complexidade de Morin (2006 apud BITTENCOURT; FEUERSCHUTTE, 2009), que entende a complexidade enquanto uma mistura de ordem e desordem onde a ordem reina no nível das grandes populações é estática e pobre, e a desordem reina no nível das unidades elementares é pobre porque é pura indeterminação, a ideia de intersectorialidade tem sido concebida por alguns autores e difere da adotada nesse trabalho.

Ademais, embasados nessa teoria, é fundamental a focalização dos programas e projetos intersectoriais, pois a realidade não parece ter lógicas ou determinantes universais que possam ser compreendidos, por isso a ideia de participação social se insere também num plano reduzido ao território.

A realidade social tem suas singularidades, porém é preciso que na Seguridade Social seja adotada a intersectorialidade enquanto modelo de gestão das políticas

sociais nas três esferas do poder e não apenas enquanto estratégia intersetorial nos municípios, para assegurar resultados de grande impacto na resolução de problemas sociais.

Além disso, restringir a intersetorialidade a alguns municípios enquanto estratégia de gestão pode ser bastante danoso. Em primeiro lugar porque devido a necessidade de participação social e a mudança brusca no que se tem vivenciado de gestão pública essa estratégia terá um grande impacto nos processos administrativos podendo ter resistências por parte dos funcionários e dos usuários, ademais será um processo paulatino que poderá ou não ser adotado na gestão do próximo governante.

Em segundo lugar, a lógica da setorialização adotada pelo Estado, e pela União no trato dos processos administrativos, de planejamento, de execução não contribuirá significativamente para manutenção de articulações intersetoriais ao contrário poderá dificultar esses processos e influenciar os atores (gestores, profissionais e usuários) negativamente.

Por fim, pensar a intersetorialidade restrita ao território se trata de não dar a devida importância a um processo que é político, ademais poderá ou não ser adotado por um determinado território, a uma ação que poderá ou não servir aos interesses dos usuários, por isso ratificamos a relevância de ser adotada enquanto modelo de gestão na Seguridade Social, no qual deverão ser discriminadas as ações que caberão ser implementadas pela União, Estado e Município.

As políticas que compõem a Seguridade sinalizam a necessidade da intersetorialidade para a garantia da proteção social e garantia da integralidade da atenção, porém elas possuem divergências quando propõem os mecanismos a serem adotados para esse fim, e quando sinalizam objetivos endógenos de cada política ao invés de trabalharem com as mesmas temáticas.

Em Santos (2011) vemos que as gestões podem ser comparadas segundo as dimensões de integração e de inclusividade e dependendo do grau praticado elas podem ser classificadas enquanto:

1. Gestão intersetorial integradora quando há baixa inclusividade e alta integração,
2. Gestão intersetorial fechada quando há baixa integração e pouca inclusividade,

3. Gestão intersetorial inclusiva quando há baixa integração e alta inclusividade,
4. Intersetorialidade que é o tipo de gestão integrada e inclusiva.

Alguns mecanismos para a concretização da gestão intersetorial foram experimentados em alguns processos de gestão e estão mencionados (ibid., p. 33):

1. INTEGRAÇÃO

- Espaços institucionalizados de negociação e decisão entre os atores envolvidos (como reuniões periódicas, fóruns e conferências);
- Mecanismos de comunicação informal entre os setores;
- Integração nos Sistemas de Informação dos setores envolvidos;
- Comitês e/ou equipes intersetoriais permanentes;
- Planejamento conjunto das ações intersetoriais criando uma agenda comum;
- Responsabilidades e metas compartilhadas;
- Conhecimento das normativas que orientem a ação conjunta e integrada proposta pelo programa, por parte dos atores envolvidos;
- Organização territorial e/ou por temática, não setorial de atendimento;
- Horizontalização das relações;
- Periodicidade no contato entre os atores dos diferentes setores;
- Atuação do núcleo de coordenação frente a problemas encontrados pelos setores na implementação do Programa.

2. INCLUSIVIDADE

- Descentralização dos processos e atividades;
- Possibilidade de participar do planejamento do programa;
- Possibilidade de fazer parte do conselho do Programa;
- Fontes alternativas de informação;
- Proximidade com outros atores da rede intersetorial;
- Ter opiniões igualmente consideradas para a construção das estratégias de ação;
- Ter um conselho participativo e informado.

Baseados nesses mecanismos, de gestão intersetorial, pretendemos analisar os documentos que instituem e fazem parte do arcabouço jurídico e organizacional da Estratégia de Saúde da Família e do Programa Bolsa Família considerando o processo histórico e contraditório retratado nos capítulos anteriores, assim como o estudo sobre o conceito de intersectorialidade.

CAPÍTULO III – INTERSEÇÕES, APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS ENTRE A ESF E O PBF

3.1 – Procedimentos Metodológicos

Para abordarmos as interseções, aproximações e distanciamentos, entre a Estratégia Saúde da Família e o Programa Bolsa Família traçamos um percurso de estudo que foi iniciado com o desvendamento da configuração das políticas sociais brasileiras, seguido da análise do debate acerca da intersetorialidade e por fim na reflexão sobre os documentos legais, jurídicos e operacionais que fundamentam a política de seguridade social, de saúde, assistência social, do PBF e ESF.

Optamos por uma pesquisa bibliográfica e documental e utilizamos fontes secundárias de informação. Acerca da pesquisa bibliográfica Lima e Mioto (2007, p.38) assinalam: “[...] a pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório.”

Portanto perseguimos um percurso metodológico que começou na escolha do método utilizado, no nosso caso o método dialético por concordarmos que esse considera “[...] a contradição e o conflito; o ‘devir’; o movimento histórico; a totalidade e a unidade dos contrários; além de apreender, em todo o percurso de pesquisa, as dimensões filosófica, material/concreta e política que envolvem seu objeto de estudo.” (ibid., p. 39).

O segundo passo foi considerar o desenho metodológico e os procedimentos que deveriam ser adotados (ibid.). Visto que os estudos sobre a intersetorialidade ainda são incipientes e a temática tem grande relevância para a consecução de direitos sociais, optamos pela pesquisa bibliográfica. Ademais esse trabalho tem um diferencial, aborda a intersetorialidade a partir dos mecanismos para sua materialização entre uma estratégia de saúde e um programa de assistência social ambos bastante polêmicos.

A coleta de dados aconteceu a partir de uma amostra intencional, já que primeiramente analisamos a literatura em torno das políticas sociais brasileiras e sua configuração dado o cenário internacional. O segundo passo foi considerar os estudos sobre a intersetorialidade e posteriormente os documentos legais que embasam a política de saúde e assistência, assim como o PBF e a ESF. Ao final, tratamos esses dados a partir da análise qualitativa.

Segundo MARTINELLI (1994, p.16) “Na pesquisa qualitativa todos nos expressamos como sujeitos políticos, o que nos permite afirmar que ela em si mesma é um exercício político.” Assim cabe reiterar que tal opção está baseada fundamentalmente porque a pesquisa qualitativa: “[...] não se coloca como algo excludente ou hermético, é uma pesquisa que se realiza pela via da complementaridade, não da exclusão.” (ibid., p. 17).

A coleta de dados foi realizada no período de Julho de 2013 a Janeiro de 2014. Coletamos informações a partir do parâmetro temático, ou seja, após a revisão da literatura demos preferência a estudos que contemplassem o conceito da intersetorialidade nas políticas sociais e a intersetorialidade a partir da gestão pública, na saúde e na assistência social, como é possível constatar no quadro que segue:

Intersetorialidade estudo do conceito nas políticas sociais	Intersetorialidade a partir da gestão pública	Intersetorialidade na Saúde	Intersetorialidade na assistência
Machado (2009)	Laura e Veiga (2007)	Barra (2013)	Sposati (2004)
Bidarra (2009)	Tumelero (2012)	Andrade (2005)	Pereira e Teixeira (2013)
Dantas (2012)	Schütz e Miotto (2010)	Junqueira (2000)	Pereira (2004)
	Silva (2013)		Giaqueto (2010)
	Santos (2011)		
	Pereira (2012)		
	Pansini (2011)		
	Monnerat (2009)		
	Monnerat (2011)		
	Monnerat e Souza (2011)		
	Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997)		
	Inojosa (2001)		
	Bronzo (2010)		
	Bronzo (2007)		

QUADRO 1: Fonte Primária

Já a pesquisa documental incluiu, legislações e documentos operacionais no entorno da ESF e do PBF, são eles:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei Orgânica da Assistência Social - Loas;

- Política Nacional da Assistência Social - PNAS (2004);
- Norma Operacional Básica NOB/Suas (2005);
- Legislação referente à criação do Programa Bolsa Família;
- Lei Orgânica da Saúde - LOS (Leis 8.080 e 8.142);
- Norma Operacional Básica NOB/SUS (1996);
- Norma Operacional da Assistência à Saúde - Noas;
- Política Nacional de Atenção Básica e suas alterações com foco para a documentação que cria a Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Política Nacional de Humanização na Atenção Básica;
- As Diretrizes Operacionais para os Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão portaria 399;
- A Lei orgânica da Seguridade Social, nº 8.212, de 24 de julho de 1991.
- Política Humaniza SUS na Atenção Básica;
- Caderno do IGD-E;
- Caderno do IGD-M;
- Roteiro de Trabalho da Oficina Intersetorial – MDS;
- Curso de autoaprendizado - Matriz de interfaces do Programa Bolsa Família na Saúde.

A principal técnica utilizada foi a leitura e essa aconteceu como apontado:

- a) Leitura de reconhecimento do material bibliográfico [...]
- b) Leitura exploratória – também se constitui em uma leitura rápida cujo objetivo é verificar se as informações e/ou dados selecionados interessam de fato para o estudo; [...]
- c) Leitura seletiva – procura determinar o material que de fato interessa, [...]
- d) Leitura reflexiva ou crítica – estudo crítico do material orientado por critérios determinados a partir do ponto de vista do autor da obra, [...]
- e) Leitura interpretativa – é o momento mais complexo e tem por objetivo relacionar as idéias expressas na obra com o problema para o qual se busca resposta. (SALVADOR,1986; apud LIMA; MIOTO, 2007, p. 41).

Após as considerações sobre os mecanismos intersetoriais apontados por Santos (2011) reelaboramos os referenciais a partir dos quais a nossa análise se

embasou. No que diz respeito à inclusividade observamos se os documentos sinalizavam:

1. Descentralização político-administrativa das atividades no que concerne ao planejamento, execução e fiscalização das políticas sociais, programas e estratégias;
2. Sugestões para a participação da sociedade no planejamento, execução e fiscalização;
3. Fontes alternativas de informação.

Em relação aos mecanismos de integração observamos:

1. Se havia referência à necessidade de criação de fontes de informação que deverão ser compartilhadas pelos atores que trabalham nas políticas sociais;
2. Sugestões para aproximar os funcionários que trabalham nas políticas de saúde e assistência assim como no PBF e ESF para a resolução de problemas sociais;
3. Se os documentos previam a criação de equipes intersetoriais;
4. Se os documentos sinalizavam o planejamento conjunto de ações intersetoriais com agenda comum;
5. Se foi sinalizado à adoção de metas comuns para as políticas sociais e para a ESF e o PBF;
6. Se os documentos continham normas para ações em conjunto e integradas com as políticas sociais e entre a ESF e o PBF;
7. Se os mecanismos que são sinalizados como essenciais para manter a integração entre as políticas sociais tais como reuniões, fóruns e conferências estavam dispostos na legislação;
8. Se os programas realçavam a organização territorial ou por temática não setorial de atendimento.

3.2- Interseções, aproximações e distanciamentos entre a Estratégia Saúde da Família e o Programa Bolsa Família a partir da lógica da intersetorialidade a luz do aparato legal.

Ao realizarmos nosso estudo, fomos paulatinamente compreendendo que a materialização das ações intersetoriais repetidamente mencionadas nos discursos legais presentes tanto na ESF quanto no PBF não devem ser analisadas sem alguns recuos prévios. Um primeiro se refere à necessidade de termos a exata dimensão da complexidade estrutural que configura ambos os programas particularmente em relação ao papel político que ambos representam no cenário brasileiro nas décadas mais recentes.

Tais premissas nos asseguram que é precipitado discorrer sobre a estratégia da intersetorialidade como uma amálgama, que pelo simples fato de estar sinalizada num texto institucional se concretiza, sem que nenhum esforço a mais, seja engendrado. Optamos então, por trabalharmos as interseções postas e possíveis, algumas aproximações observadas ao longo do aperfeiçoamento das leis e portarias que embasam os dois programas pesquisados e os distanciamentos ainda recorrentes.

No entanto, antes de iniciarmos o foco da nossa análise se faz necessário uma exposição detalhada do aparato legal ora trabalhado no nosso estudo. A Constituição Federal do Brasil tem dentre os seus fundamentos expressos no artigo 1º a cidadania e a dignidade da pessoa humana consequentemente são garantidos enquanto direitos sociais expressos no artigo 6º “[...] a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (BRASIL, 1988, p. 19).

Para a garantia dos direitos relativos à saúde, previdência e assistência social foi instituída a Seguridade Social, a qual deve ser organizada pelo poder público para integrar ações com os seguintes objetivos expressos no artigo 194 parágrafo único:

- I – universalidade da cobertura e do atendimento;
- II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V – equidade na forma de participação no custeio;

VI – diversidade da base de financiamento;

VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (ibid., p. 111).

A ideia de intersectorialidade está implícita no artigo 196 da CF, quando afirma que a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas para garantir a prevenção de doenças e o acesso aos demais serviços de saúde (ibid.). Assim como a referência ao atendimento integral (ibid.), proposta no inciso II do artigo 198, pois prenuncia que o indivíduo será considerado em suas necessidades biopsicossociais. No que tange a Assistência Social, como já retratamos no primeiro capítulo, ela é uma política que exige articulação com as demais políticas sociais, o texto constitucional diz:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I – a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II – o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III – a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV – a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (ibid., p. 116).

Assim está implícito que para promover proteção (inciso I), amparo (inciso II), promoção (inciso III) habilitação e reabilitação (inciso IV) a política de assistência deve requisitar das demais políticas sociais uma articulação eficiente.

A Lei Orgânica da Seguridade Social (8212/91) ratifica que a Seguridade Social deve assegurar o direito à saúde, previdência e assistência social, porém não ultrapassa a reafirmação dos princípios constitucionais, visto que, apenas sinaliza a composição do orçamento da Seguridade e especifica somente a contribuição para a Previdência Social.

Importante notar que em seus princípios e diretrizes é garantido o caráter

democrático e descentralizado da gestão administrativa com a participação da comunidade. No entanto, como já sinalizamos no capítulo primeiro, ela não se concretizou enquanto política social, ao contrário os artigos que propunham a instituição de conselhos (órgãos colegiados) foram vetados e a seguridade ficou reduzida a ideia de previdência social, porém a Constituição prevê o caráter democrático e descentralizado e a gestão quadripartite.

A Lei 8.212 reafirma que a saúde deve ser garantida a partir de políticas sociais e econômicas e que seu atendimento deve ser integral, mas não prevê os mecanismos para articular as políticas sociais, nem como a política de saúde será implantada para garantir uma assistência integral.

Ademais as portarias, normas e pactos da saúde tiveram essa pretensão de normatizar e garantir uma assistência à saúde que contemplasse a integralidade, no que diz respeito ao atendimento à saúde do indivíduo, porém não houve um esforço significativo para articular com as demais políticas sociais como veremos posteriormente.

Assim como a política de saúde, a política de assistência social não foi abordada precisamente na Lei Orgânica da Seguridade Social (Loss). Reafirmou os princípios constitucionais, mas não traçou os mecanismos para a garantia dos objetivos da política.

Interessante notar que se comparada ao texto constitucional que indica a assistência para “quem dela necessitar” (ibid., p. 116), a lei sugere uma maior abrangência na medida que omite essa ideia, vejamos:

Art. 4º A Assistência Social é a política social que provê o atendimento das necessidades básicas, traduzidas em proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e à pessoa portadora de deficiência, independentemente de contribuição à Seguridade Social.

Parágrafo único. A organização da Assistência Social obedecerá às seguintes diretrizes:

- a) descentralização político-administrativa;
- b) participação da população na formulação e controle das ações em todos os níveis. (BRASIL, 1991, p.2)

Na medida em que não especifica o público, proporciona uma ideia mais próxima da de Seguridade Social que predominou nos países europeus no Welfare State.

Como sinaliza (FLEURY; OOVERNEY, 2008) que tem na articulação Estado/Sociedade uma relação de cidadania universal na qual a modalidade benefício está centrado na ideia de mínimo vital, diferente de como os autores caracterizam a proteção social no Brasil, enquanto cidadania invertida centrada em bens e serviços focalizados nos mais pobres. Como já situamos a influência neoliberal impactou negativamente para a garantia de direitos sociais assim como para o desenvolvimento de políticas sociais articuladas sinergicamente.

A Lei Orgânica da Saúde (8080/1990) reitera em seu artigo 2º parágrafo I o dever do Estado na formulação de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos além de garantir assistência à saúde em sua integralidade (BRASIL, 1990b).

O artigo 5º traz a ideia de formula-la destinando-a para promover a redução de doenças e agravos de saúde atentando para isso aos aspectos econômicos e sociais, portanto vemos também nela a ideia de articulação intersetorial implícita dado o caráter ampliado da noção de saúde adotada (ibid.).

Vemos abordado no artigo 7º inciso I a integralidade da assistência à saúde, que deve ser realizada através da articulação de ações e serviços preventivos e curativos em todos os níveis de complexidade do sistema (ibid.). Porém a prevenção também se faz a partir da articulação intersetorial quando há ações que atingem os determinantes e condicionantes da saúde, mas o próprio texto decide priorizar a assistência direta a saúde. Como vimos em (MONNERAT; SOUZA, 2011; PANSINI, 2011) o movimento sanitário ficou com medo de perder o foco na saúde e reduzir as conquistas desse setor, ademais cada política que compõe a seguridade buscou garantir seu financiamento e poder de decisão em detrimento de uma articulação que promovesse a integralidade.

No mesmo artigo inciso IX temos dos princípios da política de saúde o que melhor se desenvolveu: a descentralização política-administrativa (BRASIL, 1990b). Essa realizada mediante a descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde trouxe muitos avanços para o setor.

Ainda no artigo 7º inciso X “integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico” (ibid., p.4), portanto os gestores municipais, estaduais e federal deverão articular suas iniciativas de programas e políticas no que

tange a esses aspectos.

Interessante notar no artigo 12º que a lei estabelece a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional que devem ser integradas pelos Ministérios, órgãos competentes e representantes da sociedade civil e subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde para articular programas e políticas de interesse da saúde.

A partir do artigo 13º (ibid., p 5) observamos que esses últimos deverão contemplar em especial:

- I. alimentação e nutrição;
- II. saneamento e meio ambiente;
- III. vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV. recursos humanos;
- V. ciência e tecnologia;
- VI. saúde do trabalhador.

É possível nos perguntarmos, o porquê políticas primordiais como habitação e transporte não serem citadas com a merecida ênfase nas políticas e programas de saúde, pois assim como alimentação e saneamento, a habitação e o transporte são determinantes e condicionantes diretos na saúde. Porém o trato reducionista dado as políticas também explica a omissão delas apesar de sua importância são tratadas de forma irrisória e omissa no arcabouço legal e jurídico da saúde.

O artigo 15º trata das atribuições comuns à União, Estados, Distrito Federal e Municípios, dentre elas vemos no inciso IV “organização e coordenação do sistema de informações de saúde” (ibid., p. 6).

No entanto a lei não agrega a ideia de compartilhar informações com os demais setores, o que temos são informações circunscritas ao mesmo setor que apenas são compartilhadas quando realizadas outras entrevistas para acesso a benefícios e serviços de outras políticas sociais, assim a ideia de intersetorialidade é minada.

Em conformidade com o artigo 7º da LOS que tem como princípio a participação da comunidade na política de saúde a Lei 8142 (BRASIL, 1990a) dispõe sobre as formas de participação afirmando como instâncias colegiadas a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

O primeiro para propor diretrizes na formulação da política de saúde e o segundo enquanto órgão em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes de governo, profissionais da saúde, usuários e prestadores de serviços.

Subsidiando essa política temos a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS) de 1996, que está voltada para definir ações para operacionalizar o SUS, sua finalidade principal é promover e consolidar o pleno exercício do poder municipal e do Distrito Federal enquanto gestor da saúde, para isso define as responsabilidades do município, do Estado, Distrito Federal e da União, (BRASIL, 1996).

Além disso, ela redefine os instrumentos gerenciais para a superação do papel exclusivo de prestadores de serviços dos estados e municípios, assim como os mecanismos e fluxos de financiamento, a avaliação do sistema antes centrada no faturamento de serviços produzidos e o vínculo dos serviços e usuários, privilegiando núcleos familiares e comunitários (ibid.).

A NOB 1996 faz parte do segundo momento de descentralização da saúde, o primeiro foi marcado pela NOB 1991 e sua emenda de 1992, é caracterizado pela descentralização da saúde com a estadualização, nela os gestores estaduais são orientados para tornar sua gestão do SUS em conformidade com as diretrizes constitucionais.

No segundo momento da descentralização da saúde houve a expansão do Programa Saúde da Família sendo esse momento caracterizado pela recentralização da saúde em que estados e municípios passam a aderir a um programa que não reconhece as peculiaridades locais no qual as prioridades da atenção à saúde são instituídas pela União. O financiamento do governo federal é destinado a cobrir gastos com insumos, alugueis, remédios enquanto os municípios arcam com os custos da remuneração dos profissionais (ibid.).

Com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2002), ficou estabelecido que os municípios poderão habilitar-se na atenção básica enquanto gestão plena da atenção básica ampliada ou gestão plena do sistema municipal, aos estados cabem a habilitação enquanto gestão avançada do sistema estadual ou gestão plena do sistema estadual.

Para atingir essas habilitações são exigidos requisitos específicos para ambos, não é interessante nesse trabalho nos determos a essas condições, mas salientar que é comum a municípios e estados: o funcionamento de Conselho de saúde, plano e fundo de saúde e o relatório de gestão (ibid.).

Segundo a NOB 1996 os campos da atenção à saúde são três:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar; b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos. (BRASIL, 1996, p. 7).

Assim importante notar que a atenção à saúde segundo o último item também é realizada a partir da interação com outras políticas sociais e econômicas.

Na esfera estadual os Conselhos Estaduais de Saúde e as Comissões Intergestores Bipartite são responsáveis pela “l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.” (ibid., p. 11).

Enquanto em âmbito nacional os sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica dependem dentre outros fatores da:

b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades; [...]
l) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial; (ibid. p. 12, 13).

Interessante notar que essa NOB estabelece em âmbito estadual e nacional a articulação entre políticas deve ser planejada, estimulada e os mecanismos que visam à articulação intersetorial implementados, para isso o processo de participação social é importante, e imprescindível à vontade política de fazer valer a atenção à saúde no que compete à articulação com as políticas externas ao setor.

Vale ressaltar que enquanto esse documento considera o papel do estado e da

esfera nacional a política de atenção básica de 2006, centra no fazer profissional o debate sobre a intersetorialidade e deixa a coordenação dessas ações no âmbito municipal.

Apesar do discurso elaborado nessa NOB, que enfatiza o papel do município e a integralidade, o confronto entre a intenção e a prática desmistifica a ideia de que houve um grande avanço a partir desse documento no que tange a descentralização dos serviços para os municípios, assim também em relação a um desenvolvimento de práticas intersetoriais devidamente planejadas em nível nacional, estadual e municipal.

A portaria 399 de 2006 constitui o arcabouço jurídico da política de saúde, ela aprovou as Diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde e traçou prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida tem como uma de suas prioridades a atenção básica à saúde, para isso objetivou “[...] consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (ibid., p. 3).

O Pacto em Defesa do SUS tem como objetivo reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governo e defender os princípios bases dela, para isso priorizou a implantação de um projeto permanente de mobilização social e a elaboração e divulgação de uma carta dos direitos dos usuários do SUS. Um de seus objetivos mais importantes envolve a aprovação do compromisso orçamentário das três esferas de gestão (ibid.).

O Pacto de Gestão do SUS visou estabelecer as responsabilidades de cada ente para fortalecer a gestão compartilhada e solidária, para assim avançar no tocante a descentralização e regionalização do SUS, além de reforçar a importância da participação e do controle social (ibid.).

O Pacto pela Saúde foi aprovado na reunião da Comissão intergestores Tripartite pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Esse documento permitiu inovações nos instrumentos de gestão e a redefinição das responsabilidades, estabeleceu como será dado o processo de descentralização e abriu possibilidades para a regionalização.

Porém, no que tange a perspectiva intersetorial, podemos verificar que apesar de sinalizada em alguns momentos como necessária foi negligenciada em detrimento da perspectiva intrasetorial ou teve os mecanismos, que dariam a ela concretude omitidos.

Ao analisarmos as prioridades do Pacto pela Vida a saúde do idoso é contemplada e tem como diretrizes “Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;” (ibid., p.5). Porém no item seguinte são traçadas algumas das estratégias para atingir tais princípios, mas nesse item não é sinalizado estratégias para alcançar a articulação intersetorial.

Ainda contida no pacto pela vida está a ideia de fortalecer a atenção básica, para isso a estratégia de saúde da família é central e o seu desenvolvimento deve considerar as diferenças entre as diversas regiões. Apesar de sinalizada na Política de Atenção Básica, que analisaremos posteriormente, a intersetorialidade não é trabalhada.

Em relação ao Pacto de Gestão a norma estabelece que o planejamento no SUS deve ser integrado e articulado as três esferas de gestão, ademais cada esfera deve realizar o próprio planejamento visando os objetivos e diretrizes do SUS tendo em vista além do monitoramento, da avaliação e da participação social a integração intra e intersetorial.

Nesse pacto o objetivo do sistema de planejamento do SUS é “Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento; [...]” (ibid., p.17).

Porém não prevê de que maneira esse planejamento levará em consideração a perspectiva das demais políticas, transparecendo a ideia de que para a realização de ações intersetoriais basta o posicionamento e o “querer fazer” de apenas uma das políticas envolvidas.

Em nenhum momento descreve o que será necessário para o planejamento em conjunto ou que políticas serão priorizadas para articulação intersetorial apesar de a ideia contemplar os três entes.

Considerando tais questionamentos percebemos uma contradição no tópico 4.3 que aborda as prioridades do planejamento e afirma ser critério para o processo de

planejamento a adoção de necessidades de saúde da população, pois percebemos que deixa a desejar as posições traçadas para abordar os aspectos condicionantes e determinantes da saúde.

No que concerne as responsabilidades gerais da gestão do SUS é dever do município dentre outros:

[...] garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências; (ibid., p. 21)

Podemos rever que semelhante à ideia de integralidade da LOS no artigo 7º inciso II, nesse documento também está restrita as ações de saúde mesmo que consideradas os contextos: familiar, social e do trabalho, assim como as atividades de promoção, prevenção e ações de assistência. A interdisciplinaridade toma o lugar da intersetorialidade que não é cogitada.

Isso demonstra mais uma vez a contradição presente nas diretrizes operacionais que ora omite a intersetorialidade, ora ignora seus mecanismo para operacionalização, porque se é perceptível à necessidade de considerar os diferentes aspectos para a garantia da saúde não há motivos para ser secundária ou no caso em questão ignorada a abordagem intersetorial.

Pudemos observar que no que tange as responsabilidades gerais da gestão do SUS, os Municípios, Estados, Distrito Federal e União têm suas responsabilidades estabelecidas visando o respeito ao princípio da integralidade, todavia a articulação entre as políticas sociais não é tratada em nenhum momento dos seus deveres.

No que diz respeito ao planejamento e programação os Municípios, os Estados e a União devem formular o plano de saúde em seu âmbito além de ações intersetoriais voltadas para sua promoção (ibid.).

Porém o cenário brasileiro nos mostra que estratégias intersetoriais implementadas em âmbito municipal ficam fadadas a interrupções geradas por mudança no cenário político do município e sem o devido apoio dos demais entes

federativos algumas ações não são potencializadas ao contrário a tendência é serem influenciadas para a desistência do projeto de cunho intersetorial.

A dificuldade também está em aprovar planos de saúde em âmbito nacional e estadual que representem as demandas da população e que possuam mecanismos intersetoriais adequados para permitir sua real execução, pois tais propostas esbarram na lógica de reduzir custos sociais em detrimento da acumulação capitalista.

A Política Nacional de Atenção Básica foi formulada com base no Pacto pela Vida de 2006, ela constitui a atenção básica enquanto porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde e reafirma ser a estratégia de saúde da família seu modelo e centro ordenador das redes de atenção à saúde, (BRASIL, 2006a).

Nesse documento a atenção básica a saúde é caracterizada enquanto “[...] 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.” (ibid., p. 10).

Esse trecho é importante de ser analisado, porque apesar de não deixar explícito, a intersetorialidade pode ser requisitada para a maioria dessas ações. Podemos observar, por exemplo, no trato a promoção de saúde, como tratar e garantir que uma criança com desnutrição infantil seja tratada e não volte a adquiri-la sem prover seus pais ou responsáveis das condições necessárias para obter alimentos e água adequados?

Para isso é necessário lançar mão de políticas, programas ou projetos com caráter intersetorial, que articulem a política de assistência social, trabalho, educação e habitação. Assim também para garantir a proteção da saúde de populações que moram junto a rios ou ao mar sem que tenham acesso a saneamento básico, ou sem que tenham acesso a casas com água encanada, recolhimento de lixo regular?

Igualmente a promoção e a proteção de saúde; a prevenção, a manutenção da saúde e a reabilitação podem através de estratégias e políticas intersetoriais ser potencializadas.

Vemos que a atenção básica tem como um de seus fundamentos:

II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demandas 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; [...]

VI – estimular a participação popular e o controle social. (ibid., p. 11)

Ademais a integralidade é mais uma vez sinalizada enquanto a intersetorialidade permanece subentendida aos que possuem uma visão ampliada e crítica da saúde, além disso, a participação popular e o controle social estimulados, como já tratamos no capítulo primeiro essa participação, porém não tem conseguido efetivar grandes mudanças no cenário atual, mas tem legitimado o poder do Estado.

Dentre as responsabilidades das secretarias municipais de saúde e do Distrito Federal queremos enfatizar algumas:

III – inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde; [...]

XI – definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica; [...]

XVII – buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território. (ibid., p. 13).

A preferência na atenção básica é da Estratégia de Saúde da Família, porém a articulação que poderia haver dos serviços de saúde com as demais políticas sociais é omitida em detrimento da ênfase em parcerias, deixando uma lacuna no que se refere ao planejamento de ações e metas comuns com políticas programas e projetos de setores diferentes, assim como dá lugar a lógica da solidariedade ao invés do direito adquirido.

Semelhante aos municípios as secretarias estaduais e do Distrito Federal e ao Ministério da Saúde cabe viabilizar parcerias com organismos internacionais, e organizações do governo ou não governamentais (ibid.). Ademais nem a esses entes é **ênfatizado** a responsabilidade de planejar e articular políticas, programas, projetos e *estratégias* intersetoriais embasadas no direito adquirido dos cidadãos de terem sua saúde garantida pelo Estado no que concerne a Atenção Básica.

O processo de trabalho das equipes da Atenção Básica possui dentre suas características, “[...]desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde;” (ibid., p. 19).

Esse ponto não faz referência direta a ideia de solidariedade e pode ser

entendido também enquanto projetos que partem de políticas sociais a partir da noção de direito à saúde, contudo a ideia de atenção básica, como o próprio documento afirma, vai além de ações de promoção a saúde inclui, de proteção, prevenção, manutenção e reabilitação. É necessário considerar que essa assertiva que pode nos levar a ideia de intrasetorialidade presente nas noções de integralidade, mas sempre confundidas, não sem intenção, com a intersectorialidade.

Importante notar que quando se especifica os deveres e o processo de trabalho na atenção básica da ESF é falado de busca e desenvolvimento de parcerias, seja ela com instituições ou organizações sociais e sob a coordenação da gestão municipal.

E quando se fala das responsabilidades de cada nível de governo não é considerado o empenho desses para a busca, o desenvolvimento, planejamento e execução de ações intersectoriais, seja a partir de parcerias, seja com a formulação de políticas, programas, projetos e estratégias que envolvam outros setores sociais.

As atribuições comuns a todos os profissionais que destacamos são:

- III – realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde a população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV – garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; [...]
- IX – promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X- identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais com a equipe, sob coordenação da SMS; (ibid., p. 42-43).

O descuido com princípios constitucionais em documentos oficiais não é visto com tanta veemência para com os demais quanto para com o princípio da integralidade no qual o tratamento dado pelas normas operacionais e pela Política de Atenção Básica tem sido relegado ao “esquecimento”.

Vemos também instruções que tiram o foco do direito constituído e centra no ideal da solidariedade e participação social que depende da disponibilidade de seus voluntários.

Além de responsabilizar prioritariamente os profissionais que estão na ponta do processo de cuidado à saúde, inclusive os gestores municipais que como já vimos têm pouca autonomia na gestão da Atenção Básica, visto que a pactuação junto a União

segue uma lógica verticalizada em que os padrões de assistência são nacionais e não respeitam a peculiaridade local.

Assim impossibilita articulações intersetoriais que potencializam o processo de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde, como também fragiliza a compreensão dos cidadãos acerca dos processos de cuidado da saúde oferecido no âmbito do SUS causando um descrédito acerca do princípio da integralidade.

Em 2012 a PNAB foi reformulada e retomou os contornos assinalados na política de 2006, assim vemos que todas as esferas de governo possuem como responsabilidade: “Viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no País; [...]” (BRASIL, 2012d, p. 28).

Assim como as equipes de atenção básica no seu processo de trabalho são requisitados a: “X - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;” (ibid., p. 42). Além de “XVII - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;” (ibid., p. 45).

A PNAB 2012 também trata das equipes de atenção básica para a população de rua e para o atendimento das populações ribeirinhas e do pantanal, da Amazônia e do Sul do Mato Grosso e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Acerca do trabalho desenvolvido pelas equipes dos NASF é sinalizada como uma das ações a serem desenvolvidas: “[...] ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.” (ibid., p. 70), porém mais uma vez não são sinalizados os mecanismos para que ocorra tais ações intersetoriais.

Semelhante ao NASF, ao tratar do Programa Saúde na Escola (PSE), o documento sinaliza que ele “[...] surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral [...]” (ibid., p. 75). Porém os mecanismos pelos quais a intersetorialidade deve ser materializada também não são sinalizados nesse documento. Ademais esse documento enfatiza a necessidade de que haja a articulação intersetorial, porém não esclarece como ela deve se dar assim como a PNAB 2006.

Por sua vez, a Lei Orgânica da Assistência Social (8.742/93), a partir do artigo 2º parágrafo único, aponta como seu objetivo o enfrentamento da pobreza, para este fim essa política deve ser realizada integrada as demais políticas setoriais, portanto a articulação intersetorial deve ser levada em consideração para o provimento de condições sociais e universalização dos direitos sociais (BRASIL, 1993).

São diretrizes da Loas (8.742/93):

- I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;
- II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- III – primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo. (ibid., p. 3).

Apesar das diretrizes apontadas é relevante atentar que;

Frente à variedade de sentidos e sinônimos para a intersetorialidade na política de assistência social, cabe questionar em que medida essas expressões se referem à implementação de ações intersetoriais no campo prático e em que medida elas garantem uma proposta intersetorial que abranja troca de saberes, conhecimentos e objetivos entre os setores e os sujeitos envolvidos (NASCIMENTO, 2010), pois, como afirma Inojosa (2001), a intersetorialidade compreende uma articulação de saberes e experiências no planejamento, implementação e avaliação de políticas, programas e projetos de diferentes áreas e políticas sociais, a partir desse entendimento pode-se dizer que tais conceitos/palavras não abrangem a ação intersetorial em toda a sua totalidade, uma vez que seria necessário prevê formas de planejamento coletivo entre gestores e técnicos dessa política com outras políticas sociais. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p.11).

Constatamos a partir do sexto artigo que a gestão dessa política está organizada a partir de um sistema descentralizado e participativo, o Sistema Único de Assistência Social (Suas). Esse opera a proteção social não contributiva e objetiva consolidar uma gestão compartilhada com cofinanciamento e cooperação técnica de modo articulado entre a União, os Estados, Municípios e o Distrito Federal, além de integrar programas, projetos e benefícios da rede pública e privada, estabelece as responsabilidades de cada ente federativo, e define níveis de gestão a partir do respeito às diversidades dos municípios e regiões (BRASIL, 1993).

A partir da Lei n.º 12.435/2011 que altera a lei 8742/1993 ficou a cargo da União apoiar financeiramente

o aperfeiçoamento da gestão descentralizada dos serviços, programas, projetos e benefícios utilizando-se para isso do Índice de Gestão Descentralizada (IGD) do Suas, a partir da sistemática adotada no Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família (ibid.).

Uma das atribuições do IGD conforme a lei 8.742 é medir resultados da gestão descentralizada baseada na atuação dos gestores dos entes federais, considerando a implementação, execução e monitoramento dos programas, serviços, benefícios e projetos, avaliando também como acontece a articulação intersetorial nos estados e municípios (ibid.). Além disso, deve incentivar a obtenção de resultados qualitativos nas gestões e calcular o montante de recursos a ser repassados pela União aos entes.

As condições para o repasse de recursos da União para Municípios, Estados e Distrito Federal segundo o artigo 30 são: o funcionamento do Conselho de Assistência Social tal como prevê a lei, a criação do Fundo de Assistência Social orientado e controlado pelos conselhos e o Plano de Assistência Social, por fim a comprovação orçamentária de recursos próprios destinados à Assistência Social alocados no seu respectivo fundo (ibid.).

O co-financiamento e o aprimoramento da gestão da política no Suas é realizado através da transferência automática entre os fundos de assistência social - da União, Estados e Municípios – e dos recursos das três esferas de governo nesse fundo como vemos no artigo 30-A, assim o aprimoramento se dá visto que os recursos são destinados exclusivamente para esse âmbito.

Os recursos transferidos pela União e Estados serão declarados anualmente pelos entes recebedores através de relatório de gestão que será submetido ao respectivo Conselho de Assistência Social.

Identificamos no artigo 16º que as instâncias deliberativas do Suas são: o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), o Conselho Estadual de Assistência Social (Ceas), o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal (CASDF) e por fim o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS).

Os conselheiros não podem ser remunerados, a estrutura do conselho é provida pelo órgão gestor da assistência que deve garantir recursos materiais, humanos e financeiros, arcar com despesas de passagens diárias dos conselheiros quando estes estiverem no uso de suas atribuições sejam eles representantes do governo ou da

sociedade civil. Além do mais um percentual de recursos transferidos pela União deve ser gasto com atividades para apoiar tecnicamente e operacionalmente os colegiados.

Porém é importante lembrar que:

O que se verifica nos documentos oficiais, a exemplo das políticas setoriais – como habitação, saneamento básico, política fundiária, meio ambiente – são variadas expressões que remetem à intersectorialidade. Por conseguinte, a atuação intersectorial fica evidenciada de modo implícito, através de conceitos/palavras como articulação, integração, cooperação, parcerias, ação conjunta, interação, participação, dentre outros, que expressam a realização de um trabalho integral, mas que necessariamente não abrangem a intersectorialidade em toda a sua totalidade. Na política de assistência social, podem-se destacar alguns desses conceitos/palavras em seus documentos oficiais, ao longo do texto constitucional; por exemplo, a palavra “integração” é evidenciada no sentido de expressar trabalhos integrados entre as políticas setoriais, instituições, setores privados e a sociedade em geral. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013, p.10).

O CNAS é o órgão superior de deliberação colegiada, formado por nove representantes governamentais sendo um representante dos Estados e um dos Municípios e nove representantes da sociedade civil escolhidos em foro próprio.

Sua atribuição dentre outras é aprovar a Política Nacional de Assistência Social, normatizar ações e regular a prestação de serviços dessa política. Ademais esse órgão deve convocar a cada quatro anos a Conferência Nacional de Assistência Social, que avaliará a situação da política e proporá diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema.

Para incentivar a execução de projetos de enfrentamento da pobreza é importante o apoio de mecanismos de articulação e participação de diferentes áreas governamentais, não governamentais e da sociedade civil, como vemos sendo sinalizado no artigo 26º.

A resolução de número 145 de 2004 aprovou a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) que objetiva “[...] tornar clara suas diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado.” (BRASIL, 2004b, p. 13).

Ela aponta a necessidade de no processo de descentralização da PNAS constituir:

[...] rede de serviços que cabe à assistência social prover, com vistas a conferir maior eficiência, eficácia e efetividade em sua atuação

específica e na atuação intersetorial, uma vez que somente assim se torna possível estabelecer o que deve ser de iniciativa desta política pública e em que deve se colocar como parceira na execução. (ibid., p. 14).

A concepção adotada nessa política tem na assistência social o direito à proteção social e a seguridade social, os quais não resultam em medidas tuteladas ou assistencialistas ao contrário provém o desenvolvimento de capacidades para autonomia dos usuários (ibid.). As funções socioassistenciais da PNAS são organizadas em três tópicos: a Vigilância social, a proteção social e a Defesa Social e Institucional.

As garantias da Assistência Social para a proteção social dizem respeito a:

- Segurança de acolhida,
- Segurança social de renda,
- Segurança do convívio ou vivência familiar, comunitária e social,
- Segurança do desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social,
- Segurança de sobrevivência a riscos circunstanciais (ibid.).

Dos princípios garantidos na Loas que regem a PNAS se encontra: “II- Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;” (ibid., p. 32). Ademais permite que independente de classe social, etnia, gênero ou cultura as pessoas possam ter livre acesso a políticas públicas que devem ser pensadas respeitando as particularidades sociais.

Exemplo claro é a retirada de crianças do trabalho infantil dando a elas uma renda complementar para que possam continuar seus estudos. Esse princípio é importante para salientar que a política de assistência social deve estar continuamente integrada com outras políticas públicas ao tempo em que pode intervir decisivamente nos resultados de seus serviços.

A proteção social é hierarquizada em:

- Proteção social Básica: Visa prevenir situações de risco quando ainda não houve rompimento dos vínculos familiares e comunitários. Os seus serviços

são executados de forma direta pelo Centros de Referência de Assistência Social – Cras, nele é ofertado o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif). A referência desse programa é territorializada e a equipe é incumbida de orientar, dar informações a população de sua área e se articular com a rede de proteção social local, executar um serviço de vigilância da exclusão social, sistematizar e divulgar indicadores da área de abrangência.

- Proteção Social Especial: É realizada a partir do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (ibid.)

Os níveis de Complexidade dessa política, de maneira sucinta, são divididos em:

- Proteção social básica - objetiva prevenir situações de risco mediante o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários,
- Proteção social especial de Média Complexidade - atendem indivíduos ou famílias com direitos violados, mas que não perderam os vínculos familiares ou comunitários,
- Proteção social especial de Alta Complexidade - atendem indivíduos ou famílias com direitos violados que já perderam os vínculos familiares e comunitários (ibid.).

A equipe profissional deve informar e orientar a população acerca de seus direitos, porém o parecer dos profissionais dos Cras e Creas não decide nem influencia a aquisição do PBF nem do BPC o que mostra não existir articulação intersetorial. Por isso a ideia do Paif é contraditória, pois como garantir atenção integral a família restringindo o arsenal operativo a ações de orientação e encaminhamento sem considerar as particularidades e singularidades existentes para a aquisição de benefícios e serviços?

Como a articulação entre setores pode ser cooperativa se os seus atores não são ouvidos nem possuem poder para decidir? Optou-se no PBF pela manutenção de um sistema operacional que decidisse através da coleta de dados no Cad. Único e sistematização automática quem terá acesso ao benefício.

Além disso os mecanismos de integração que sugerem a articulação dos profissionais da Política de Assistência Social e demais políticas são omissos. O de inclusividade é insuficiente, visto que se resume a participação nos conselhos de

assistência, onde perpetua a burocracia e a imposição de atores políticos, ainda mais porque os profissionais desse setor em sua maioria estão submetidos a um processo de precarização do trabalho, por isso a execução, o planejamento e a fiscalização dessa política a torna ainda mais fragilizada. A Base de Organização do Suas é dado na PNAS a partir da:

- Matricialidade Sócio familiar.
- Descentralização político-administrativa e territorialização.
- Novas bases para a relação entre Estado e Sociedade Civil.
- Financiamento.
- Controle Social.
- O desafio da participação popular/cidadã usuário.
- A Política de Recursos Humanos.
- A Informação, o Monitoramento e a Avaliação. (BRASIL, 2004b, p. 39).

A Política de Assistência Social sinaliza ao tratar da matricialidade sócio familiar que:

[...] a Assistência Social, enquanto política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, e considerando as características da população atendida por ela, deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersetorial com outras políticas sociais, particularmente, as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras, para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos (ibid., p. 42).

A PNAS expressa que a descentralização, territorialização e intersetorialidade são os principais pressupostos dessa política e acrescenta a necessidade de operacionalizá-la a partir da rede rompendo com a focalização, segmentação e fragmentação, permitindo a articulação e integração das práticas. Ao tratar de financiamento é necessário relembrar (ibid.):

[...] compõe o rol das propostas da Política Nacional de Assistência Social a Negociação e a assinatura de protocolos intersetoriais com as políticas de saúde e de educação, para que seja viabilizada a transição do financiamento dos serviços afetos a essas áreas, que ainda são assumidos pela política de assistência social, bem como a definição das responsabilidades e papéis das entidades sociais declaradas de utilidade pública federal, estadual e, ou, municipal e

inscritas nos respectivos conselhos de assistência social, no que tange à prestação de serviços inerentes a esta política, [...] (ibid., p, 50-51).

A PNAS prevê a implantação de sistemas de informação, avaliação e monitoramento que permitam a participação nas decisões, mas não o compartilhamento dessas informações com outras políticas para o planejamento de ações articuladas.

A resolução de número 130 de 2005 aprovou a Norma Operacional Básica da Assistência Social NOB/Suas que estabelece normas e direcionamentos para os gestores da União, Estados e Municípios. Ela estabelece dezoito princípios organizativos dentre os quais ressaltamos:

- ▶ Descentralização político-administrativa com competências específicas e comando único em cada esfera de governo; [...]
- ▶ sistema de gestão de relações interinstitucionais, intersecretariais, intermunicipais, metropolitanas, através de ações complementares, protocolos, convênios, fóruns de gestão, mecanismos de responsabilidade social, intercâmbio de práticas e de recursos; [...]
- ▶ sistema democrático e participativo de gestão e de controle social [...]
- ▶ articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular os drogaditos nas ruas;
- ▶ articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Nacional de Previdência Social, gerando vínculos entre sistemas contributivos e não-contributivos; [...]
- ▶ articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Educacional por intermédio de serviços complementares e ações integradas para o desenvolvimento da autonomia do sujeito, por meio de garantia e ampliação de escolaridade e formação para o trabalho. (BRASIL, 2005, p. 16-17).

São responsabilidades dos municípios na Gestão Básica do Suas:

- a) alimentar e manter atualizadas as bases de dados dos subsistemas e aplicativos da REDE SUAS, componentes do sistema nacional de informação;

- b) inserir no Cadastro Único as famílias em situação de maior vulnerabilidade social e risco, conforme critérios do Programa Bolsa Família (Lei nº 10.836/04);
- c) participar da gestão do BPC, integrando-o à Política de Assistência Social do município, garantido o acesso às informações sobre os seus beneficiários; (BRASIL, 2005, p. 27).

Em relação particularmente a lei 10.836/2004 que regulamenta o Programa Bolsa Família (um dos focos de nossa análise), vemos que ela integrou o Programa Bolsa Escola, o Programa Nacional de Acesso à Alimentação o PNAA, o Bolsa Alimentação, o Auxílio Gás e o Cadastramento Único do Governo Federal.

O dispositivo de planejamento e gestão do PBF é o Conselho Gestor Interministerial que tem a finalidade de assessorar o Presidente da República a fim de formular e integrar políticas públicas, definir diretrizes, normas e procedimentos sobre o desenvolvimento e implementação do PBF e apoiar iniciativas para instituir políticas públicas sociais, (BRASIL, 2004a). O PBF tem suas competências, composição e funcionamento estabelecidos pelo poder Executivo.

A gestão do PBF e sua execução são públicas e governamentais. Para tanto, foi adotado um modelo de gestão descentralizado - a partir da conjugação de esforços entre entes federados – que considera a intersetorialidade, a participação comunitária e o controle social, como vemos no artigo 8º (ibid.).

A execução e gestão descentralizada são implementadas mediante participação voluntária dos Estados, Distrito Federal e Municípios, para que haja transferência de recursos da União para os entes federados é necessário que eles alcancem índices mínimos no IGD do PBF.

Todavia, o IGD impõe aos municípios e estados condicionalidades, mas não são pactuadas articulações intersetoriais entre as esferas de poder (MONNERAT, 2011):

O IGD é calculado a partir de quatro variáveis que representam, cada uma, 25% do seu valor total: atualização da base de dados, qualidade e integridade das informações constantes no Cad-Único; informações sobre o cumprimento das condicionalidades da educação; e das condicionalidades da saúde. Quanto maior o IGD, maior é o valor do recurso transferido. Para receber os recursos do IGD o município deve ser habilitado na Gestão Municipal da Assistência Social, aderir ao Programa Bolsa Família, e atingir pelo menos 0,4 no IGD. Mas o IGD não faz qualquer prescrição, indicação ou alusão à promoção da intersetorialidade, da complementaridade ou da sinergia entre ações sociais do Poder Público (ibid., p.10).

No tópico posterior detalharemos o IGD-E e o IGD-M, visto que esse índice é o principal mecanismo para potencializar a intersetorialidade no PBF, por enquanto nos deteremos a essa explicação para traçar um panorama do arcabouço legal do PBF.

Para a descentralização do PBF o poder Executivo, segundo o artigo 8º regulamenta os procedimentos e condições para adesão ao programa dos usuários e dos entes, assim como os instrumentos, parâmetros e procedimentos de avaliação de resultados e da qualidade de gestão dos entes. Regulamenta também os procedimentos e instrumentos de controle e acompanhamento da execução do PBF pelos entes federados.

Os recursos distribuídos aos estados, Distrito Federal e municípios devem ser aprovados pela instância de controle social e havendo irregularidades os valores deverão ser ressarcidos ao Executivo. As Instâncias de Controle Social são instaladas pelo município na forma de regulamento e a relação de beneficiários do PBF é divulgada em meios eletrônicos de acesso público e através de outros meios.

Diante deste modo de disposição do arcabouço legal que circunda os dois programas (ESF e PBF), entendemos que há sem dúvidas traços que possibilitam um diálogo intersetorial entre ambos, porém de média densidade como bem define Veiga e Bronzo (2007). As autoras ao analisarem treze programas intersetoriais locais de combate à pobreza e à exclusão na América Latina, construíram uma classificação na qual aludem a intersetorialidade em densidades (níveis) diferentes e crescentes.

A intersetorialidade poderia ser representada por um contínuo que abrangeria desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais já existentes até uma gestão transversal, passando por formas intermediárias e por arranjos organizacionais que articulem parcialmente alguns setores ou organizações. Dependendo do grau e dos tipos de cooperação previstos ou viabilizados nos arranjos inter e intraorganizacionais e dos níveis de governo envolvidos, poder-se-ia aferir a densidade e a abrangência da articulação da rede mobilizada. Assim seria possível classificar as intervenções como envolvendo baixa ou alta densidade intersetorial, atuando através de redes amplas ou restritas. No caso específico de programas de combate à pobreza e à exclusão, o fio condutor seria a aderência da intervenção às necessidades da população e eles deveriam ser avaliados por sua capacidade de efetivamente atuar sobre os vetores da exclusão. (VEIGA; BRONZO, 2007, p.8)

Os níveis de densidade observados se classificam em:

[...] **alta densidade** (envolvimento de vários setores e organizações desde a etapa de definição e planejamento até a execução das ações com conseqüências importantes nos modelos de gestão ou nos arranjos institucionais, apesar de apresentarem diferenças importantes em termos de efetividade [...]), **média** (definições de diretrizes, critérios de elegibilidade ou desenho geral do programa por níveis mais altos de governo ou por equipes intersetoriais locais, mas que passam a ser implementados através da cooperação articulada de poucos setores da administração pública local, introduzindo modificações limitadas nas práticas setoriais e nas instâncias de gestão-- Programa Bolsa Família/Belo Horizonte, o de Assistência às Famílias/ São Paulo, o de Intervención Socio-educativa en Absentismo Escolar/Málaga e o Programa Intersectorial para Niñez y Adolescencia/Azul) e **baixa densidade** (planejamento unisetorial ou com baixa integração entre setores; execução convergente através de ações com a participação de poucos setores ou organizações, mas sem grandes alterações nos processos de trabalho ou na alocação de recursos materiais ou humanos [...]). (VEIGA; BRONZO, 2007, p. 9).

Assim, ao nos debruçarmos sobre a legislação e dispositivos documentais de implantação dos dois programas estudados, inferimos que nesta dimensão (legal) se apresenta a média densidade, ou seja, são claras as diretrizes, existem os critérios de elegibilidade (condicionalidades), há uma formulação produzida pelo Governo Federal (embora sem dialogicidade entre os dois programas) e uma diretiva de que a implementação deverá ser realizada com o envolvimento de setores locais (municípios).

Nessa perspectiva constatamos aproximações (expressas na média densidade), ou pontos de convergência entre os programas analisados (aparato legal), quais sejam: ambos são programas federais com ampla cobertura nacional, operacionalizados nos municípios; ambos focalizam suas intervenções na família; há uma clara relação entre as condições sócio-econômicas e o processo saúde-doença; ambos priorizam os mais vulneráveis.

É fundamental salientar que investigações recentes tem tecido críticas a articulações dos dois programas, a exemplo da pesquisa de Fachinni et al. (2013) que informam:

Os achados reforçam a necessidade de fortalecimento do vínculo entre a Estratégia Saúde da Família e o Programa Bolsa Família nos âmbitos local e nacional, na perspectiva da melhoria da qualidade da atenção materno-infantil. Para isso, o acompanhamento das famílias mais pobres, por parte da rede de saúde, deveria ampliar a ênfase na qualidade da cadeia completa do processo de cuidado: desde o pré-natal até o primeiro ano de vida das crianças, passando pelos cuidados do pós-parto. Embora a renda continue marcando as grandes diferenças nos indicadores de saúde dos grupos sociais, o Programa Bolsa Família mostra um potencial significativo para a redução de desigualdades e iniquidades em saúde. Este impacto positivo nos indicadores de saúde poderia ser ainda maior, caso fossem superados os limites sistêmicos dos serviços de saúde, como a rotatividade dos profissionais, a precariedade da infraestrutura e os problemas de acesso e de qualidade em saúde. Além disso, a expansão dos investimentos e o reajuste do Bolsa Família devem estar em interação com a expansão do gasto público federal no SUS, particularmente na atenção primária à saúde e na Saúde da Família. (ibid., p. 281)

Também em relação aos mecanismos propostos por Santos (2011), quais sejam: **integração e inclusividade** - constatamos que alguns dos instrumentos aparecem nos documentos e portarias. No entanto, não avançam no sentido de dar-lhes materialidade, ademais tanto na estruturação da Estratégia Saúde da Família quanto na organização do Programa Bolsa Família, pois não são detalhados como seus conteúdos podem ser incorporados no processo de gestão tornando inviável a integração e a inclusividade.

Em relação à ESF e ao mecanismo intersetorial de Integração, o aparato documental é claro em relação a necessidade das Unidades de Saúde da Família terem espaços institucionalizados de negociação e decisão entre os atores envolvidos (como reuniões periódicas, fóruns e conferências).

O modo de gestão da Política Nacional de Humanização é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem o compartilhamento do poder, a coanálise, a codecisão e coavaliação— em uma palavra: a cogestão. A ideia de que a gestão é uma tarefa coletiva, e não somente uma atribuição de especialistas ou detentores de “cargos”, nos leva à conclusão de que a reunião de equipe, com espaço e tempo programados, pode constituir-se numa potente estratégia para a qualificação da equipe, troca de saberes e deslocamento de poderes, tanto entre os profissionais como entre estes e os usuários. Esta atitude facilita a resolução dos problemas e promove o protagonismo e valorização dos trabalhadores. (BRASIL, 2009, p. 27-28)

Tal exigência está prevista na Política de Humanização do atendimento (transversal à atenção básica), através da qual os trabalhadores em tese devem possuir um espaço para compartilhar a gestão e participar das tomadas de decisão. Na prática (apesar da indicação legal) tais espaços são sub utilizados com baixa atuação dos trabalhadores e usuários.

Em relação ao PBF o “lócus” mais próximo para que tal mecanismo seja materializado é o Cras ou o Creas. Comissões intersetoriais são indicadas aos municípios e aos estados e fazem parte de um dos critérios para recebimento dos recursos do IGD-E. Pela própria natureza do Programa, sua equipe protagonista (em geral) é “enxuta”, ou seja, a equipe gestora consta apenas do gestor oficial, profissionais administrativos e por vezes de Assistentes Sociais.

Os sistemas de informação, do ponto de vista legal são representados pelo CAD. Único, que traz informações sobre os componentes da família, a realidade socioeconômica dela, além de caracterizar o domicílio e o acesso aos serviços públicos, pelo Sistema de condicionalidades (Sicon) e o Sistema de Gestão do Bolsa Família na Saúde.

A ESF conta com o Sisvan-WEB que é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Web, que contém dados de saúde de toda a população, além do SIAB - Sistema de Informações de Atenção Básica. Ele produz relatórios que auxiliam as próprias equipes, as unidades básicas de saúde às quais estão ligadas e os gestores municipais a acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade.

Contudo, apesar da sofisticação dos dois sistemas de informação, ainda persiste um diálogo truncado, já que poucas informações são compartilhadas entre ambos. Há nesse aspecto um monitoramento quantitativo dos atendimentos e coberturas.

Porém, em se tratando do fortalecimento da intersectorialidade os sistemas de informação pouco contribuem, já que do modo como foram estruturados, através de desenhos engessados, reproduzem o final sucinto do processo de resolução das demandas, o que acaba deixando de fora seus campos de preenchimento todo o processo de arranjos produzidos (ou não) para o alcance da resolutividade. Há uma dificuldade também por parte dos profissionais em participar e consequentemente partilhar da gestão da informação.

Em relação à existência de comitês e/ou equipes intersectoriais permanentes constatamos que o PBF sinaliza em sua legislação claramente tais fóruns, já que em

sua disposição organizacional conta com um Conselho Gestor (CGPBF) de caráter deliberativo e integrado pelos ministérios da Saúde e Educação, Segurança Alimentar e do próprio Ministério da Assistência Social. Com replicação dessa configuração de conselho nos âmbitos estaduais e municipais, cujas funções primordiais repousam no acompanhamento, monitoramento, avaliação e fiscalização da execução do programa. Ademais como acrescenta Silva (2013):

Formalmente, um dos mecanismos de coordenação intersetorial, criados já na lei que instituiu o PBF (Lei no 10.832/04), era um órgão colegiado, denominado Conselho Gestor Interministerial do Programa Bolsa Família, com a finalidade de formular e integrar políticas públicas. No entanto, como mostrado em Silva (2013), mecanismos desse tipo, por envolverem diretamente o alto escalão ministerial, embora sejam importantes instrumentos para a geração política de consenso e de estabelecimento de prioridades, são incapazes de dar materialidade à intersectorialidade. Em outras palavras, reuniões pontuais dos altos escalões ministeriais não garantem a construção da intersectorialidade, propriamente dita. É necessário que a missão de construção da intersectorialidade seja difundida pelas organizações e assumida por seus membros. Tal missão remete, assim, à importância de entender os mecanismos de delegação de poder, capacidade de liderança técnica e política e nível de engajamento da burocracia com as prioridades políticas deste tipo de agenda: de coordenação e de temática de política pública (aqui entendida como capacidade de politização da burocracia). (ibid., p.331-332)

No entanto, apesar da existência de representação da saúde nesse comitê, não vem sendo observado uma repercussão direta de articulações em relação à ESF.

Estudos voltados à análise e à avaliação das diversas experiências de implantação do PBF destacam enormes desafios na construção das ações intersectoriais pretendidas pelo desenho do programa. Magalhães & Bodstein (2009), por exemplo, chamam atenção para o fato de que as consequências institucionais dos arranjos intersectoriais do PBF revelaram dificuldades de integração e cooperação entre diferentes agências e níveis de governo. Em geral, os estudos apontam que a articulação intersectorial no âmbito do PBF ainda é frágil, o que acaba limitando o atendimento integral às famílias e, conseqüentemente, os efeitos do PBF sobre as condições de vida dos beneficiários. (MAGALHÃES et al., 2007; BURLANDY, 2007; FERREIRA, 2009, apud SENNA, 2013, p.9)

Devemos ressaltar que estamos tratando de um programa (PBF) e de uma estratégia de gestão (ESF), o que naturalmente nos impõe alguns limites de percepção da forma como os mesmos têm se articulado.

Comitês intersetoriais são mais utilizados em programas sociais e deles podem fazer parte representantes de quaisquer política pública que tenha uma contribuição a oferecer. No caso da ESF, pela forma como essa estratégia vem sendo formulada (centralizada no Ministério da Saúde) e pelo desenho das ações que lhes são de responsabilidade, observamos uma posição de dependência de quem a executa no nível municipal. O movimento de indução da intersetorialidade (no caso estudado) é nomeadamente do PBF para a ESF.

Em relação à existência de planejamento conjunto das ações intersetoriais, resultando disso uma agenda comum, constatamos que tanto no que concerne as responsabilidades e metas compartilhadas, a legislação é vaga, ou seja, são estipuladas metas e níveis de responsabilidades de modo setorial, não havendo possibilidade (ao nível do aparato legal) de articulação. Cada programa sinaliza os níveis de responsabilidade entre os setores ligados internamente ao seu campo de ação, bem como estabelece metas de modo intrasetorial.

No tocante ao conhecimento das normativas que orientem a ação conjunta e integrada proposta pelo programa, por parte dos atores envolvidos, verificamos que os programas analisados aposta na capacitação continuada, geralmente ofertada pelos municípios através de oficinas e cursos de curtíssima duração. Uma das prerrogativas são as oficinas intersetoriais realizadas com baixa frequência pelo MDS, através das quais os estágios da intersetorialidade são trabalhados, como vemos no quadro que segue:

NÍVEIS DE INTERSETORIALIDADE (COORDENAÇÃO HORIZONTAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS)		
PERGUNTA: EM QUE NÍVEL ESTÁ A GESTÃO DO PBF NO MEU MUNICÍPIO?		
NÍVEIS	CARACTERÍSTICA	DESCRIÇÃO
NÍVEL 1: Decisões Independentes	Nenhuma existência de intersectorialidade ou de coordenação entre as áreas	Cada área do PBF mantém autonomia nos domínios da sua própria política e elas não dialogam umas com as outras.
NÍVEL 2: Existência de comunicação - troca de informações	Coordenação voltada basicamente para solucionar problemas	As áreas mantêm uma comunicação simultânea entre si apenas para troca de informações eventuais
NÍVEL 3: Evitando divergência entre as áreas		As áreas buscam estabelecer diretrizes comuns para que todas falem a mesma linguagem, mas com o objetivo apenas de sanar erros e evitar posições divergentes. Nesta etapa ainda não há reuniões técnicas sistemáticas, nem formação de comitês
NÍVEL 4: Estabelecimento de consensos.		As áreas trabalham em conjunto, por meio de comitês e equipes técnicas, porque elas reconhecem sua interdependência e seu interesse mútuo em resolver diferenças. Nesta etapa, as áreas ainda não realizam planejamento conjunto
NÍVEL 5: Consultas a outras áreas	Coordenação em que as áreas passam a realizar planejamento conjunto	As áreas não só mantêm comunicação sistemática, como também procuram informar umas às outras o que estão fazendo, realizando consultas simultâneas sobre os processos de formulação das suas próprias políticas e posições.
NÍVEL 6: Definindo parâmetros interorganizacionais		Existe uma estrutura central de gestão do PBF com um corpo técnico interorganizacional de tomada de decisões, representando todas as áreas e a sociedade civil, com orçamento próprio e poder para planejar, definir e executar parâmetros de ação para as áreas individuais e monitorar resultados.
NÍVEL 7: Estabelecendo prioridades		As áreas executam um papel mais positivo, planejando conjuntamente as ações e estabelecendo as principais linhas da política e as prioridades para o futuro. A gestão do PBF passa a realizar Planejamento Estratégico.

QUADRO 2: (BRASIL, 2012c, p. 2).

No que tange a organização territorial observamos que a legislação é clara quando impõem a territorialização como elemento fundante.

Estudos sobre intersectorialidade apontam que a perspectiva de intervenção sobre problemas complexos associa-se fortemente à noção de território, sendo imprescindível compartilhar critérios territoriais para definição de problemas, prioridades e recursos necessários ao alcance de efeitos sinérgicos das intervenções públicas (JUNQUEIRA, 1998; ANDRADE, 2006 *apud* SENNA; 2013; p.12).

Questões como horizontalização das relações e periodicidade no contato entre os atores dos diferentes setores não são exploradas de modo claro na legislação dos programas.

O último conteúdo presente no mecanismo setorial da integração é justamente a atuação do núcleo de coordenação frente a problemas encontrados pelos setores na implementação do Programa. Nesse sentido, ao examinarmos a legislação do PBF e da ESF, observamos que o primeiro aponta claramente um órgão que em tese busca a integração com outras políticas e áreas que é justamente o Comitê Intersectorial de gestão.

Em relação à inclusividade verificamos que a legislação tanto do PBF quanto a ESF, evocam a descentralização como estratégia mestra. No entanto, a coordenação de ambos se encontra centralizada no governo federal. Apesar de sinalizarem movimentos de partilha de poder e responsabilidades com os municípios a formulação e os mecanismos de monitoramento são centralizados na União. Ademais os outros conteúdos de tal mecanismo tais como: possibilidade de participar do planejamento do programa; possibilidade de fazer parte do conselho do Programa; fontes alternativas de informação; proximidade com outros atores da rede intersectorial; ter opiniões igualmente consideradas para a construção das estratégias de ação; não aparecem claramente nas legislações.

Tal fato ocorre em função de que o conjunto de leis e portarias foi produzido no momento anterior da gestão propriamente dita, reeditando o desenho do planejamento normativo que historicamente vem caracterizando as políticas públicas nacionais, no qual as etapas de planejamento e gestão são estanques, separadas uma da outra.

Segundo Walt (1996) a implementação de uma política não pode ser encarada como parte de um processo linear ou seqüencial, no qual o diálogo político ocorre na fase de formulação, cabendo tão somente a implementação aos administradores e gerentes. Para essa autora, a implementação deve ser entendida como um complexo processo de interação em que os executores podem vir a alterar o caminho político previsto pelos formuladores, exercendo um papel ativo na mudança de formulação e promovendo inovação. Sustenta, ainda, que as experiências sugerem que no “mundo real” ocorre muito freqüentemente uma enorme separação entre formulação e implementação de política, com foco reduzido na colocação da política em prática (BARRA, 2013, p. 82)

Para além deste contexto (que se apresenta com muitas fragilidades em relação à intersectorialidade), alguns estudos tem evidenciado pontos de convergência entre os dois programas, como é possível verificar no quadro que segue:

Quadro 1: Principais pontos de convergências entre o Programa Bolsa Família e o Programa de Saúde da Família segundo a ótica dos profissionais ligados aos dois programas e a análise documental, município de Paula Cândido, MG (2007).

Pontos de convergência	Observações
Características gerais	Programas federais com ampla cobertura nacional, operacionalizados a nível municipal (descentralizados). Proposta de trabalho articulado entre diferentes setores sociais.
Público-alvo	Foco na família.
Relação saúde-pobreza	Relação entre situação socioeconômica desfavorável e seu impacto negativo sobre as condições de vida e saúde de populações vulneráveis.
Condicionalidades	Serviços e ações de saúde ofertados a toda população cadastrada nos programas, embora o PBF priorize grupos mais vulneráveis, como o materno-infantil. Destaca-se o papel do nutricionista.
Acompanhamento das famílias	Destaca-se o papel dos ACS, especialmente em função do conhecimento e do vínculo estabelecido com a comunidade.

QUADRO 3: (MAGALHÃES; et all, 2011, p. 9)

Ao finalizarmos nossa análise chegamos à conclusão de que a legislação e os documentos oficiais expressam uma intensa contradição no que concerne a intersectorialidade e tal fato reflete o trato reducionista e minimizador das políticas sociais brasileiras.

3.3- Interseções, aproximações e distanciamentos entre a Estratégia Saúde da Família e o Programa Bolsa Família a partir da lógica da intersectorialidade a luz do processo de gestão.

Muito do que já discutimos no decurso deste trabalho revela a audaciosa intenção de concretizar a intersectorialidade entre o PBF e a ESF. Com características

marcadamente centralizadoras e com um lastro burocrático histórico, as políticas públicas que incorporam ambos os programas (Assistência Social e Saúde) tem em sua implementação geral um impacto decisivo no modo como os arranjos intersetoriais propostos pela legislação dos dois programas irão se materializar.

Ao analisarmos o aparato legal que serve de parâmetro para os dois programas foi possível constatar que leis, portarias e mecanismos de regulação legal, sozinhos não são capazes de envidar o processo de articulação entre os setores.

Quando nos debruçarmos sobre a literatura vigente acerca da temática da intersectorialidade ficou evidente que ela demanda a presença viva dos sujeitos, impõe dinâmica e assunção de posturas e pactos políticos a seu favor e não será alcançada através de decretos.

Simultaneamente na análise da configuração do PBF e da ESF constatamos que o abismo entre o que foi planejado e a execução é abissal. Ambos, por partirem de concepções focalistas já apresentam limitações nos respectivos desenhos, o que se torna mais explícito quando entram em gestão e obrigatoriamente são impactados pelos problemas estruturais das suas políticas de origem.

Notadamente em relação à gestão da ESF Barra acresce que:

Esse campo da gestão deve ser compreendido inserido na gestão do SUS e na gestão de políticas e programas sociais no contexto socioeconômico atual, conforme foi discutido nos itens anteriores. Portanto a gestão da ESF sofre diretamente os rebatimentos da concepção de Estado mínimo presente na atualidade, já que a concepção de Estado conforma o modelo de gestão; insere-se na tensão presente no SUS entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto de saúde vinculado ao mercado; vivencia os avanços e impasses do processo de descentralização em curso no SUS que atinge diretamente o papel dos municípios na condução da política de saúde; vivencia as dificuldades no campo da gestão do trabalho, incluindo as relações trabalhistas e a capacitação e educação permanente dos recursos humanos, assim como as dificuldades no campo do planejamento e da avaliação e; enfrenta as dificuldades no campo da efetivação do controle social e da construção de uma gestão democrática. Enfim, a gestão da ESF insere-se no contexto anteriormente discutido e vivencia os mesmos impasses apresentados. (2013, p.83)

Foi justamente ao longo do processo de gestão que a proposta da ESF apresentou seus maiores equívocos, seja em relação ao fato de ela própria representar concretamente o movimento de recentralização do SUS - num ambiente

em que a descentralização seguia a todo vapor - seja pelo fato de revelar que o princípio da integralidade foi o que menos avançou. Se considerarmos que tal princípio é conteúdo fundante na busca da intersetorialidade em saúde, há então um comprometimento duplo.

Por outro lado, a construção do Programa Bolsa Família enquanto estratégia intersetorial exigiu um esforço colaborativo e simultâneo de profissionais responsáveis pela burocracia do processo. Despidos de uma cultura organizacional que poderia impor fortes barreiras ao processo, os profissionais que compunham a Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc/MDS) foram cooptados por uma lógica comum de contribuir para a erradicação da miséria no país e conseguiram o apoio de parceiros a partir da habilidade técnica e poder de negociação.

O trabalho de Silva (2013) mostra a implementação do Programa Bolsa Família a partir de entrevistas realizadas com dirigentes da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc/MDS) e de seus quatro departamentos, além da Secretaria Extraordinária de Combate à Extrema Pobreza (Sesep/MDS) enfocando a materialização da construção da intersetorialidade na gestão.

Apesar de leis, diretrizes, portarias interministeriais e normas operacionais impactarem para o dimensionamento da intersetorialidade, a operação de dinâmicas informais também são relevantes para ser compreendida a materialização da intersetorialidade, nesse sentido a construção da intersetorialidade no programa contou (ibid.):

[...] principalmente, com importantes mecanismos de politização e empoderamento da burocracia, o que fez emergir o protagonismo de uma burocracia de nível médio (ou intermediário), com alta qualificação técnica e com importantes capacidades de articulação, seja com outros burocratas, seja com o corpo político. (ibid., p. 328-329).

O conceito de intersetorialidade adotado no estudo pressupõe a cooperação mútua e a complementaridade de diversas políticas de áreas específicas e de diversos setores para produzir políticas públicas (ibid.).

Porém, é necessário lembrar aqui que o conceito de políticas públicas, a partir do qual, a sociedade, os profissionais envolvidos na execução e atores políticos, participa da formulação, execução e fiscalização, não pode ser adotado ao se falar de

um programa pensado e construído de cima para baixo ou com outras palavras imposto enquanto política de governo no qual a população não tem parte.

Assim a intersectorialidade no PBF pode ser sim caracterizada enquanto articulação de políticas e setores, mas não para a construção de uma política pública, visto que foi e continua sendo imposta na medida em que os usuários, apesar da existência de instâncias de controle social não tem uma participação efetiva nem poder para alterar seus mecanismos de avaliação para aquisição de bens e serviços, assim como seus profissionais não interagem para mudanças que poderiam caracterizar a expansão dos direitos sociais.

Quando colocamos em tela a ESF e o PBF facilmente detectamos as impressões de Barra (2013) ao analisar a estratégia da intersectorialidade. Segundo a autora:

A responsabilidade que recai sobre os profissionais no desenvolvimento de ações intersectoriais, ficando a cargo dos mesmos a busca pela articulação de políticas que garantam o atendimento às necessidades dos usuários e a garantia de seus direitos; inexistência de canais institucionais que garantam e viabilizem a intersectorialidade; ausência de planejamento intersectorial no nível federal e insulamento no nível local; quando há intersectorialidade na formulação da política em âmbito federal, permanece a setorialização no que se refere a organização e administração interna, enquanto na execução busca-se a articulação; descontinuidade na gestão de programas; rotatividade de profissionais; distanciamento entre planejamento e execução; despreparo e dificuldades no entendimento sobre a intersectorialidade entre os sujeitos envolvidos (ibid., p.96).

Em que pese tais problemas, observamos que particularmente no PBF a intersectorialidade apontada por Silva (2013) foi constituída fortemente relacionada às condicionalidades do programa que supõe um compromisso entre Estado e sociedade. Ademais um benefício financeiro concedido em troca de cuidados em relação à saúde de gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes, além da educação desses dois últimos.

Além das condicionalidades, o Cadastro Único e os programas complementares ao PBF exigem a articulação intersectorial, sendo o Conselho Gestor Interministerial do Programa Bolsa Família instituído na lei nº 10.832/04 o mecanismo responsável pela coordenação intersectorial (ibid.).

Porém apesar da importância desse conselho na geração de consenso e no estabelecimento de prioridades ele não garante a intersectorialidade propriamente dita,

pois é necessário que os membros das organizações se sintam responsáveis pela construção da intersetorialidade e é nessa lógica que a análise é traçada (ibid.).

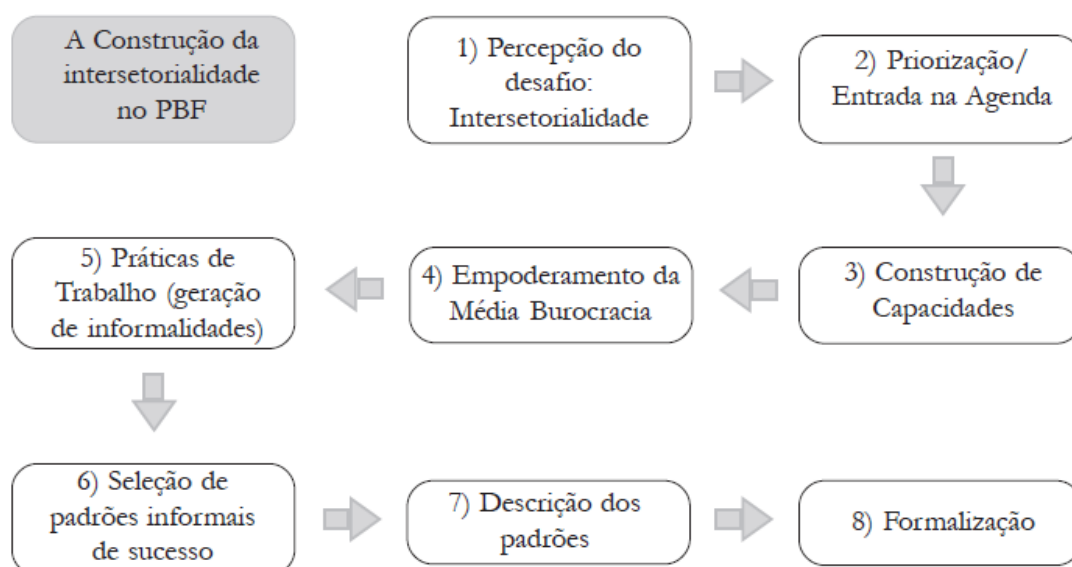
Para que a equipe se envolva no processo de construção da intersetorialidade ela tem que se identificar com a causa, com a liderança técnica e política que deve ser reconhecida como tal, nesse processo foi essencial a politização da burocracia enquanto “[...] processo de engajar a burocracia com as causas e temas prioritários da agenda governamental [...]” (ibid., p. 332).

Também afirma: “Tão importante quanto à vontade política (envolvimento do Presidente e de seus ministros) é o engajamento das suas burocracias médias (escalão intermediário), que serão responsáveis por exercer o papel de agente e coordenador das relações entre os setores [...]” (ibid., p. 335).

O processo de materialização do PBF foi mapeado pelo autor e apresenta oito etapas a primeira acontece quando da percepção governamental acerca da importância da intersetorialidade, a segunda representa as primeiras reuniões e debates que estabeleceram os compromissos dos diversos órgãos (ibid.).

O autor afirma que a terceira representa a preparação das equipes a alocação dos recursos para execução das tarefas, a quarta acontece quando se dá o engajamento das burocracias dos órgãos, na quinta há a intensificação dos relacionamentos entre a burocracia e a chegada dos processos aos executores das tarefas administrativas (ibid.).

Na sexta etapa são identificados experiências exitosas e as que não apresentaram bons resultados, a sétima mapeia os relacionamentos e busca tornar padrão os relacionamentos com marcas pessoais, a última etapa trata dos debates para a construção de consensos e estabelecimento de cooperação horizontal (ibid.).



Fonte: Elaboração própria.

Figura 1: O processo de materialização da intersectorialidade no PBF em nível federal

FIGURA 1: (ibid., p. 334).

Dos aspectos apontados pelo autor é de grande relevância salientar que construir no interior da Senarc um quadro profissional qualificado além de politizá-lo e colocar em posições gerenciais foi essencial para o desempenho da equipe e para garantir o reconhecimento dos outros órgãos na construção da intersectorialidade, (ibid.).

Consequência dessa iniciativa governamental é que o MDS concentra na composição da média burocracia mais Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPGG) em cargos de livre provimento (ibid.).

Assim o autor conclui: “[...] a forte utilização de carreiras horizontais em processos de construção de intersectorialidade pode ser uma estratégia bastante interessante para os governos, dando maiores capacidades de materialização e construção de relacionamentos entre os setores.” (ibid., p. 343).

Em sua análise Silva (2013) sintetiza as condições observadas no PBF que favoreceram a articulação intersectorial:

- 1) A temática tem apelo e aderência social.
- 2) A liderança política é fortemente exercida.

- 3) O recrutamento político das burocracias para ascender a postos gerenciais é feito com mecanismos importantes de politização.
- 4) Os recursos orçamentários do programa são incrementados ano a ano, sendo um dos menos afetados pela política fiscal.
- 5) Os ministérios não concorrem por recursos financeiros dentro do esquema de cooperação.
- 6) Os ministros reconhecem a importância do programa e do seu engajamento.
- 7) As burocracias têm autonomia política.
- 8) As burocracias se beneficiam de carreiras horizontais e de alta solidez técnica.
- 9) Há a abertura para a experimentação e inovação.
- 10) O órgão coordenador da atividade intersetorial é recente, não possuindo uma cultura organizacional forte como barreira à mudança (ibid., p. 343).

Esse trabalho nos traz mais do que o histórico ou o panorama das articulações que foram sendo tecidas para a construção de articulações intersetoriais no PBF, nos mostra que quando há interesse comum, vontade de fazer somado com competência profissional avanços podem ser alcançados conjuntamente com políticas e órgãos governamentais distintos.

Porém tão importante quanto o objetivo de erradicar a miséria no Brasil é diminuir a desigualdade social e para isso é necessário não apenas propor mudanças, mas estar disposto a receber o chamamento de outras políticas, programas e projetos.

Todavia por ter um caráter centralizador no âmbito federal e focalista na pobreza - que não prevê a autonomia dos profissionais para conceder benefícios ao contrário a suspensão desses quando do não cumprimento das condicionalidades independente do agravamento da situação do usuário - consequentemente a intersectorialidade far-se-á apenas enquanto colaboração ao contrário da ideia de avanço dos direitos sociais e da atenção integral.

Um dos mecanismos pensados enquanto potencializador da intersectorialidade é o IGD – Índice de Gestão Descentralizada, para estados (IGD-E), para municípios (IGD-M). Ele representa uma importante estratégia adotada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para apoiar e estimular os entes federados a investir na melhoria da gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do Cadastro Único.

Esses índices avaliam mensalmente estados e municípios em seus aspectos fundamentais, oferecendo incentivo financeiro àqueles que alcançam bom

desempenho na gestão do PBF e do Cadastro Único.

A responsabilidade dos municípios diz respeito à qualidade e atualização das informações do Cad Único, e das informações que dizem respeito às condicionalidades do PBF para a área da saúde e da educação, adesão ao Suas, comprovação de gastos apresentada ao Conselho Municipal de Assistência Social e aprovação desses gastos pelo CMAS.

De acordo com o artigo 13 do Decreto nº 5.209/2004 e da Portaria GM/MDS nº 256/2010 são responsabilidades dos estados:

- ❖ Constituir comissão intersetorial responsável pelas ações do PBF e do Cadastro Único no âmbito estadual, composta por representantes das áreas do Governo Estadual de Assistência Social, Educação, Saúde, Planejamento e Trabalho;
- ❖ Promover ações que viabilizem a gestão intersetorial, na esfera estadual;
- ❖ Promover ações de sensibilização e articulação com os gestores municipais;
- ❖ Disponibilizar apoio técnico-institucional aos municípios;
- ❖ Disponibilizar serviços e estruturas institucionais, das áreas da assistência social, educação, saúde, planejamento e trabalho na esfera estadual;
- ❖ Apoiar e estimular o cadastramento e a atualização cadastral pelos municípios;
- ❖ Promover, em articulação com a União e os municípios, o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades pelas famílias beneficiárias; e
- ❖ Estimular os municípios para o estabelecimento de parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não-governamentais, para articular ações e programas complementares. (BRASIL, 2012a, p. 5)

O documento do IGD-E difere do que foi proposto aos municípios, visto que para eles é recomendado o planejamento intersetorial, mas não é requisito para obtenção dos recursos do IGD a comissão intersetorial. Como o documento prevê mais detalhadamente a necessidade dessas articulações para os estados nos propomos a analisar suas interseções com a política de saúde.

O Índice de Gestão Descentralizada Estadual do Programa Bolsa Família é calculado mediante a multiplicação de fatores que considera as responsabilidades do Estado, o fator I corresponde à cobertura qualificada de cadastros, a atualização cadastral, o acompanhamento da frequência escolar e o acompanhamento da agenda da saúde, (ibid.).

O fator II diz respeito à adesão ao Suas, o III a existência de Comissão intersetorial do PBF na qual deverá estar representada pelo menos as seguintes áreas: a assistência social, educação, saúde, planejamento e trabalho. O fator IV diz respeito à apresentação da comprovação dos gastos dos recursos do IGD-E e o V a aprovação total da comprovação de gastos dos recursos do IGD-E pelo Conselho Estadual de Assistência Social (Ceas) (ibid.).

O coordenador estadual do PBF é a pessoa de referência para o MDS no que se trata de gestão descentralizada e o responsável pelo planejamento articulado com as áreas de assistência social, educação e saúde.

Assim como responsável por coordenar a interlocução com as secretarias de Assistência Social, Educação, Saúde, Planejamento, Trabalho e órgãos vinculados ao governo ou com entidades não governamentais e facilitar a articulação de ações complementares tais como: geração de trabalho, condições habitacionais, direitos sociais e desenvolvimento local, (ibid.).

Segundo o documento os recursos do IGD-E podem ser utilizados dentre outras ações para:

- ❖ Articulação com os coordenadores estaduais de Assistência Social, Educação e Saúde para o aperfeiçoamento da gestão das condicionalidades e do acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, com base em análise estratégica de indicadores; [...]
- ❖ Integração de políticas públicas voltadas ao público alvo do PBF e do Cadastro Único; [...]
- ❖ Capacitações intersetoriais com as áreas da Assistência Social, Educação e Saúde; (ibid., p. 13).

É estabelecido que deverão ser destinados para os colegiados (Ceas ou para as ICS Instâncias de Controle Social do PBF) 3% no mínimo dos recursos do IGD-E para atividades de apoio técnico e operacional.

Quando a gestão estadual do PBF e do Cadastro Único for elaborar o planejamento deverá fazê-lo de maneira conjunta com a participação das áreas de Assistência Social, Saúde, Planejamento e Trabalho, para que o planejamento estratégico contemple as prioridades e necessidades do estado, a Senarc/MDS recomenda dentre outros quesitos que:

Seja adotado um modelo de gestão no qual se destaque: participação cidadã, controle social, transparência e prestação de contas; medição de resultados; criação de condições de os beneficiários do PBF avaliarem qualidade, quantidade de oportunidade da renda e dos serviços recebidos; dimensões qualitativas da gestão; responsabilidade descentralizada; análise de resultados/impactos; mudança de paradigma no âmbito do orçamento, no sentido de conhecer todos os trâmites para a adequada utilização do IGD. (ibid., p. 16).

A articulação intersetorial proposta no documento do IGD-E está voltado prioritariamente para o PBF e ao atendimento de suas condicionalidades, o que não implica dizer a busca do atendimento integral dos usuários desse programa, mas é uma tentativa que tem seu mérito, visto o esforço no que diz respeito à documentação de articular os principais atores governamentais e não governamentais e incentivar o controle social.

Além disso é necessário lembrar que a literatura (SENNÁ, 2012; BRONZO, 2007; MONNERAT, 2009), concorda que a instituição de Comitê Gestor Intersectorial em âmbito municipal representou um grande avanço para planejar e discutir ações sobre a saúde, assistência e a educação.

Porém, em todos os casos a troca de governo levou ou a desistência de um projeto intersectorial, ou a um retrocesso do que se tinha alcançado, por isso acreditamos que assim como nos estados o IGD poderia estimular a manutenção de uma comissão intersectorial em âmbito municipal, se fosse também um critério para o recebimento do financiamento.

É preciso retomar a afirmativa de que não são leis, decretos e portarias sozinhos capazes de mudar efetivamente o cenário desse programa, que já nasce focal e contraditório, porém não devemos desconsiderar sua existência e as mudanças que

ele proporcionou no cenário brasileiro.

Estamos, contudo preocupados com a possibilidade de mesmo que irrisoriamente apontar possibilidades de melhorias em sua gestão. Ademais não podemos nos conformar com a realidade das políticas e dos programas sociais implementados, mas para que haja mudanças positivas no cenário brasileiro é necessário a adaptação deles, o que não significa concordar com a forma como eles foram pensados, nem com suas diretrizes ou mecanismos.

Importante salientarmos que foi recomendado aos Estados a respeito dos seus parceiros para articular ações e programas complementares, no que diz respeito à habitação:

- Buscar parcerias para criar programas de habitação para as famílias do Cadastro Único e do PBF, com financiamento facilitado. Pode ser contratada mão-de-obra proveniente do Próximo Passo e outros programas de qualificação profissional desenvolvidos em nível local;
- Estimular os municípios a implementarem programas habitacionais voltados às famílias do Cadastro Único; (BRASIL, 2012a, p. 27).

Como tínhamos sinalizado a política de habitação e transporte foi continuamente omitida na LOS e Loas, porém esse documento demonstra uma tentativa de articular as informações contidas no Cad Único para priorizar as famílias inseridas nele na política de habitação.

As sugestões para aproximar os funcionários da ESF com os do PBF para a resolução das expressões da questão social não são contempladas nos documentos que institucionalizam a ESF, iniciativas de capacitação e planejamento intersetorial partem do PBF.

O documento do IGD-E propõe a articulação intersetorial para algumas ações e programas complementares, assim como para fortalecer uma gestão compartilhada e articulação intersetorial no PBF, contudo não impõe que seja realizada uma agenda comum ou metas compartilhadas deixando a critério no ente a partir do planejamento estratégico a adoção ou não desses mecanismos.

No que diz respeito às normas para ação em conjunto e integrada são ressaltados os limites para aplicação dos recursos, mas não especificamente as responsabilidades, deveres e limites sendo condição primordial impactar nas condicionalidades do PBF.

A ESF e o PBF organizam suas ações a partir do território e as focam no núcleo familiar, porém a articulação intersetorial entre eles acontece quase exclusivamente para atender a condicionalidade de saúde imposta pelo PBF e não para atender ao princípio da integralidade.

O curso de auto aprendizado oferecido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (Opsan) e a Universidade de Brasília (UnB), no qual é proposto a Matriz de Interfaces do Programa Bolsa Família na Saúde comprova essa conclusão a que nós chegamos.

Como já foi tratado, as condicionalidades da saúde no PBF dizem respeito à saúde das crianças de 7 anos ou menos – ações de monitoramento da vacinação, do crescimento, desenvolvimento e orientação aos pais ou responsáveis sobre a alimentação infantil. As mulheres também são acompanhadas quando gestantes, ou nutrízes e orientadas acerca de sua alimentação nesse período. As Unidades Básicas de Saúde e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão envolvidas nesse processo para atender as condicionalidades do programa.

Para melhoria das condições de saúde das mulheres e crianças acompanhadas foi implementado em 2011 o Benefício Variável Nutriz (BVN), para famílias com crianças de 0 a 6 meses e o Benefício Variável à Gestante (BVG). A identificação dessas famílias é feita pelos agentes comunitários de saúde permitindo melhorias no acesso à alimentação dado o aumento da renda e das ações de nutrição e vigilância alimentar da população.

Os dados coletados dos indivíduos inscritos no PBF são registrados pelos agentes comunitários de saúde em seus Mapas de Acompanhamento e depois inseridos no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, por fim enviados automaticamente ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Web (Sisvan – WEB). Ademais a diferença entre o primeiro e o último sistema é que o último inclui todos os usuários do SUS que são atendidos via ESF enquanto o primeiro focaliza o acompanhamento nos inscritos do PBF, (BRASIL, 2012b).

Em 2011 foi criada a Matriz de Interfaces do PBF na Saúde, que tem por objetivo “[...] o alinhamento das ações, estratégias, programas e políticas de saúde relacionadas às condicionalidades de saúde do PBF.” (ibid., p. 24).

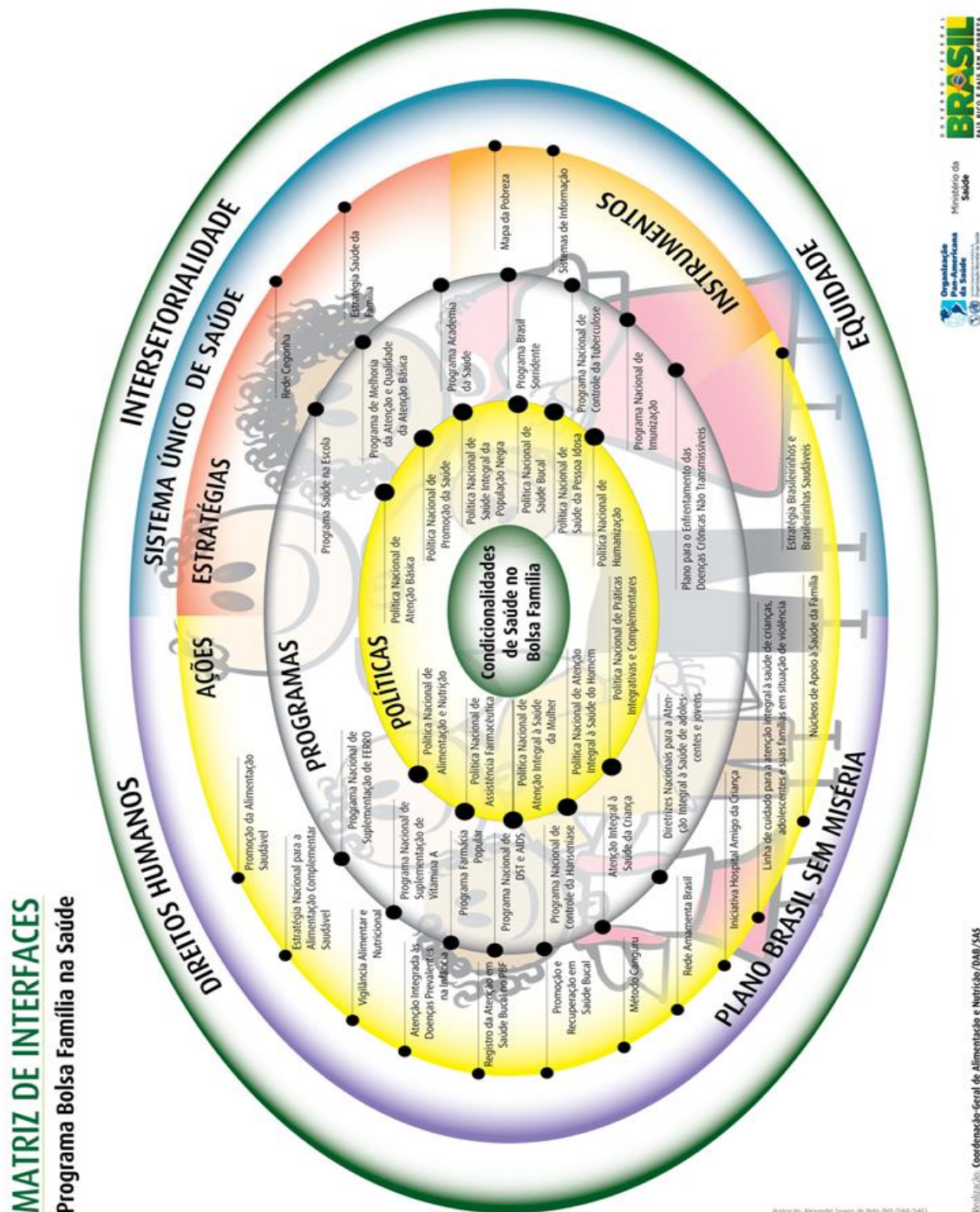


FIGURA 2: (ibid., p. 24)

No contorno verde temos os princípios e diretrizes que regem a política de saúde: equidade, direitos humanos e intersetorialidade. Acerca do contorno azul e roxo o manual esclarece: “[...] identificado nas cores azul e roxo, apresenta as políticas públicas universais, prioritárias para o Governo Federal, relacionadas ao escopo do PBF, como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Plano Brasil Sem Miséria.” (ibid., p. 27).

Vale salientar que esse último foi instituído pelo Decreto 7.492/2011 e se trata de um plano de governo que prevê ações organizadas a partir da “transferência de renda, do acesso a serviços públicos e inserção produtiva” (ibid., p. 27). Circundado pelas cores: vermelha, amarela e laranja estão respectivamente as estratégias, os instrumentos e as ações governamentais que podem fazer interface com o PBF para cumprir as condicionalidades exigidas.

As estratégias são: Rede Cegonha e a ESF, os instrumentos são: o Mapa da pobreza (preenchidos pelos ACS) e os sistemas de informação: sistema de gestão do PBF na saúde e o Sisvan. Enquanto as ações são:

- Promoção da Alimentação Saudável,
- Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável,
- Vigilância Alimentar e Nutricional,
- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância,
- Registro da Atenção em Saúde Bucal no PBF,
- Promoção e Recuperação em Saúde Bucal,
- Método Canguru,
- Rede Amamenta Brasil,
- Iniciativa Hospital Amigo da Criança,
- Núcleo de apoio à Saúde da Família,
- Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis,
- Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência.

Os programas nacionais podem ser observados circulados pela cor cinza e tratam da saúde das mulheres, crianças e adolescentes, eles são:

- Programa Nacional de Suplementação de Ferro,
- Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A,
- Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis,
- Programa Nacional de DST e AIDS,
- Programa Nacional de Controle da Tuberculose,
- Programa Nacional de Controle da Hanseníase,
- Programa Nacional de Imunização,
- Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens,
- Programa Saúde na Escola,
- Programa Academia da Saúde,
- Atenção Integral à Saúde da Criança,
- Programa Farmácia Popular,
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica,
- Programa Brasil Sorridente.

Por fim de amarelo se encontram as políticas nacionais transversais que tratam da saúde dos indivíduos atendidos pelo PBF, tanto nesse círculo quanto no cinza podem ser incluídas políticas locais em âmbito estadual ou municipal, (ibid.). Fazem parte das políticas nacionais transversais ao PBF:

- Política Nacional de Alimentação e Nutrição,
- Política Nacional de Assistência Farmacêutica,
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher,
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem,
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares,
- Política Nacional de Atenção Básica,
- Política Nacional de Promoção da Saúde,
- Política Nacional de Saúde Integral à População Negra,
- Política Nacional de Saúde Bucal,
- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa,

- Política Nacional de Humanização.

Apesar da aparente lógica apresentada pela matriz de interface é necessário destacar que a todo o momento esse documento busca moldar uma política de cunho universal, que se operacionaliza através do SUS, para acomodá-la as requisições de um programa focal.

Circulada pela cor azul e roxo uma política pública social é comparada a uma política de governo com um caráter focalista na pobreza, nisto consiste a segunda contradição. Esse documento reafirma que a intersectorialidade entre esses programas garantirá a integralidade da atenção à saúde e atenderá a lógica da equidade.

Porém essa integralidade não se realiza nem para os inscritos no PBF - pois não conseguem acessar dignamente os seus direitos sociais - e consequentemente a equidade não pode estar presente num programa que define pobreza apenas a partir da renda e não considera o direito de todos ao acesso com qualidade à educação, transporte, moradia e alimentação.

Na própria matriz fica claro que ultrapassa a lógica do PBF a atenção básica a saúde, não por se tratar de políticas distintas, mas de necessidades básicas que poderiam ser potencializadas por uma política assistencial que expandisse o atendimento aos cidadãos e não apenas aos mais pobres.

Por fim o documento considera que não parte da ESF a prática intersectorial, mas é o PBF quem estimula a articulação entre as políticas. Podemos verificar claramente essa afirmativa quando ao explicar o procedimento de uma equipe fictícia o documento assevera: “[...] por Juliana estar inscrita no PBF, teria um tratamento articulado com os demais setores da saúde [...]” (ibid., p. 42).

Ademais como já vimos está sinalizado a necessidade de articulação intersectorial na atenção básica, mas no arcabouço jurídico e legal os mecanismos para a ESF obter articulações intersectoriais são omitidos, pois esses são deixados à critério da equipe de saúde local, assim tem predominado a resposta intersectorial na ESF quando há o chamamento do PBF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proposto buscou contribuir para o debate no entorno de uma temática ainda incipiente, a intersectorialidade. Para isso traçamos uma análise acerca do seu sentido e dos principais precursores, sem nos distanciar do cenário contraditório e dialético no qual ela tem sido proposta nem dos rebatimentos sobre as políticas e programas vigentes que repercutem na sociedade brasileira.

Nossa análise começou antes mesmo da instituição da Constituição Federal de 1988, mas a partir dela ressaltamos que a temática permaneceu implícita no texto constitucional e só mais tardiamente passou a ser tratada explicitamente nas políticas de saúde e assistência social.

Devido a influência neoliberal a política de atenção básica a saúde e a assistência tomaram contornos difusos do que fora proposto constitucionalmente. Apesar disso a intersectorialidade foi evocada, agora não mais enquanto estratégia para universalizar direitos e garantir a integralidade social, mas enquanto racionalizadora de recursos humanos e financeiros.

Para atender à necessidade apresentada pelos organismos internacionais de reduzir custos e racionalizar os recursos do Estado, foram implantados verticalmente a Estratégia de Saúde da Família e o Programa Bolsa Família, os quais propõem de forma vaga e contraditória a articulação intersectorial.

A contradição acerca da intersectorialidade observada nos documentos oficiais - das políticas sociais, da estratégia e do programa estudado - é uma constante e reflete o trato reducionista e minimizador das políticas sociais brasileiras, assim como omitem a importância e os mecanismos para estarem articuladas as políticas de habitação e transporte que são determinantes à saúde.

A legislação da ESF aponta a necessidade de articulação intersectorial, mas relega sua construção a iniciativas profissionais e aos gestores municipais que têm pouca autonomia na gestão da atenção básica, visto a lógica vertical da pactuação com a União. A omissão de mecanismos de inclusividade e integralidade que

poderiam permitir a articulação intersetorial demonstra o grau de compromisso assumido pela União com o princípio da integralidade.

Diferente da ESF os documentos que instituem o PBF apontam a necessidade de constituir comissão intersetorial. Fazem referência também a importância de publicizar as informações do Cadastro Único e dos repasses do IGD, de financiar ações em parceria com a saúde e construir planejamento estratégico com a política de saúde.

Porém a articulação com a ESF se restringe a atender as condicionalidades do PBF, visto a dificuldade da atenção básica construir estratégias intersetoriais com outras políticas e mesmo da própria centralização de decisão acerca da concessão dos benefícios do PBF e do planejamento das ações da ESF.

As interseções foram originadas predominantemente pelo PBF. Os distanciamentos entre os programas é o retrato fiel da recentralização de poder de decisão dos dois programas na União, assim como da própria lógica de focalização na pobreza e redução dos gastos sociais.

O IGD é um mecanismo que expressa claramente a tentativa de intersecção do PBF com a política de saúde mais especificamente a ESF, recomendando o financiamento de ações voltadas para o alcance das condicionalidades da saúde.

Ele aproxima os dois setores, mas mantém o distanciamento, pois não materializa um planejamento horizontal em que todos os participantes tem sua opinião ouvida e considerada, vemos isso claramente ao observarmos que a avaliação dos profissionais de saúde não influencia a aquisição do benefício, pois a análise é realizada automaticamente.

Outra contradição é vista ao compararmos os cadernos do IGD-M e do IGD-E, pois os municípios que operacionalizam a distribuição dos benefícios e serviços não são cobrados pela implantação de comissões intersetoriais, quando deveria se dar na esfera local a potencialização dos serviços a partir do intercâmbio e planejamento de ações sociais entre diferentes políticas.

Apesar de não desconsiderarmos o fator da vontade política de construir estratégias intersetoriais, assim como o fato da proposta de intersectorialidade no seu conceito bruto ir de encontro à proposta de redução dos gastos sociais, ao mesmo tempo em que foi tomado enquanto justificativa para racionalizar os custos sociais.

Percebemos a importância das comissões intersetoriais serem um fator para o

recebimento de recursos do IGD-M, pois como a literatura apontou projetos intersetoriais em construção foram abandonados, mesmo apresentando bons resultados dado a mudança de governo. Ademais não nos esquivamos da contradição pertinente a essa temática, porém consideramos que, mesmo servindo a interesses conflitantes ao dos usuários das políticas sociais, pode ser encarado como uma mudança que a depender do cenário político de mobilização social pode gerar resultados positivos.

Os distanciamentos se caracterizam dado à omissão de mecanismos intersetoriais na Legislação do ESF e na restrição da intersectorialidade para atendimento das condicionalidades do PBF, o que limita o debate e a oportunidade de construir uma agenda comum com metas compartilhadas e utilização de dados de ambos para a construção de estratégias intersetoriais que respeitem a lógica da horizontalização e propiciem a efetiva participação social.

A partir dessas considerações pudemos observar que a ESF e o PBF possuem semelhanças no seu aparato legal e conseqüentemente no seu processo de gestão. Apesar das tentativas para que haja a articulação intersectorial, ela acontece deficitariamente, está caracterizada pela focalização na pobreza e fraca estrutura operacional.

Em relação à perspectiva de inclusividade foi observado que no nível nacional, estadual e federal as políticas de Assistência Social e Saúde propõem a descentralização político-administrativa das atividades no que concerne ao planejamento, execução e fiscalização. Porém a ESF e o PBF foram propostos aos níveis estaduais e municipais como prerrogativa para recebimento de incentivos financeiros pelo governo federal.

Assim a pactuação de fato é caracterizada como uma imposição cabendo aos entes estaduais e municipais o atendimento dos pactos firmados, desrespeitando o princípio constitucional de descentralização.

A participação da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dessas políticas é um mecanismo intersectorial e princípio constitucional que norteia a saúde e assistência assim como a ESF e o PBF.

No que concerne à saúde temos os conselhos de saúde em âmbito nacional, estadual e municipal que são deliberativos e os conselhos distritais de saúde que são consultivos, além da realização de fóruns e conferências que podem dispor sobre a

política de atenção básica. Mas todos esses são caracterizados pela burocratização e alto grau de cooptação de seus atores sociais que interrompem o processo democrático de decisão em detrimento do atendimento das necessidades sociais dos usuários em sua integralidade.

Semelhante à saúde, a política de Assistência social institucionalizou conselhos deliberativos que abrange os três entes, além desses o PBF sinaliza que em âmbito estadual e municipal deve existir a Instância de Controle Social (ICS) a qual será institucionalizada pelo ente federado e contará com a participação do governo e da sociedade.

Como já sinalizamos a participação social tem se caracterizado pelo alto grau de burocratização que leva a legitimação do poder constituído, mas não a efetiva participação da sociedade e dos profissionais. Portanto, mesmo a ICS enquanto mecanismo de inclusividade para a articulação intersetorial é deficiente para atender as necessidades sociais, mas útil para caracterizar uma suposta participação e consequentemente legitimação do programa.

As fontes alternativas de informações se caracterizam enquanto mecanismos inclusivos, porém na ESF e no PBF a falta de autonomia dos profissionais e gestores locais somado a precarização do trabalho desses são grandes barreiras para adquirir mais informações sobre os usuários e garantir uma articulação permanente e construtiva com a rede de atendimento e intersticiais.

O primeiro mecanismo de integração a ser analisado trata da necessidade de criar fontes de informação que deverão ser compartilhadas pelos atores que trabalham nas políticas sociais. Porém observamos que esse mecanismo é omitido nos documentos e o que poderia caracterizar o compartilhamento de informações de saúde é realizado a partir da indução do PBF para a ESF, ademais de um programa que atende uma parcela da população a uma estratégia que obedece ao princípio universal da política de saúde.

Ademais, independente do chamamento desse programa caberia a ESF acompanhar os indivíduos incluídos no PBF. Porém, como vimos na literatura acerca dessa estratégia, as condicionalidades impostas por ele permitiram um avanço no atendimento na medida em que estimulou os profissionais de saúde a terem uma nova postura diante da demanda espontânea, percebendo as necessidades que os usuários possuem, mas não foram relatadas por eles.

Os documentos da ESF não preveem especificamente a criação de equipes intersetoriais, mas fala de parceiros para a elaboração de ações intersetoriais, remetendo também a lógica da solidariedade, enquanto o PBF exige a permanência de uma equipe intersetorial no nível estadual como requisito para a transferência de recursos do IGD-E. Essa comissão deve participar do planejamento estratégico do Estado e propor ações complementares para promover melhorias nas condições de vida dos usuários que fazem parte do Cad. Único e do PBF.

A partir do estudo foi observado que a intersetorialidade pode até envolver vários setores ou políticas no âmbito municipal, estadual e permitir a colaboração entre os dois, porém se a condição para pactuar caracteriza-se enquanto imposição, que é o caso do PBF e for proposta apenas visando o envolvimento entre os profissionais e a nível local como a ESF a intersetorialidade não corresponderá as necessidades mais urgentes da população. Urgentes porque a integralidade enquanto atendimento de todas as necessidades sociais do cidadão não poderá existir visto a lógica desigual e excludente do capital.

Para que a intersetorialidade esteja caracterizada numa gestão, os mecanismos de integração e inclusividade devem estar concomitantemente presentes, mas eles não podem garantir sozinhos que as ações correspondam efetivamente as necessidades da população, pois como já vimos os interesses da sociedade nem sempre são expressos nos espaços de participação social, assim como eles tendem a ser cooptados para atender interesses escusos.

Além do mais não adianta haver colaboração mútua e articulada entre políticas sociais, econômicas, ambientais, e entre os vários níveis de governo se elas não são realizadas para responder a real necessidade da população.

Assim temos que o significado da intersetorialidade proposta enquanto colaboração para atingir um atendimento integral do usuário, se distancia da sua real possibilidade de concretização mesmo nos níveis mais elevados de articulação e colaboração mútua entre as políticas.

Apesar disso, é de fundamental importância o estudo e a discussão acerca da documentação que regula a ESF e o PBF visando a implementação de tais mecanismos para que se alcance avanços no que tange ao atendimento das necessidades sociais dos cidadãos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luís Odorico Monteiro. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. 2005. 364 f. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. **Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersectorialidade**. 2013. Dissertação de Mestrado em Política Social, Universidade de Juiz de Fora.

BRASIL, **Bolsa Família**. Ministério do Desenvolvimento social. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>> Acesso: 02 out. 2013.

_____. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> Acesso em 07 jul. 2013.

_____. **Caderno do IGD-E, Manual do Índice de Gestão Descentralizada Estadual do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único**. Brasília, 2012a. Disponível em < <http://www.mds.gov.br>> Acesso em 25 jan. 2014.

_____. **Caderno do IGD-M, Manual do Índice de Gestão Descentralizada Municipal do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único**. Brasília, 2011. Disponível em <www.mds.gov.br> Acesso em 28 dez. 2013.

_____. **Constituição Federal**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>> Acesso em: 17 dez 2012.

_____. **Curso de autoaprendizado Matriz de Interfaces do Programa Bolsa Família na Saúde**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://ecos-redenutri.bvs.br>> Acesso em 20 fev. 2014.

_____. **Lei 10.836 de 09 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. 2004a. Disponível em < <http://www.planalto.gov.br>> Acesso em 28 set. 2013.

_____. **Lei nº. 8.212, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui o Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8212cons.htm> Acesso em: 17 dez 2009.

_____. **Lei nº. 8.742, de 7 de Dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm> Acesso em: 17 dez. 2012.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br> > Acesso em: 27 dez. 2012.

_____. **O Humaniza SUS na atenção básica.** Brasília, 2009. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br>> Acesso em 12 dez. 2013.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistem Único de Assistência Social. NOB/SUAS – 2005.** Brasília, 2005. Disponível em: <www.mds.gov.br> Acesso em 08 jul. 2013.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 1996.** Brasília, 1996. Disponível em <www.mds.gov.br> Acesso em 08 jul. 2013.

_____. **Política Nacional de Assistência Social. PNAS/2004.** Brasília, 2004b. Disponível em <www.mds.gov.br> Acesso em 08 jul. 2013.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Portaria nº 373, de 2 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional de Assistência a Saúde. NOAS-SUS. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>> Acesso em 27 dez. 2013.

_____. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006b.** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso: 07 set. 2013.

_____. **Roteiro de trabalho da oficina intersetorial.** Brasília, 2012 c. Disponível em: <www.mds.gov.br> Acesso em 27 fev. 2014.

BIDARRA, Zelimar Soares. **Pactuar a intersectorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos.** Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 99, p. 483-497, Jul./Set. 2009.

BITTENCOURT, J.P.; FEUERSCHUTTE, S.G. **Parcerias e Alianças Intersectoriais: Oportunidades e Desafios às Organizações de Terceiro Setor.** In: Anais XII SIMPOI Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais. São Paulo: FVG, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História.** São Paulo. Ed. Cortez, 2006.

BERNARDO J. **Programa Bolsa Família: as críticas e os críticos.** Disponível em: <<http://passapalavra.info/?p=21281>>. Acesso: 02 out. 2012.

BONET, Octavio. TAVARES, Fátima Regina Gomes. Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidado à saúde. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CESPES, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social no Brasil**: conquistas e limites à sua efetivação. 2006. Disponível em: <<http://www.egem.org.br>> Acesso em: 15 de nov. 2012.

BRONZO, Carla Ladeira. **Intersetorialidade como princípio e prática nas políticas públicas**: Reflexões a partir do tema do Enfrentamento da pobreza. 2007. Disponível em: < www.ipea.gov.br> Acesso em 19 abr. 2013.

BRONZO, Carla Ladeira. **Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza**: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. 2010. Disponível em: < www.ipea.gov.br> Acesso em 19 abr. 2012.

BORGES, Celiane Camargo. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF)**. Ribeirão Preto. USP. 2002. Dissertação de mestrado.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto. **Análise sobre o SUS nos anos 90**: o Pacs e o PSF. Texto didático. Dez. 2000.

DANTAS, Andreza Carla da Silva. **Privação de liberdade e o acesso à saúde**: O desafio da intersetorialidade. João Pessoa, UFPB. 2012. Dissertação de mestrado.

DRAIBE, Sônia M. Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições de literatura contemporânea. In: HOCHMAN, G. ARRETCHE, M. MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 27-64.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

FACCHINI, Luiz Augusto, et al. Desempenho da atenção básica em beneficiários do Bolsa Família: contribuições à redução de desigualdades em saúde. In: **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Orgs. CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes. Brasília: Ipea, 2013, p. 494.

FLEURY, Sonia. **A Seguridade Social inconclusa**. 2006. Disponível em: <<http://app.ebape.fgv.br>> Acesso em 19 dez. 2012.

FLEURY, S. OUVRENEY, A. M. Política de Saúde: uma Política Social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. L.; NORONHA, J. C. CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008, p. 23 – 64.

FRANCO, Tulio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CESPES, 2006.

GIAQUETO, Adriana. **A descentralização e a intersetorialidade na política de assistência social**. Revista Serviço Social e Saúde. UNICAMP Campinas, v. XI, nº 10, Dez. 2010.

GOMES, Cláudia. O caráter reificado da modalidade de enfrentamento da questão social no campo contraditório de negação e afirmação de direitos. In: **Direitos Humanos e Serviço Social**. Coletânea Nova de Serviço Social (org.) Valeria Forti, Yolanda Guerra. Rio de Janeiro: Lumen Juris: 2011.

INOJOSA, Rose Maria. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade**. 2001. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/>> Acesso em 15 abr. 2012.

JUNQUEIRA, Luis A. Prates. **Intersetorialidade, Transetorialidade e redes sociais na Saúde**. RAP. Rio de Janeiro 34(6): 35-45, Nov/Dez. 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU S. **Descentralização e Interseccionalidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: A Experiência de Fortaleza**. Caracas, 1997. Disponível em: <<http://matdid1.fgvsp.br>> Acesso em: 07 jun. 2012.

LACERDA, Alda et al. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CESPES, 2006.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Rev. Katálysis. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45 2007.

MACHADO, Lourdes A. **Construindo a Interseccionalidade**. 2009. Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br> Acesso em: 04 jun. 2012.

MAGALHÃES, Kelly Alves; et al. Integração entre o Bolsa Família e o Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. Brasília. **Internacional Policy Center for Inclusive Growth**. 2011. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/publications/mds/17P.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2012.

MANDEL, Ernest. O Estado na Fase do Capitalismo Tardio. In: **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social**. NESPI nº 1. São Paulo: PUCSP, 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**, 1ª Ed. HUCITEC, São Paulo, 1989.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves. **Da Seguridade Social à intersectorialidade:** reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> acesso em: 07 jun. 2012.

MONNERAT, Giselle Lavinias. **Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade:** lições do programa bolsa família. Rio de Janeiro. ENSP. 2009. Tese de doutorado.

_____. **A Intersectorialidade no Programa Bolsa Família:** reflexões a partir de uma experiência local. 2011. Disponível em: <www.ipc-undp.org/publications/mds/25M.pdf> Acesso em: 28 fev. 2014.

MORIN Edgar, apud BITTENCOURT, João Paulo. FEUERSCHUTTE Simone Ghisi. **Parcerias e Alianças Intersectoriais:** Oportunidades e Desafios às Organizações de Terceiro Setor. 2009. Disponível em: <<http://www.simpoi.fgvsp.br/>> Acesso em: 8 fev. 2013.

MOTA, Ana Elisabete. A centralidade da assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: **O Mito da Assistência Social:** ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2008, p. 133 a 146.

NETTO, José Paulo. Estado e Questão Social no capitalismo dos monopólios. In: **Capitalismo Monopolista e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, José Paulo. **Uma face contemporânea da barbárie.** 2010. Disponível em: <<http://oficial.blog.br/22708/uma-face-contemporanea-da-barbarie>> Acesso em: 17 de ago. de 2012.

NEVES, Márcia Emília Rodrigues. **Bolsa Família e reprodução das massas pauperizadas.** João Pessoa, 2013 (mimeo).

OLIVEIRA, Francisco. **O surgimento do antivalor:** Capital, força de trabalho e fundo público. 1988. Disponível em: <<http://www.novosestudos.com.br>> acesso em 29 abr. 2013.

OLIVEIRA F. C. C, COTTA R. M. M. **O programa Bolsa família como importante estratégia de redução da desigualdade social.** Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil, 2011 Set 23 Acesso em: 05 fev.2014. Disponível em: <<http://cmdss2011.org>>

PANSINI, Ana Lucia de Lima. **A intersectorialidade entre saúde e assistência social no município de Vitória/ES.** Espírito Santo. UFES. 2011. Dissertação de mestrado.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **A Intersectorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética.** 2012. Disponível em: <<https://www.violes.unb.br>> Acesso em: 08 de jun. 2012.

_____. **Como conjugar especificidade e intersectorialidade na concepção e implementação da política de assistência social.** Serviço Social e Sociedade. Nº 77 p. 54-62 São Paulo: Cortez. 2004

_____; STEIN, Rosa H. Política social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: **Capitalismo em crise, política social e direitos.** São Paulo: Cortez, 2010. p. 107-130.

PEREIRA, Karine; TEIXEIRA, Solange Maria. **Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social.** Revista: Textos e Contextos, Porto Alegre, v. 12, n. 1, jan./jun. 2013 p. 114 - 127.

PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araujo. Implicações da integralidade na gestão da saúde. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CESPES, 2006.

RUA, Maria das Graças. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos.** 2005. Disponível em: <portal.mda.gov.br> Acesso em 7 abr. 2012.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira.** Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SANTOS, Natalia Navarro dos. **A Intersectorialidade como Modelo de Gestão das Políticas de Combate à Pobreza no Brasil: O Caso do Programa Bolsa Família no Município de Guarulhos.** São Paulo: FGV-SP, 2011. Dissertação de mestrado.

SILVA, Lucas Ambrósio Lopes da. **Mecanismos da construção federal da intersectorialidade no Programa Bolsa Família: o papel das burocracias.** Revista do Serviço Público. Brasília. jul./set. 2013, p. 327-350.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1429-1439, 2007.

_____; LIMA, Valéria Santos Ferreira Almada. **O Bolsa Família no Brasil: problematizando a transferência de renda condicionada focalizada em famílias pobres no contexto da América Latina.** Revista de Políticas Públicas (UFMA), v. Especial, p. 231-243, 2012.

SCHÜTZ, Fernanda; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Intersectorialidade e política social: subsídios para o debate.** 2010. Disponível em: <http://www.ucpel.tche.br/revista_soc_debate> acesso em 07 jun. 2012.

SENNA, Mônica de Castro Maia. Ações intersectoriais envolvendo assistência social e saúde: o programa bolsa família em questão. **O Social em Questão.** Ano XVII - nº 30. 2013. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_30_Senna_12.pdf>

SOUZA, Celina. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In. HOCHMAN, G. ARRETCHE, M. MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 65-86.

SPOSATI, Aldaíza. **Especificidade e intersectorialidade da política de assistência social**. Serviço Social e Sociedade. Nº 77 São Paulo: Cortez. 2004

SPÍNOLA, Rogério de Mesquita. **O Sistema Único de Saúde Doutrinas e Princípios**. Slide, 2010. Disponível em: <<http://www.slideshare.net>> acesso em 09 set. 2013.

TANEZINI, Theresa Cristina Zavaris, Parâmetros Teóricos e Metodológicos para análise de políticas sociais, In: **Revista Ser Social** 14, Rio de Janeiro, revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social da UNB. Brasília, 2004.

TUMELERO, Silvana Marta, **A intersectorialidade na gestão social de políticas públicas**. 2012. Disponível em: <<http://anaisenapegs.com.br/2012/dmdocuments/345.pdf>> acesso em 12 dez. 2012.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. **Seguridade Social e combate à pobreza no Brasil: O papel dos benefícios não-contributivos**. 2005. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br>>

_____. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

_____. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. In. BRAVO, M.I.S. PEREIRA, P.A.P. (Orgs.) **Política Social e Democracia**. Rio de Janeiro: Cortez, 2012. p. 176-197.

VIANA, Ana Luiza D'Avila; POZ, Mario Roberto Dal. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. PHYSIS: Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 1998.

VEIGA, Laura; e BRONZO, Carla. **Abordagens e desafios de gestão em programas intersectoriais de combate à pobreza e à exclusão: as iniciativas das cidades parceiras da Rede URB-AL 10**. 2007. Disponível em: <www.pbh.gov.br/urbal> Acesso em: 27 set. 2012.

YAZBEK, Maria Carmelita. **As ambiguidades da Assistência Social brasileira após dez anos de LOAS**. Serviço Social e Sociedade. Nº 77 São Paulo: Cortez. 2004

WALT, Gill. **Health Policy: an introduction to process and power**. Johannesburg, Witwatersrand University Press, London and New Jersey, Zed Books, 1994, second impression, 1996. Tradução livre