

1. INTRODUÇÃO

Palavra puxa palavra, uma idéia traz outra, e assim se faz um livro, um governo ou uma revolução...Machado de Assis

Abordar o processo de construção da política de saúde brasileira, e no interior da mesma uma categoria específica – a intersetorialidade -, requer uma análise do contexto econômico, político e social vivenciado em determinadas periodicidades históricas demarcadas no interior do sistema capitalista de produção. Sistema este que propicia fases de expansão das políticas sociais¹ e de retraimento dessas, que se fazem necessárias para a própria sobrevivência do sistema (BEHRING, 2002).

As políticas sociais são construções historicamente determinadas e resultam de contradições evidenciadas no interior da sociedade, assumindo peculiaridades próprias nos contextos em que são efetivadas. Desse modo, o estudo de qualquer política social deve envolver análises que contemplem as dimensões do econômico, do político e do social, em sua especificidade histórica tendo em vista que a política social não pode ser compreendida por si mesma (VIEIRA, 1992).

O significado da política social ostenta múltiplas determinações e captar unilateralmente sua inserção objetiva no mundo do capital, ou exclusivamente atrelá-la a luta de interesses travados por sujeitos políticos, acarreta a redução de suas dimensões, desvinculando-a da relação complexa desses processos enquanto totalidade (BEHRING, 2002). Nesse sentido, a política de saúde constitui uma política social que, no transcorrer de sua história no Brasil, sofreu uma série de transformações. Estas ora restringem o direito à saúde ora propiciam a expansão do mesmo em consonância com o momento histórico, econômico e social vivenciado pelo sistema capitalista e de lutas políticas travadas pela sociedade no transcorrer dos processos históricos (FALEIROS, 1991).

Segundo Mota (2007), as políticas sociais são produtos históricos derivadas das lutas do trabalho, uma vez que respondem pelo atendimento de necessidades provenientes de princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado e patronato. O delineamento ostentado pelas políticas

¹As políticas sociais são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho (PAULO NETTO, 1992).

sociais quaisquer que sejam (saúde, assistência social ou previdência social) dependerá do nível de socialização da política conquistado pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho. Isso ocorre devido à sociedade capitalista ser marcada pela contradição, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e dialético. Nessa perspectiva, do ponto de vista histórico, a política de saúde constitui uma esfera de disputas e negociações na ordem burguesa e, continuamente constitui objeto de investidas do capital no sentido da efetivação de adequações que intentam moldá-la aos seus interesses em uma arena marcada pelo conflito (MOTA, 2007). As políticas sociais demarcam, portanto, os conflitos de interesses das camadas e classes sociais em que as posições de confronto na sociedade expressam-se no Estado. Este, enquanto arena de luta política decide, age e adota estratégias em consonância com interesses preponderantes em determinadas conjunturas históricas (SILVA, 2004).

No desencadear das lutas políticas, o Estado demarca a orientação das políticas econômicas e sociais, as quais exprimem as contradições e os conflitos corroborados na sociedade, podendo revelar modificações nas relações entre as classes, ou entre grupos sociais incorporados em uma mesma classe. A partir da análise da política social pode-se inferir a diretriz ao qual o Estado busca agir no sentido de fortalecer ou não a concessão de políticas sociais (VIEIRA, 1992). Nesse sentido, qualquer exame da política econômica e das políticas sociais deve fundamentar-se no desenvolvimento contraditório da história. Tal exame mostra as vinculações destas políticas com a acumulação capitalista. Em nível histórico, consistem em respostas às necessidades sociais, satisfazendo-as ou não (VIEIRA, 1992). O Estado constitui-se em um espaço de ação política e de exercício do poder marcado pela contradição em que as relações de forças nacionais e internacionais se relacionam e auxiliam na configuração de situações específicas. Isso posto, o estudo de uma política social específica - a política de saúde - demanda uma análise das várias dimensões das relações de forças que participam do processo como as forças internacionais, as relações de força política e partidária (FALEIROS, 1991). Deve-se, para tanto, considerar que os momentos históricos são diferenciados e os graus que compõem as forças sociais variam em consonância a essas periodicidades. Aliado a isso, as forças sociais estão imbricadas à estrutura, ao grau

de desenvolvimento das forças materiais de produção e as forças militares, que são preponderantes em determinadas conjunturas históricas (PORTELLI, 1977).

O Estado, ao elaborar as políticas sociais, o faz justamente para assegurar sua sobrevivência, à medida que está envolvido com o processo de acumulação e com as políticas sociais em geral, visando a administrar os conflitos e as tensões entre as classes para legitimar a ordem social. Isso é necessário visto que o Estado está envolvido no processo de acumulação não apenas para proteger, mas também para criar as condições dessa acumulação. Esta não é um processo natural e está mediada pelas relações conflitivas, não apenas entre capital e trabalho, mas entre as diferentes frações do capital (FALEIROS, 1991).

Desse modo, os gastos sociais são indicadores das prioridades políticas de um governo e a análise das políticas sociais contribui para compreender as formas de intervenção e gestão do Estado, que atua em questões que são do interesse dos diferentes segmentos da sociedade. Portanto, não dá para pensar o estudo da política de saúde sem relacioná-la com esse espaço repleto de determinações e contradições, de ação política e de exercício de poder, como é o Estado. O Estado, por ser uma arena de luta política, desempenha uma função decisiva na vida econômica, social e na configuração de políticas sociais (BEHRING, 2002).

Entretanto, ao falarmos acerca do papel do Estado no sistema capitalista não podemos deixar de mencionar que embora seja evidente a vinculação orgânica do Estado com o capital e a sua reprodução, a análise de sua forma de existência e realização se expressa em termos concretos nas ações governamentais. Aliado a isso, o pressuposto da submissão absoluta do Estado à lógica do capital não é dotado de veracidade tendo em vista que o mesmo não pode ser entendido como um simples instrumento do capital; nem como uma instituição independente capaz de superar as contradições desse específico modo de produção (BEHRING, 2002).

Fazendo uma reflexão histórica, Vieira (1992) afirma que a política social representa um modo de expressar as relações sociais, cujas raízes se localizam no específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se, especificamente a partir do momento em que a questão social², inerente às relações sociais nesse modo de produção, é

²A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da

reconhecida *pari passu* a eclosão das mobilizações operárias transcorridas ao longo das primeiras revoluções industriais. Assim, o surgimento das políticas sociais está atrelado à acumulação capitalista. Mota (2007), ao relatar o surgimento das políticas sociais, demarca que essas se originaram a partir do reconhecimento público dos riscos sociais do trabalho assalariado e passaram a ser ampliadas após a Segunda Guerra Mundial visando a propiciar proteção social aos trabalhadores em uma conjuntura em que a ameaça do avanço socialista era uma possibilidade temida pelos países capitalistas. Assim, busca-se implementar – principalmente nos países europeus – políticas sociais materializadas em ações assistenciais para aqueles impossibilitados de prover o seu sustento por meio do trabalho, para cobertura de riscos do trabalho, nos casos de doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário e para manutenção da renda do trabalho, seja por velhice, morte, suspensão definitiva ou temporária da atividade laborativa.

O trabalho sob as condições do capital e de suas relações apresenta, para Mota (2007), centralidade na constituição das políticas sociais. Por isso, argumenta a autora, as políticas de proteção social são referenciadas por princípios e valores da sociedade salarial, especialmente aquela delineada pelo capitalismo desenvolvido e pelo trabalho organizado sob a forma de sindicatos e partidos políticos, no período vivenciado entre meados dos anos 40 até o final dos anos 70 do século XX. A partir dessa periodicidade, o mundo capitalista busca inflexionar seu padrão de acumulação dominante, para enfrentar uma crise de dimensões globais. Esse processo está vinculado à busca da recomposição do processo de acumulação mediante a reestruturação dos capitais incidindo tanto no âmbito da economia quanto na ala da política acarretando modificações na organização dos processos de trabalho, na organização dos trabalhadores e no redirecionamento da intervenção estatal. É o momento em que se expande o ideário neoliberal com o intuito de construir novas estratégias relacionais entre o mercado, a sociedade e o Estado incentivando os países a adotarem políticas de ajuste neoliberais.

As políticas de ajuste neoliberais fazem parte de um movimento desencadeado em âmbito global, que se desenvolve num contexto de globalização financeira e produtiva. Esse processo de ajuste global na economia mundial é caracterizado pela

contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 1983, p.77).

busca de uma reorganização na hierarquia das relações nos âmbitos econômico e político internacional, realizada por intermédio de uma doutrina neoliberal gestada no centro financeiro e político do mundo capitalista (SOARES, 2003).

Segundo Soares (2003), as políticas de corte neoliberal foram consagradas em 1990 no chamado Consenso de Washington³ e são caracterizadas por um conjunto abrangente de regras de condicionalidade aplicadas de forma cada vez mais padronizada aos diversos países e regiões do mundo, para obter o apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais. Trata-se também de políticas macroeconômicas de estabilização acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes.

Essas reformas estruturais de cunho neoliberal – centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização do setor público e na redução do Estado – assumem uma convergência forçada nas medidas recomendadas pelo Banco Mundial, que ganham força de doutrina constituída, aceita por praticamente todos os países (SOARES, 2003).

O ajuste neoliberal não é apenas de natureza econômica: faz parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais. Passa a existir outro projeto de “reintegração social”, com parâmetros distintos àqueles que entraram em crise a partir do final da década de 1970 (MOTA, 2007). Trata-se de uma crise global de um modelo social de acumulação, cujas tentativas de resolução têm produzido transformações estruturais que dão lugar a um modelo diferente – denominado neoliberal -, que inclui como características a informalidade no trabalho, o desemprego, o subemprego, a desproteção trabalhista e a focalização das políticas sociais. Ao mesmo tempo em que se desmonta a ordem do trabalho, a ideologia neoliberal produz um retrocesso histórico no que diz respeito à origem do bem-estar social, que sai do terreno do coletivo e passa para o âmbito privado. De acordo com essa visão, caberia às pessoas e às comunidades encontrarem suas

³ **Consenso de Washington** é um conjunto de medidas - que se compõe de dez regras básicas (Disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto com eliminação de restrições, privatização das empresas estatais, desregulamentação das leis econômicas e trabalhistas e direito a propriedade) formulado em novembro de 1990 por economistas do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial e do Departamento do Tesouro dos Estados Unidos, baseado num texto do economista John Williamson, do International Institute for Economy, e que se tornou a política oficial em 1990, quando passou a ser “receitado” para promover o “ajustamento macroeconômico” dos países em “desenvolvimento” (DINIZ, 2000).

próprias soluções para os problemas sociais. Dessa forma, as múltiplas expressões da questão social passam a ser objeto de ações filantrópicas e de benemerência, deixando de ser responsabilidade do Estado. As redes de proteção social são defendidas como de bases comunitárias e locais enquanto entidades organicamente articuladas, pautadas no princípio da solidariedade. E, quando o “desajuste social” assume proporções alarmantes, caberia ao Estado intervir com programas sociais focalizados nos pobres, tratando de reinseri-los no mercado capitalista. Como os bens e serviços sociais são considerados de “consumo privado”, tratar-se-ia de promover algum tipo de subsídio à demanda desses pobres para que eles possam adquirir bens e serviços no mercado (SOARES, 2003).

As políticas sociais nesse contexto passam a ser substituídas por programas focalizados de combate à pobreza, que tratam de minimizar os efeitos do ajuste sobre os “mais pobres” ou os “mais frágeis”. De acordo com Soares (2003), as principais características desses programas são: a dependência de recursos externos expressos sob a forma de “pacotes” que os governos devem aceitar; o caráter transitório de seus programas, o que implica que suas ações não tenham uma continuidade no tempo e no espaço em que se realizam (o que é um fator determinante para o seu baixo impacto e reduzida efetividade), gerando uma instabilidade que afeta os supostos “beneficiários”; a baixa cobertura desses programas cujo caráter focalizado supõe grupos mais vulneráveis; a substituição de agentes públicos estatais por organizações comunitárias não-governamentais que não detém critérios definidos de acesso, bem como a forma de utilização de recursos não é transparente; a introdução de critérios empresariais no aparato estatal como “custo benefício”, “autofinanciamento” que são incompatíveis com o caráter público e social dos benefícios e serviços; a terceirização na contratação de pessoal e a compra de serviços privados, gerando uma quebra de vínculo daquele que executa o serviço público com o Estado e, sobretudo com a população beneficiária; a substituição da universalidade pela focalização, traduzida pelo direcionamento do gasto público e dos serviços sociais aos “comprovadamente pobres”; a idéia de autofinanciamento que parte do princípio de que a única forma de financiar os serviços sociais seria através do pagamento direto. Para Soares (2003), essa postura ignora que são os mais pobres quem indiretamente pagam mais impostos e o alto custo dos seguros privados *vis-à-vis* sua baixa cobertura e o alto

preço pago pelos governos na transição e na manutenção desse sistema através de subsídios e isenções fiscais.

Iluminada pelas argumentações acima delineadas que estão intrinsecamente relacionadas às políticas sociais em uma perspectiva ampla, esse estudo focará a atenção em uma política social específica – a política de saúde. Esta vivenciou uma série de modificações no transcorrer de sua instituição no país acompanhando as transformações históricas ratificadas pelo sistema capitalista de produção bem como, as modificações oriundas das lutas políticas travadas pela sociedade no transcorrer de determinados momentos históricos (BRAVO, 1996). Nessa dissertação será problematizada como e em que contexto econômico, político e social a intersectorialidade se disseminou internacionalmente e foi, posteriormente, absorvida nos debates brasileiros e no âmbito da política de saúde.

Parte-se da hipótese de que o debate centrado na sua dimensão instrumental (de articulação entre setores) esvazia o sentido político do conceito de intersectorialidade, entendida como via de construção e/ou reafirmação de projetos coletivos estruturados em torno da superação das condições de desigualdade e injustiça social. Para tanto, a pesquisa resgata o debate das conferências internacionais de saúde e o projeto (emenda popular de saúde) defendida pela Plenária Nacional de Saúde na Assembléia Nacional Constituinte, buscando daí extrair os sentidos assumidos pela intersectorialidade. O diálogo aqui foi estruturado tendo por eixo as proposições conceituais de autores brasileiros sobre essa categoria.

Enfim, como esse caminho alternou resultados, revisão teórica e resultados, em uma estrutura nova de Dissertação, optamos por iniciar com a apresentação da metodologia ou o caminho do pensamento.

“Na ciência não há calçadas reais, e quem aspire alcançar seus luminosos cumes, tem que estar disposto a escalar a montanha por caminhos acidentados” Karl Marx.

2. METODOLOGIA

Eu gosto de catar o mínimo e o escondido. Onde ninguém mete o nariz, aí entra o meu, com a curiosidade estreita e aguda que descobre o encoberto (Machado de Assis).

A metodologia é o caminho do pensamento (MINAYO, 2002). Como tal, envolve teoria, método e criatividade.

A realidade é mediada por teorias, crenças e representações e como tal nos apropriamos dela para nos aproximar de nosso objeto de estudo. Partimos do pressuposto de que nossa visão de mundo está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto aos resultados do trabalho e à sua aplicação (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2007).

Ao iniciar o trabalho de pesquisa comecei com algumas perguntas e também com algumas idéias mais ou menos preconcebidas que me permitiram construir caminhos de aproximação com o tema de estudo. Como estrada, o caminho metodológico não se configurou em uma linha reta, mas um processo de idas e vindas, mudanças de rumo e acertos no prumo. A criatividade foi uma grande companheira que, como caminhante e construtora dessa estrada, demandou experiência reflexiva, capacidade pessoal de análise e de síntese teórica, memória intelectual, nível de comprometimento com o objeto e capacidade de exposição lógica. Assim, o caminho que tracei fala também de sua caminhante que intencionalmente selecionou e construiu todas as etapas do processo de pesquisa.

Ao falarmos acerca da metodologia da pesquisa científica não podemos deixar de mencionar os métodos como elementos indispensáveis a qualquer produção de conhecimento novo relevante teoricamente ou socialmente. Para Oliveira (1998), o método assinala um percurso escolhido em detrimento dos outros possíveis. Indica ainda, que o método não constitui a escolha de um caminho entre outros, mas um caminho seguro, que se expresse como uma via para a obtenção de acesso visando a efetivação de interpretações dotadas de uma maior coerência e correção para as questões norteadoras propostas, dentro da perspectiva abraçada pelo pesquisador. Parafraseando Chauí (1994, p.134), “o bom método que perseguimos foi aquele que

nos permitiu conhecer o maior número de coisas com o menor número de regras”. O método escolhido foi o histórico-crítico-dialético. Optamos por este referencial porque o mesmo busca a essência dos fenômenos, almejando desvendar como o fenômeno se manifesta, estabelecendo interconexões e desvendando contradições. Vale destacar que nesse método, os fenômenos são percebidos como parte integrante de um contexto mais amplo, articulado, que compõe a totalidade (KOSIK, 2002).

O método histórico-crítico-dialético contempla uma visão de homem sujeito histórico-crítico, que influencia e é influenciado pela realidade social concreta, pois não existe realidade sem homem, assim como não é (somente) realidade do homem. Nesse sentido, é a realidade do homem que na natureza, e como parte da natureza, cria a realidade humano-social, que ultrapassa a natureza, e a história define o seu lugar no universo (KOSIK, 2002). A realidade não é algo imediato, dado, pronto, acabado, não se apresenta aos homens de forma clara, ao contrário, se esconde e aparece, é preciso desvendar o aparente, revelar a essência do fenômeno, pois compreender o fenômeno é atingir a essência (KOSIK, 2002).

O método histórico-crítico-dialético tem como categorias fundamentais: a totalidade, a historicidade e a contradição, que permeiam todo o estudo e estão interligadas. A categoria da totalidade é entendida não como a reunião de todos os fatos, de todas as partes, mas como uma unidade dialética, em movimento, um todo articulado e interconectado, tanto que a relação entre as partes altera o sentido de cada parte desse todo. Significa que a realidade como um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato qualquer (classes de fatos, conjunto de fatos) pode vir a ser racionalmente compreendido. Desse modo, os fenômenos são entendidos como parte integrante de um contexto mais amplo, sendo necessário ir do genérico ao singular, problematizando a realidade, estabelecendo relações das partes com esse todo, que mutuamente se influenciam (KOSIK, 2002).

Definindo o método, optamos inicialmente pela utilização da pesquisa documental. Os estudos baseados em documentos como material primordial buscam extrair deles toda a análise mediante organização e interpretação. Para tanto, se faz necessário que os mesmos sejam vasculhados buscando retirá-los das prateleiras ou arquivos para receber um tratamento. O caminho trilhado segue a diretriz do

problema de pesquisa visando à montagem progressiva das peças como se fosse um desafiador quebra-cabeça (PIMENTEL, 2001).

Mas, não se trata de um simplório quebra-cabeça cujas peças são dadas facilmente aos que se submetem a sua montagem. As peças (documentos) podem não ser facilmente encontradas e, mesmo que sejam, cabe ao pesquisador relacioná-las não ao momento em que se está montando, mas ao exato tempo em que as peças foram criadas e associá-las a quem as criou e com que intencionalidade. Assim, o quebra-cabeça mesmo que tenha sido produzido há décadas e nunca tenha sido utilizado para fins de pesquisa só poderá ser montado no presente se o pesquisador se reportar ao momento sócio-histórico que influenciou a sua elaboração (PIMENTEL, 2001). O pesquisador quando inicia o processo investigativo quase sempre possui apenas algumas peças e elas também quase sempre são vagas e não se consegue definir com precisão o problema que se quer pesquisar.

A pesquisa documental atualmente mostra-se dotada de notória expressão em decorrência do aumento de fontes documentais disponibilizadas para obtenção de informações e realização de pesquisas (MAY, 2004). Nessa perspectiva, os avanços tecnológicos desencadeados no transcorrer dos anos proporcionaram aos pesquisadores maior acessibilidade à informação e, conseqüentemente maiores possibilidades de análise de fontes documentais para fins da produção de conhecimentos novos. Foi esse avanço que permitiu o acesso pela internet das atas das sessões da Assembléia Nacional Constituinte entre 1987 e 1988.

Segundo May (2004), ao serem considerados como sedimentação das práticas sociais, os documentos têm potencial de informar e estruturar as decisões e os acontecimentos históricos desencadeados em determinadas periodicidades. Eles também podem constituir leituras peculiares dos processos sociais, singularizando aspirações e intencionalidades dos sujeitos coletivos em uma época em que o pesquisador utilizador da fonte documental ainda sequer teria nascido ou presenciado os acontecimentos descritos.

Uma outra questão central orientou a pesquisa: o significado dos documentos. Isso porque a pesquisa documental requer não apenas alguma prática, mas também o caráter reflexivo por parte do pesquisador com os documentos. Nesse aspecto, duas

perguntas mereceram atenção: o que ele é? E o que ele nos diz? Entretanto, essas não são perguntas fáceis de responder (MAY, 2004). May (2004) elucida ainda que o método da pesquisa documental requer não apenas aspectos práticos, mas também uma reflexividade por parte de quem se aventura em utilizá-lo. Esse aspecto esteve presente durante todo o processo de análise documental. Os documentos forneceram uma fonte secundária de dados importantes para entender os eventos, processos e transformações nas relações sociais. Portanto, eles foram centrais para entender e explicar os processos sociais em nível histórico (MAY, 2004).

O método da pesquisa documental depende não apenas do desejo do pesquisador em responder um determinado problema tendo como subsídio fontes documentais, mas também da possibilidade de acesso aos materiais necessários para a estruturação da pesquisa, do tempo que o pesquisador detém para procurar os materiais, dos recursos disponíveis para consegui-los, e dos problemas que poderão ocorrer no processo de coleta de dados (MAY, 2004). Esse alerta do autor foi crucial em nosso caminho.

Tendo em vista essas considerações, ao trabalhar com documentos, o pesquisador deve apreender que o mesmo não pode ser entendido por si, apenas como fato social, mas como processo social e político. Buscamos abordar as fontes documentais em seu contexto político, social e econômico amplo, uma vez que as pessoas registram informações relacionadas aos ambientes dos quais são parte (MAY, 2004).

Outro fator a ser evidenciado no processo de construção da dissertação foi o entendimento de que os documentos alvo de análises se mostravam interessantes não apenas pelo que expressavam aparentemente (o que foi escrito), mas também por aquilo que era deixado de fora (o que não foi escrito). Nesse sentido, os documentos foram visualizados como meios através dos quais se expressaram tentativas de persuadir sujeitos políticos denotando acontecimentos sociais demarcados em determinadas conjunturas (MAY, 2004).

Levando em consideração as peculiaridades intrínsecas ao método da pesquisa documental, o tipo de abordagem que utilizamos foi a qualitativa. Nesse estudo não buscaremos contar com que frequência determinadas variáveis previamente

estabelecidas ocorrem, mas interpretar as interpretações que os sujeitos políticos, que se expressam através dos documentos, forneceram aos fenômenos sociais em processos históricos determinados. Sabe-se que nenhum documento é criado senão por situações concretas postas no transcorrer dos processos históricos e que essas são multideterminadas, o que demanda aos pesquisadores que adotam esse tipo de abordagem, a necessidade de captar as várias dimensões imbricadas nessa processualidade a partir dos documentos alvos de análises (MAY, 2004).

A pesquisa documental envolveu a leitura de uma ampla gama de documentos. Em um primeiro momento foram selecionados para análise os relatórios das conferências internacionais de Alma-Ata e de promoção da saúde (quadro 1). Posteriormente separamos documentos produzidos entre as décadas de 1970 e 1980 no Brasil que debatem a reforma na saúde (quadro 2). Tal opção de recorte empírico se justificou pelos seguintes motivos: é nessa periodicidade que o Brasil vivenciou o processo de acirramento da ditadura militar e sua posterior decadência em virtude da redemocratização brasileira; ocorre nessas décadas a ascensão de movimentos sociais enquanto protagonistas no processo de luta pela democratização e reivindicação de demandas sociais, políticas e econômicas entre os quais se destaca, para fins desse estudo, o movimento pela reforma sanitária; vive-se em âmbito global o avanço do ideário neoliberal que vem de encontro ao conteúdo da CF 88 que “imitava” em vários âmbitos (principalmente no que diz respeito às políticas sociais) os *Welfare States* europeus; é também nesse período que, em âmbito internacional, se verifica a expansão da discussão acerca da intersectorialidade a partir da Conferência de Alma-Ata e das conferências internacionais de promoção da saúde sob influência da Organização Mundial de Saúde. Ademais, ocorrem no Brasil vários acontecimentos históricos geradores de documentos que refletiam o desejo de sujeitos políticos em modificar situações concretas vivenciadas pela população brasileira e particularmente da política de saúde brasileira. Nos quadros 1 e 2 apresentamos uma síntese dos documentos selecionados nesta etapa.

Os documentos foram levantados, organizados através de fichas contendo informações síntese do conteúdo de cada um. Nesses documentos a pesquisadora esteve atenta à identificação de palavras ou expressões chave para viabilizar a

análise tais como: intersectorialidade, articulação entre setores; setor social além do setor saúde; extra-setorial; extrínseco ao setor saúde, fora do setor saúde, política social para além do setor saúde; articulação entre políticas sociais. Buscou-se sempre contextualizar o documento aos processos históricos que contribuíram para a sua efetivação.

Uma vez identificados os documentos, partiu-se para a análise, reconhecendo que os mesmos ostentam muitas possibilidades de interpretações e que poderão responder outros problemas de pesquisa/questões norteadoras para além do que se propôs aqui. Desse modo, buscamos não desviar nosso olhar das questões norteadoras propostas pela pesquisa. Tomando isso como consideração, a técnica de análise dos dados escolhida foi a de conteúdo, a qual consiste em um conjunto de técnicas que permitem encontrar respostas para as questões formuladas e a confirmação ou não das afirmações estabelecidas antes do trabalho (MINAYO, 2002). Além disso, permite uma compreensão além das aparências dos documentos, possuindo, portanto, duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões; e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos pelos documentos. A técnica de Análise de Conteúdo possui fases:

1º) Pré-Análise: momento que é feita à organização do material a ser coletado os dados (MINAYO, 2002). Essa fase no estudo compreenderá os momentos do levantamento e leitura dos documentos.

2º) Exploração do material: no estudo, esta fase compreendeu o momento de análise dos dados por meio dos documentos e construção das categorias.

3º) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: momento de desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto (MINAYO, 2002).

A análise foi realizada num esforço de identificar: a) qual o significado de intersectorialidade apreendido pelas conferências de Alma-Ata e conferências internacionais de promoção da saúde; b) qual o significado de intersectorialidade apreendido pelo movimento pela reforma sanitária; b) Se a intersectorialidade foi apreendida mediante a pressão dos organismos internacionais mediado por peculiaridades brasileiras.

Documento	Elaborado por quem?	Ano da elaboração	Tipo de Circulação	Motivo da Escolha	Perguntas realizadas
Declaração de Alma-Ata	Organização Mundial de Saúde	1978	Irrestrito	Aparece a discussão da intersectorialidade enquanto estratégia para a disseminação dos cuidados primários em saúde	<p>Por que a intersectorialidade aparece nesta conferência?</p> <p>Que conceito de intersectorialidade é defendido?</p> <p>Qual o contexto histórico, político e econômico vivenciado em âmbito mundial?</p>
Carta de Ottawa	Organização Mundial de Saúde	1986	Irrestrito	Reafirma a necessidade das ações intersectoriais para o setor saúde	<p>Qual o conceito de intersectorialidade defendido em Ottawa?</p> <p>Como é proposta a execução das ações intersectoriais?</p> <p>Para que são propostas ações intersectoriais?</p>
Declaração de Adelaide	Organização Mundial de Saúde	1988	Irrestrito	Conferência que ratifica a necessidade de política pública saudáveis e práticas intersectoriais	<p>Qual o significado de intersectorialidade delineado nesta conferência?</p> <p>O que são as políticas públicas saudáveis e qual a sua relação com a intersectorialidade?</p>

Declaração de Santafé de Bogotá	Organização Mundial de Saúde	1992	Irrestrito	Discute a promoção da saúde e a estratégia de articulação entre os setores na América Latina	De que maneira a estratégia de articulação entre os setores constitui uma via para a consolidação da promoção da saúde na América Latina?
Declaração de Jacarta	Organização Mundial de Saúde	1997	Irrestrito	Discute a necessidade da intersectorialidade como forma de derrubar as fronteiras existente entre os setores.	A intersectorialidade enquanto estratégia conseguirá derrubar as fronteiras entre os setores?
Declaração de Bangkok	Organização Mundial de Saúde	2005	Irrestrito	Reforça a necessidade de construir parcerias entre organizações públicas, privadas e todos os setores sociais.	A intersectorialidade apresenta que significado nesta conferência?

Quadro 1: Declarações internacionais e a intersectorialidade (Elaboração da autora).

Documento/ Situação	Elaborado por quem?	Ano da elaboração	Tipo de circulação	Motivo da Escolha	Perguntas a serem feitas
Relatório da 7ª Conferência	Ministério	1980	Irrestrito	A intersectorialidade é discutida mediante discurso da OMS/OPAS enquanto entidades participantes dessa conferência.	Por que a intersectorialidade aparece especificamente nesta conferência? Que conceito de intersectorialidade está imbricado nesta conferência?

<p>Nacional de Saúde - Documento encontrado</p>	<p>da Saúde</p>			<p>Esta conferência não era aberta à participação da sociedade civil.</p>	<p>Durante o discurso dos representantes da OMS/OPAS quais os argumentos que ratificam a importância da instituição da intersectorialidade?</p> <p>Há influências da declaração de Alma-Ata no delineamento do conceito de intersectorialidade proposto nesta conferência?</p> <p>Qual o contexto histórico, político e social vivenciado em âmbito mundial no momento de realização da 7ª Conferência?</p> <p>Qual o contexto histórico, político e social vivenciado pela sociedade brasileira no momento de realização da 7ª Conferência?</p> <p>Como estava articulado o movimento pela reforma sanitária neste período?</p> <p>Há indícios de sua participação (mesmo que restrita) nesta conferência?</p>
<p>Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde e anais -documento encontrado</p>	<p>Ministério da Saúde</p>	<p>1986</p>	<p>Irrestrito</p>	<p>Esta conferência é considerada um marco no sentido de contemplar a participação da sociedade civil;</p> <p>Nela são elaboradas as protoformas do conteúdo ratificado pela Constituição de 1988 no que diz respeito à política de saúde.</p>	<p>A discussão de intersectorialidade aparece nesta conferência?</p> <p>Em caso positivo, como ela é inserida? Qual o conceito defendido?</p> <p>A intersectorialidade estava vinculada a questões de luta política por parte do movimento pela reforma sanitária?</p> <p>Quais grupos a defendiam?</p> <p>Em caso positivo, o conceito se mostrava similar ou não ao que era preconizado pelas conferências internacionais</p>

					de promoção da saúde? Qual o contexto histórico, político e social ostentado no período de sua realização em âmbito brasileiro e internacional?
Atas da Plenária Nacional de Saúde		Documento não encontrado			
Constituição Federal de 1988 - documento encontrado	Assembléia Nacional Constituinte	1988	Irrestrito	Representa o marco legal direcionador da instituição de uma nova política de saúde.	A intersetorialidade aparece na constituição federal de 1988? Em caso positivo, qual o conceito de intersetorialidade inscrito na Constituição?

Quadro 2: Documentos sobre a política de saúde brasileira (Elaboração da autora).

A maior parte dos documentos listados nos quadros 1 e 2 foi de fácil localização. Os relatórios das conferências internacionais e nacionais de saúde foram encontrados na internet na página da Organização Pan-Americana de Saúde e do Ministério da Saúde em formato de arquivo pdf. As atas da Assembléia Nacional Constituinte também foram localizadas através do site do Congresso Nacional. Já os documentos Revista Saúde em Debate, o livro “A Construção do SUS: histórias da reforma sanitária”, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde foram identificados mediante material impresso em formato de livro.

Ademais, dos materiais que desejávamos analisar um deles não foi localizado pela pesquisadora – as atas da PNS. Na tentativa de obtenção do mesmo, entramos inicialmente em contato via e-mail com uma professora (a quem denominaremos nesse estudo de A1) militante do movimento pela reforma sanitária visando a solicitar o seu auxílio na obtenção do material. Mediante esse contato, foi indicado por A1 que procurássemos no Ministério da Saúde uma funcionária que secretariou a Plenária Nacional de Saúde na periodicidade definida pelo estudo. Porém, não forneceu o contato da mesma. Nesse sentido, busquei o contato do Ministério da Saúde (MS) na internet, enviei outra correspondência virtual com o intuito de solicitar o contato da funcionária do MS, porém não obtive resposta. Tentei o contato via telefone, mas os telefonistas sempre repassavam a ligação para determinados setores que não conheciam a pessoa que procurava.

Nesse contexto, já um pouco desmotivada em encontrar a informante indicada, em uma das orientações realizadas, consegui o contato na forma de e-mail. Tal contato foi obtido mediante a leitura do documento produzido pelo Ministério da Saúde sobre as Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo (que também integra as fontes documentais alvo de análise) em que uma das entrevistadas pelos pesquisadores foi a funcionária do MS. Além desse contato, foi fornecido mais 3 contatos de sujeitos políticos atuantes no processo de reforma sanitária. Dos quatro sujeitos políticos contatados, dois responderam ao nosso e-mail: a funcionária do MS que, a partir desse momento, chamaremos de PT2 e um outro sujeito político que denominamos PT1. Entretanto, ao obtermos esses contatos, recebemos a informação de que as Atas da Plenária Nacional de Saúde haviam se perdido no tempo. Assim, optamos pela realização de entrevistas com os participantes da PNS

visando a complementar o método da pesquisa documental. Para a obtenção dos sujeitos da pesquisa utilizamos inicialmente uma lista contendo nomes de alguns participantes do movimento pela reforma sanitária e plenária nacional de saúde. Esses nomes foram encontrados no livro: “A Construção do SUS: histórias da reforma sanitária”. Nesse material havia um total de 37 sujeitos políticos. Desses 37 sujeitos apenas 5 responderam positivamente ao convite para a participação na pesquisa. Entretanto, 1 deles não pode participar em decorrência de ter participado da PNS a partir do ano de 1992 (o que feria o recorte temporal que pretendíamos realizar). A busca pelos entrevistados foi realizada por e-mail e intermédio de contato telefônico e currículo lattes. Além do livro, recorreremos também a técnica da “boa de neve” em que algum participante da pesquisa indicava um outro sujeito que poderia participar da pesquisa. Ao final (que foi limitado pelo tempo que tínhamos para terminar a dissertação) chegamos a um número de quatro sujeitos políticos que participaram da PNS na periodicidade estudada. O motivo da escolha dos sujeitos entrevistados pode ser averiguado a seguir, quando se apresenta o caminho percorrido até a realização das entrevistas e o processo de cada uma delas. Como um processo desafiador, contá-lo aqui tem o efeito didático de demonstrar ao leitor que entre a decisão do que pesquisar e a sua operacionalização, inúmeras noites de angústia se colocaram no meio.

2.1 Os caminhos tortuosos e prazerosos de uma pesquisa: contando histórias.

*Quem teve a idéia de cortar o tempo em fatias,
a que se deu o nome de ano,
foi um indivíduo genial.*

Industrializou a esperança, fazendo-a funcionar no limite da exaustão.

*Doze meses dão para qualquer ser humano se cansar e entregar os pontos.
Aí entra o milagre da renovação e tudo começa outra vez, com outro número e outra vontade de
acreditar que daqui pra diante vai ser diferente
Carlos Drummond de Andrade*

2.1.1 O encontro com (PT)1

Após decidir realizar as entrevistas, enviamos e-mails para as pessoas que nos responderam perguntando sobre a possibilidade de a realizarmos. A resposta foi positiva de ambos. Restava agora encontrar uma data que fosse boa para todos. Encontrar uma data em comum aos dois foi uma tarefa difícil, pois ambos exercem função de chefia em coordenadorias e divisões (um no Ministério da Saúde - caso de PT2; e o outro PT1 como assessor do presidente da república). Por isso, a agenda dos mesmos costumam estar cheias de compromissos, demorei cerca de 5 meses para conseguir negociar uma data que fosse favorável aos dois. Conseguimos marcar para o dia 18 de agosto de 2008. Nesse dia, entrevistaria PT1 às 15h00 e PT2 às 17h00.

Com o intuito de chegar a Brasília na data marcada, arrumei a mala (que estava muito pesada) e combinei com o taxista para que o mesmo me levasse até a rodoviária de Vitória no dia 16 de agosto de 2008. Na hora combinada desci com a mala os mais de 100 degraus do edifício onde resido e fico esperando o táxi. Após notar que o mesmo já estava atrasado uns 10 minutos, tomo o celular e ligo para o taxista. Ao ligar, o mesmo solicita que eu consiga outro táxi, pois ele estava preso no engarrafamento causado por uma micareta comandada por Ivete Sangalo. Já apreensiva, me direciono com uma mala muito pesada e um travesseiro no braço a Avenida Vitória e sigo em direção a pracinha de Jucutuquara visando a encontrar algum táxi que me levasse até a rodoviária. Para minha insatisfação não encontro nenhum. O horário avança e restava agora a última alternativa: rezar para passar um ônibus coletivo que fosse até a rodoviária. Para a minha satisfação espero alguns minutos no ponto e aparece um ônibus muito lotado, mas que para mim mais parecia uma Ferrari. Chego a rodoviária 10 minutos antes do ônibus partir em direção a capital do país, uma viagem muito longa que duraria mais de 20 horas.

A viagem, apesar de muito cansativa, foi tranqüila. Consegui observar as paisagens características do cerrado brasileiro como visto nos livros de geografia quando ainda residia na minha pequena cidade do interior do Espírito Santo (Alfredo Chaves). Também conheci a nascente o rio Doce, rio que corta o Espírito Santo e abastece grande parte dos municípios capixabas. Visualizo pequenas cidades de Minas Gerais com características muito peculiares, algumas muito pobres. Chego a Brasília no dia 17 de agosto de 2008 às 15h00.

Após me instalar no hotel reservado, testei os equipamentos para a gravação das entrevistas e fui dormir, pois estava exausta. Acordo às 6 e meia da manhã com um telefonema de uma amiga perguntando se eu estava bem. Achei muito estranha a pergunta dela àquela hora, indago porque ela pergunta isso e ela me informa que observou no jornal da TV do Espírito Santo um acidente de carro envolvendo minha família. Fico sem saber o que fazer no instante. Telefono imediatamente para Alfredo Chaves e ninguém atende ao telefone em casa. Fico muito preocupada. Somente às 10h00 consigo conversar com meu irmão e o mesmo fala da tragédia ocorrida em um acidente de carro onde morrem minhas duas tias e dois primos pequenos. Fico inconsolável por não poder estar perto dos meus familiares em tal momento já que não daria tempo de chegar para as despedidas. Penso que, apesar da fatalidade, tenho que continuar. Sigo às 12h30min para o Palácio do Planalto - local onde entrevistaria PT1.

Fico impressionada no trajeto com a arquitetura de Brasília e, posteriormente, com a estrutura e o atendimento fornecido aos visitantes no Palácio do Planalto. Percebo a diferença entre a infra-estrutura do lugar e a das muitas Secretarias de Saúde, Ação Social e Educação do Espírito Santo visitadas durante a pesquisa que realizei para a confecção da monografia de conclusão de curso na graduação em Serviço Social. Imagino que bom seria se os municípios e estados tivessem a metade da infra-estrutura do Palácio do Planalto para realizarem suas tarefas junto a população. A frase: Brasília, a utopia da modernidade recai muito bem nesse sentido. Procuo a sala de PT1 e sou recebida por sua secretária. Ela me dá as boas vindas e pede que eu aguarde na ante sala. Fico sentada aguardando. A hora marcada avança e começo a ficar preocupada, pois teria que estar às 17h00 no Ministério da Saúde para entrevistar PT2. Às 16h30min a secretária me chama e me acompanha até a sala de PT1. Ele pede desculpas pelo atraso. Muito simpático e com um sotaque nortista inicia uma conversa comigo sobre o Espírito Santo. Fala que já foi ao estado com a família. Posteriormente, iniciamos a entrevista.

O entrevistado descreve como se processou sua vinculação ao Movimento pela Reforma Sanitária. Ratifica sua militância política no recém criado partido dos trabalhadores em 1981. Diz ainda, que auxiliou na sua fundação e é filiado ao

mesmo desde então. Além de sua militância no PT, evidencia algumas outras militâncias como no movimento sindical dos cirurgiões dentistas especificamente e no movimento sindical da saúde, que reunia um conjunto de profissionais diversificados como de enfermagem, medicina, serviço social, farmacêuticos e nutricionistas. Retruca que, na época, era de fato um militante da Reforma Sanitária. Destaca ainda que havia divisões no Movimento e as mesmas ganharam força no processo de redemocratização do país. Ressalta a PNS como sendo uma alternativa de organizar as pessoas e os vários partidos – apesar da PNS ter um corte mais de centro-esquerda – rumo a institucionalização da política de saúde na constituição de 1988.

Em relação a intersectorialidade, PT1 defende que ela pressupõe um conjunto de sujeitos políticos que atuam em uma mesma condição de agente político, de agente social. Esses agentes, segundo ele, devem ter condições de intervir e modificar os processos históricos.

Ao finalizar a entrevista com PT1, o mesmo pergunta a que horas eu havia marcado com PT2. Digo que estou muito atrasada e temerosa por não saber se PT2 me concederia a entrevista com atraso. Ao constatar a minha preocupação, PT1 faz um telefonema ao Ministério da Saúde e pede para falar com PT2. Na conversa os dois demonstram amizade um pelo outro e PT1 diz a PT2 que a entrevistadora está na sala dele e que vai perguntar várias coisas sobre a Plenária Nacional de Saúde. Diz ainda que espera que ela lembre bastante daquele tempo. Ratifica que foi ele o causador do atraso para a concessão da entrevista e diz que a entrevistadora estará se direcionando ao Ministério da Saúde para encontrá-la.

Antes de sair do palácio do planalto PT1 me apresenta as várias repartições do local, os quadros dos presidentes e conta um pouco da sua trajetória de vida como militante do PT. Despeço-me e vou a procura de um táxi para me direcionar até o Ministério da Saúde a fim de encontrar PT2.

2.1.2 O Encontro com a memória da PNS

PT2 foi a primeira pessoa que respondeu ao nosso contato via e-mail tentando ajudar a encontrar o material desejado. Foi uma das pessoas que também nos alertou sobre o desaparecimento das atas da Plenária Nacional de Saúde nos informando que as mesmas haviam se perdido no tempo. Foram realizados nove contatos por e-mail e quatro por telefone para a efetivação da entrevista, realizada no dia 18 de agosto de 2008, ou seja, no mesmo dia e após a entrevista com PT1.

Ao chegar ao Ministério da Saúde me direciono até a sua divisão de trabalho. Sou recepcionada por PT2 que demonstra estar muito ocupada. A mesma faz os cumprimentos e me encaminha até uma sala. Pede para o garçom servir café e me orienta a aguardá-la sair de uma reunião que estava prestes a começar para poder conversarmos. Respondo positivamente e fico esperando na sala. Espero cerca de 50 minutos e PT2 retorna ao local. Iniciamos a entrevista.

PT2 descreve sua participação no Movimento pela Reforma Sanitária como uma das pessoas que secretariou a PNS durante 10 anos. Retruca que tinha uma boa articulação com os movimentos populares, desde o sindicato dos enfermeiros (vinculado a sua categoria profissional), movimento estudantil, movimento popular em saúde. Também participou da fundação do PT, partido ao qual é filiada até hoje. Ressalta o grande aprendizado obtido mediante a sua vinculação a PNS onde os participantes tinham que identificar o cenário político, a correlação de forças existentes no próprio congresso nacional e ostentar um poder de negociação. A PNS, segundo a entrevistada, foi um espaço de ampliação e articulação do movimento pela reforma sanitária, congregando vários setores e partidos políticos.

A entrevistada ratifica que o eixo da intersetorialidade é a agregação com outros movimentos sociais e outros setores numa dimensão política.

Despeço de Brasília e retorno a Vitória.

2.1.3 O Encontro com a memória do Movimento pela Reforma Sanitária - PCB1

Durante as entrevistas realizadas em Brasília recebi a sugestão de PT1 de buscar entrevistar, além dos participantes da Plenária Nacional de Saúde vinculados ao PT, que fosse entrevistado alguém vinculado ao “Partidão – PCB” na época da Plenária Nacional de Saúde (PNS) com o objetivo de obter informações que poderiam ser diferenciadas em termos ideológicos e políticos. Este entrevistado me fazia recordar que dentre as várias frentes de luta pela redemocratização do país ganham terreno em plano nacional forças políticas vinculadas ao Partido Comunista Brasileiro. Unidos de uma concepção estatista acerca da eficácia da ação política e ocupando postos importantes dentro de aparatos estatais de saúde nas esferas federal, estadual e municipal, o PCB estabeleceu interações com os movimentos organizados nos bairros (DOIMO; RODRIGUEZ, 2003, p. 103).

Assim, iniciei a busca de nomes que na periodicidade da PNS estavam vinculados ao PCB e ao Movimento pela Reforma Sanitária. Inicialmente realizei alguns contatos via e-mail visando à obtenção de nomes que poderiam vincular-se ao meu estudo. Entrei em contato com a professora A1 e a mesma disse que esteve vinculada ao PCB até o início da década de 1980 e que no momento da Plenária representava a ABRASCO e não o PCB. Desse modo, disse que um nome indicado seria o de Eleutério Rodriguez Netto. Entretanto, ao buscar contatá-lo, obtivemos a informação de sua debilidade de saúde e da impossibilidade de nos receber por esse motivo. Por outro lado, a presença de Eleutério nos acompanhou quer nas Atas da Subcomissão de Saúde, quer em seus escritos (muito utilizados nesse estudo).

Posteriormente, obtive a informação, através de uma amiga do mestrado, de que Gilson Carvalho (também militante político do Movimento pela Reforma Sanitária) realizaria uma palestra para os Conselheiros de Saúde do Espírito Santo. Em virtude disso, e da confirmação de que essa amiga participaria dessa palestra, pedi-lhe para conseguir o e-mail ou telefone dele visando a um posterior contato. Após conseguir o contato de e-mail, restava saber se Gilson era vinculado ao PCB no momento da Plenária. Enviei o e-mail para o mesmo e obtive a resposta de sua vinculação ao PT. Como fazia em todos os e-mails enviados, pedi para em caso do militante não estar vinculado no momento da Plenária ao PCB que indicasse uma pessoa que deteve

essa vinculação. Assim, Gilson indicou o professor PCB1. O mesmo passou o e-mail do sujeito político indicado e o contato foi firmado.

Depois de duas semanas de envio do e-mail para a minha surpresa recebo um telefonema de PCB1. O mesmo disse que me receberia para a entrevista e se possível queria articular um encontro no Rio de Janeiro (RJ) já que ficaria mais fácil para mim em termos de percurso. O professor reside e leciona em Campinas-SP. Tentamos marcar a entrevista no RJ, mas a mesma não conseguiu ser efetivada em decorrência da agenda “cheia” de PCB1 em virtude da comemoração dos 20 anos da promulgação da Constituição de 1988, que segundo o mesmo - não temos muitos motivos para comemorar. Outro fato complicador para a realização dessa entrevista foi a minha convocação em um concurso que havia realizado do Centro Federal de Educação Tecnológica do Espírito Santo (CEFETES). Assim, precisava a qualquer custo obter a entrevista o mais rápido possível, pois necessitava entrar em efetivo exercício no CEFETES mas, no entanto, não poderia assumir esta vaga sem efetivar esta entrevista, pois não sabia o que viria pela frente após o estabelecimento do meu vínculo empregatício. Marquei a última tentativa de entrevista a ser realizada no RJ dois dias antes de vencer o prazo final para entrar em exercício laboral no CEFETES. Porém, um dia antes da realização da entrevista, recebi a ligação do professor às 22h40min informando a impossibilidade de conceder a entrevista no dia previsto. Fiquei muito preocupada com essa informação, mas sabia que era preciso continuar a insistir. Remarquei pela terceira vez a entrevista agora a ser realizada em Campinas-SP. Bastaria agora negociar no CEFETES a minha ida a Campinas.

Após conversar com a gestora do CEFETES, obtive a liberação para ir até Campinas e com o auxílio financeiro do mestrado e a ajuda da orientadora para confirmação da entrevista, preparei a viagem para sair de Vitória no dia 11/12/2008 e realizar a entrevista no dia 12/12/2008 às 8h30min no hotel da FUNCAMP (local onde ficaria hospedada, situado dentro da Unicamp). Dois dias antes de viajar, recebi uma ligação do professor verificando se a entrevista poderia ser mudada de dia, entretanto insisti para que o mesmo concedesse a entrevista no dia marcado, pois já havia trocado as passagens e não havia tempo hábil para marcarmos uma outra data. Assim, sensibilizado este manteve a data.

Quando cheguei ao Aeroporto de Campinas fiquei surpresa com a distância da Unicamp do mesmo. Cerca de 37 km. Cheguei à Unicamp e encontrei um hotel muito bem estruturado, mantido pela fundação da mesma universidade intitulado “Casa do Professor Visitante”. Fui dormir e me preparar para a entrevista no dia posterior. Na manhã seguinte, testei os equipamentos e descii para tomar café. Ao entrar na sala de café da manhã observei um senhor aparentemente procurando alguém e muito parecido com PCB1 (que só conhecia por foto). Nesse momento, pensei: Será que é PCB1 me procurando? O professor olhou para mim e disse bom dia. Respondi ao seu bom dia e iniciei uma conversa na mesa de café da manhã com ele, pois fiquei envergonhada de perguntar sua alcunha. Depois de uma breve apresentação, descobri que o meu interlocutor era Gabriel, professor de Sociologia da USP. Ele pediu que explicasse o meu projeto. Ao explicá-lo, me informa que conhece um pouco da temática em decorrência de sua vivência conjugal. Pergunto a ele quem era a sua esposa e ele responde: Amélia Cohn. Assim, disse a ele que utilizei muitos artigos e livros da Amélia Cohn e expressei a minha admiração por ela como escritora. Gabriel diz que ela está em fase de aposentadoria pela Universidade de São Paulo (USP) e que pretende continuar lecionando em uma universidade particular. Retruca ainda que Amélia Cohn lançará um novo livro sobre Estratégia de Saúde da Família. Posteriormente, o professor brinca comigo, dizendo: será que seu entrevistado aparecerá? Eu digo que está tudo muito combinado para ele me conceder a entrevista. Diz ainda, que se ele não comparecer, que eu poderia entrevistá-lo. Mas, diz que era do PT e não do “Partidão” no momento da ditadura. Despeço-me do professor e o mesmo diz que contará a sua esposa de nossa conversa. Deseja uma boa entrevista e assim volto para pegar os equipamentos e aguardar na sala de espera do hotel.

Aguardo cerca de 30 minutos e, após esse tempo, PCB1 chega ao local combinado. Fazemos os cumprimentos e apresento-o ao professor Gabriel que também estava na sala de espera. Direcionamos-nos a um local silencioso do hotel para a realização da entrevista. De início falo o meu tema de estudo. Expressa surpresa ao saber do meu interesse em estudar a temática. A entrevista prossegue.

PCB1 relata ter iniciado sua inserção no movimento pela reforma sanitária por acaso. Diz que começou seus trabalhos como médico após a Segunda Guerra

Mundial e depois de um tempo executando trabalhos profissionais em um hospital psiquiátrico resolve trabalhar em uma comunidade desprovida de condições básicas de sobrevivência. Neste local, começa a perceber a associação entre os problemas sociais vivenciados na comunidade e a condição de saúde ou doença ostentadas pela população. Posteriormente, conhece, através da literatura, que suas observações vivenciadas na prática estavam sendo alvo de discussão em âmbito mundial. Na década de 70 século XX conhece os trabalhos de Sérgio Arouca⁴, seu futuro companheiro de militância política no Partidão (PCB).

Sophia (2005) argumenta que o compromisso político com a melhoria das condições de vida e saúde da população alcançou uma penetração significativa nos corações e mentes de alguns profissionais de saúde desta geração de PCB¹, levando-os a atuarem em projetos de medicina comunitária. Em um movimento espontâneo, começaram a procurar formas de se vincularem à população e seus problemas.

⁴ O dr. Sérgio Arouca nasceu em Ribeirão Preto e formou-se médico pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) em 1966. Como consultor da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) Arouca atuou em vários países: México, Colômbia, Honduras, Costa Rica, Peru e Cuba. Professor concursado da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fiocruz, lecionou alguns anos até ser convidado a trabalhar com o governo sandinista da Nicarágua. Nesse período, iniciou seus laços com o sistema de saúde cubano, assessorando-o tanto na formação de recursos humanos quanto no desenvolvimento de programas assistenciais. Voltou ao Brasil em 1982, quando foi eleito chefe do Departamento de Planejamento da Ensp. Em 1985, foi indicado como candidato à Presidência da Fiocruz por um movimento da comunidade de Manguinhos, por uma frente suprapartidária, reforçada pelo então secretário-geral do Ministério da Saúde, Eleutério Rodriguez Neto, e pela médica sanitária Fabíola Aguiar Nunes. Esse movimento ultrapassou as fronteiras da Fundação e tornou-se um movimento nacional, conseguindo a nomeação para presidente da instituição em 3 de maio de 1985. Durante a sua gestão, Arouca preocupou-se com a democratização da Fiocruz, recuperando a associação de funcionários e promovendo eleições diretas para a sua diretoria. Modernizou a administração, estabelecendo mecanismos de gestão colegiada e participativa e nomeando diretores eleitos pelas unidades. Criou o Conselho Deliberativo da Fiocruz como instância máxima de deliberação. Em sua gestão, recuperou o prestígio da instituição no campo da pesquisa científica e do desenvolvimento tecnológico, que também se notabilizou por ter sido a instituição de ponta na formulação e discussão da política de saúde. Arouca presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a primeira que conclamou o usuário a debater o tema. Nesse período foram realizadas pré-conferências em todos os estados. Os resultados da Conferência subsidiaram o texto da saúde na Constituição Federal, em 1988. Como presidente da Fiocruz reintegrou os dez cientistas cassados pela ditadura militar, no episódio conhecido como "Massacre de Manguinhos". Foi também, em 1987, secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. **Foi escolhido por unanimidade pela plenária de entidades de saúde para apresentar a defesa da emenda popular à Assembléia Nacional Constituinte.** Ocupou a Presidência da Fiocruz até abril de 1988, quando exonerou-se, a pedido, para concorrer como vice-presidente da República na chapa do PCB, com Roberto Freire. Foi ainda candidato a vice-prefeito do Rio de Janeiro na chapa de Benedita da Silva. Arouca foi deputado federal por oito anos e ocupou diversos cargos em comissões de saúde, ciência e tecnologia, sempre na defesa da modernidade e interesse do trabalhador. Arouca também foi secretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro no ano de 2001. Foi coordenador do programa de saúde de Ciro Gomes (PPS) na eleição para Presidência da República em 2002 e no segundo turno se incorporou à campanha de Lula. Assumiu em janeiro de 2003 a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e foi nomeado para a coordenação-geral da 12ª Conferência Nacional de Saúde e para ser o representante do Brasil na Organização Mundial de Saúde (OMS) (<http://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/introducao.htm>).

Passaram a dar consultas, promover ações educativas, participar de movimentos e lutas mais gerais nos bairros e comunidades, e a procurar espaços de discussão dessa prática e dessa realidade social.

O entrevistado discutiu as questões propostas na entrevista tanto em âmbito abstrato quanto concreto. Em relação a intersectorialidade, defende que a mesma deve ser visualizada não somente do ponto de vista dos setores do aparelho do Estado ou de governo para cada área da sociedade, mas do ponto de vista de como a sociedade se organiza em termos políticos e sociais. Enfatiza que a mesma não foi alvo de discussão na PNS.

Saio dessa entrevista com uma grande admiração por PCB1. Sua militância política e memória intelectual a respeito do processo de construção da política de saúde brasileira me fazem pensar no quanto vários sujeitos políticos lutaram em torno de um desejo comum: a consolidação da saúde como direito social universal e mudanças sociais amplas.

2.1.4 Por dentro do Movimento pela Reforma Sanitária – a representação da ABRASCO (A1)

O primeiro contato firmado com A1 ocorreu em fevereiro de 2008 quando perguntamos a mesma informações referentes a localização de documentos da PNS. A1 participou e auxiliou na tomada de decisão em vários momentos da dissertação, seja indicando pessoas para entrevista, sugerindo material de leitura ou na concessão da entrevista que ao ser solicitada obtive resposta afirmativa. Entretanto, em decorrência de compromissos profissionais, período de férias e situações pessoais, a entrevista demorou vários meses para ser consolidada. E o que era para ter sido uma entrevista realizada pessoalmente com A1, acabou com o envio das respostas ao nosso roteiro por e-mail. Seu texto, em tom forte e seguro nos alertava para a contradição da intersectorialidade no interior da saúde. O texto assim, expressava a riqueza do material e o acerto da insistência da pesquisadora com informante.

A princípio, como dito anteriormente, a entrevista seria realizada pessoalmente no local de trabalho de A1. Com a confirmação de sua secretária por e-mail de que a professora me receberia no dia 06 de abril de 2009 (segunda-feira) às 14h00 pedi auxílio ao mestrado para a obtenção das passagens visando ao meu deslocamento para a realização da entrevista. Na sexta-feira anterior, ou seja, dois dias antes da entrevista ocorrer, saio de Nova Venécia de madrugada (município situado no noroeste do Espírito Santo e distante 5 horas de ônibus da capital) para pegar a autorização de emissão das passagens na reitoria. Ao sair deste local situado na Ufes me direciono a sala do grupo de estudos Fênix a fim de olhar o endereço do local em que seria realizada a entrevista no meu e-mail. Entretanto, ao abri-lo sou surpreendida com um correio eletrônico da secretária da professora A1 que dizia o seguinte: “Prezada Cassiane, sinto informar, mas a professora solicitou que eu cancelasse o encontro do dia 06/04/2009, em virtude de problemas familiares. Assim que possível entrarei em contato para marcar uma nova data”. Após a leitura do e-mail uma sensação de desânimo me atravessou o corpo e percebi que todas as etapas que havia galgado para realizar esta entrevista haviam sido desperdiçadas (negociação com a minha chefe imediata no CEFETES, solicitação de passagem, longo caminho para chegar a Vitória, roteiro de entrevista feito com a ajuda da orientadora, peregrinação em várias lojas para conseguir achar fita K7 para gravação⁵). Porém, sabia que era preciso continuar a caminhada. Respondi ao e-mail desejando melhoras para o familiar da professora e solicitando uma nova data para realizar a entrevista.

Na semana seguinte, recebo um novo e-mail da secretária de A1 informando que a professora não poderia me receber pessoalmente, por isso, solicita que eu telefone para a mesma a fim de que a entrevista fosse fornecida através desse aparelho. Ao receber esse e-mail encaminho o mesmo para a orientadora que responde relatando a necessidade de gravarmos a entrevista mesmo por telefone. Fico alguns dias pensando como eu faria para gravar a entrevista por telefone, pois achava que isso era grampo telefônico, ou seja, considerado ilegal. Na mesma semana recebo um telefonema da orientadora dizendo que eu poderia realizar a gravação através de

⁵ Esse momento é crucial a quem se aventura a realizar entrevista. Cabe aqui esclarecer que já havíamos tentado sem sucesso a entrevista com outros 2 sujeitos que, por diferentes motivos, declinaram de participar. Para um leitor atento, eu constatava que estava em abril e meu prazo para a conclusão da dissertação esgotava-se lentamente.

um telefone com viva voz. Depois dessa informação fico me questionando como eu não havia pensado nisso antes. Envio no mesmo dia um novo e-mail a fim de agendar a entrevista por telefone com a professora A1. Ela responde dizendo que o melhor dia seria 04 de maio de 2009.

Com a data novamente marcada, compro um telefone com viva voz, testo o equipamento e assim fica tudo pronto para a realização da entrevista. Porém, no dia 28 de abril de 2009 recebo um novo e-mail da professora dizendo que um familiar havia falecido e por isso ela indica o telefone da casa dos seus pais para que eu ligue. Ao ler a mensagem fico muito sensibilizada e imagino a dor da professora, que por tanta correspondência trocada torna-se para mim uma espécie de orientadora virtual a quem adquiro um grau de afetividade. Encaminho mais uma vez o e-mail para a minha orientadora dizendo que achava melhor marcarmos uma nova data em decorrência do acontecido. A orientadora também concorda comigo e assim aguardamos A1 voltar as suas atividades laborais para marcarmos uma nova data. Após alguns dias, a professora responde o e-mail dizendo que achava a melhor opção eu enviar um questionário para que ela pudesse responder, pois viajaria para o exterior para dar aulas. Enviamos assim o roteiro para ela responder e esta posteriormente retorna com a resposta.

Após contar o longo caminho que se desencadeou até as confecções das entrevistas, devemos mencionar também que para a realização das mesmas utilizamos a entrevista semi-estruturada delineada a partir de um formulário (Apêndice 1) e foi utilizado como roteiro para entrevistarmos PT1, PT2 e PCB1. Entretanto, para entrevistarmos A1 não utilizamos o mesmo roteiro. Foi confeccionado um novo roteiro de entrevista (Apêndice 2) que continha outros questionamentos em relação ao roteiro anterior. Tal modificação se deu em virtude da necessidade de contrapormos informações que haviam sido suscitadas nas entrevistas anteriores. Por fim, devemos mencionar que em todas as entrevistas, e na confecção da dissertação, buscou-se observar os cuidados éticos.

2.1.5 Procedimentos Éticos

A ética em pesquisa é uma condição que deve acompanhar o caminhar de todo pesquisador. Nessa pesquisa os cuidados éticos adotados foram os seguintes:

- Supressão dos nomes dos sujeitos da pesquisa.
- Utilização do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3).
- Buscamos não negligenciar nenhum dos autores lidos e tentamos compreendê-los dentro da lógica que se inscreve a sua produção visando a respeitar a propriedade intelectual dos autores, evitando a deturpação de suas idéias;
- Utilizamos os documentos buscando inscrevê-los no contexto histórico em que os mesmos foram inscritos;
- Nos comprometemos em realizar a divulgação da dissertação produzida.

3. INTERSETORIALIDADE: Uma simplificação administrativa e burocrática ou uma exigência para a efetivação de direitos.

*“Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens”
(Fernando Pessoa, em “O Eu Profundo”)*

Abordar a intersectorialidade como categoria instituída pela política de saúde vigente no Brasil requer apreendê-la historicamente em conjunturas adversas, fortemente marcadas por peculiaridades intrínsecas a determinados processos históricos que delimitam lutas entre forças políticas vinculadas a diferentes projetos societários inscritos no cenário nacional e internacional.

Historicamente, a discussão acerca da intersectorialidade em saúde esteve relacionada ao surgimento do movimento de Reforma Médica Alemã que receberia, posteriormente, a denominação de Movimento de Medicina Social (ANDRADE, 2006). Foi no decurso do crescimento das cidades, fruto de brutal processo de urbanização provocado pela revolução industrial, que os intelectuais e lideranças políticas europeias passaram a fazer as primeiras relações sistemáticas entre a situação saúde/doença da sua população e as condições de alimentação, trabalho, habitação, sanitárias. A partir disso, passam a requerer do Estado práticas assistenciais que congreguem ações de mais de um setor visando à manutenção da saúde para a produção e reprodução sociais (ANDRADE, 2006). Todavia, este momento histórico (século XIX) é marcado por uma disputa importante no campo da saúde em torno dos modelos explicativos sobre o processo de adoecer. De um lado, a forma de conceber e explicar o processo de determinação da doença a partir das condições de vida da população e, de outro, com base na revolução *pasteuriana*, que se fundamentava no paradigma da determinação biológica para a gênese das doenças, consubstanciada na prática da biomedicina, hegemônica na sociedade ocidental no século XX (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001).

O Movimento de Reforma Médica Alemã tinha 3 princípios bem definidos: a) a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social; b) as condições

econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença, e tais relações devem ser submetidas a investigação científica, e; c) devem ser tomadas providências para promover a saúde e combater a doença, e as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001).

O Movimento pela Reforma Médica na Alemanha do século XIX caracterizou-se por ser uma iniciativa da classe média liberal, que não questionava o direito de propriedade, nem mesmo dos meios de produção (ANDRADE, 2006). Este justificava o direito à saúde como dever de um Estado que

[...] clama ser um Estado que protege o direito de propriedade. Seu propósito é proteger os bens do povo. A maioria das pessoas, entretanto, possui apenas seu poder de trabalho, que depende inteiramente de sua saúde. Esta é sua única propriedade e o Estado, portanto, tem o dever de protegê-la e o povo tem o direito de exigir que a sua saúde, sua única propriedade, seja protegida pelo Estado (SINGERIST *apud* ANDRADE, 2006, p.40).

Nessa periodicidade histórica (segunda metade do século XIX), os trabalhadores alemães vivenciavam uma série de conseqüências propiciadas pelo sistema capitalista de produção em sua fase industrial. Os trabalhadores que tinham a força de trabalho como única mercadoria a ser vendida não se mantiveram passivos ante as condições impostas pelos detentores dos meios de produção. Começam a reagir ao sistema industrial que os alienavam do fruto do seu trabalho e os condenavam, juntamente com suas famílias (mulheres, crianças e idosos), à exploração. Assim, a luta de classes irrompe em todas as suas formas, expondo a contradição entre o trabalho e o capital. As greves e manifestações em torno do tempo da jornada de trabalho e também do valor a ser pago pela força de trabalho em forma de salário são algumas reivindicações da classe desprovida dos meios de produção. Face a esse quadro, o Estado de um lado reprimia duramente os trabalhadores e de outro iniciava a regulamentação das relações de produção, por meio da legislação fabril. A luta em torno da jornada de trabalho e as respostas das classes e do Estado são, portanto, as primeiras expressões contundentes da questão social, já repleta naquele momento de ricas e múltiplas determinações. Há o movimento dos sujeitos políticos – as classes sociais e tem-se o ambiente cultural do liberalismo e a ênfase no mercado como via de acesso aos bens e serviços socialmente produzidos, cuja

possibilidade de inserção estaria relacionada ao mérito individual. Começa a ocorrer o deslocamento do problema da desigualdade e da exploração como questão social, a ser tratada no âmbito estatal e pelo direito formal, que discute a igualdade de oportunidades, em detrimento da igualdade de condições (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). No interior desse processo estava a necessidade do sistema capitalista de mover-se rumo à manutenção da mão-de-obra sadia e apta ao trabalho. Para os trabalhadores, as lutas políticas travadas possibilitaram a eclosão de conquistas sociais, mostrando com isso o movimento contraditório do capitalismo que favorece, nesse âmbito, tanto a sobrevivência da classe trabalhadora como provedora do sistema quando do próprio sistema, já que o mesmo se move obrigatoriamente com a força de trabalho vendida como mercadoria pela classe trabalhadora. Nessa perspectiva, pode-se inferir que a discussão sobre a Medicina Social insere-se no interior das intencionalidades do sistema capitalista desejoso pela acumulação de capital.

[...] uma grande dúvida está presente hoje em dia em todos nós: quais seriam os efeitos dos salários mais altos e horas de trabalho mais curtas? Examinada à luz da Medicina Social, esta pergunta se responde fácil e satisfatoriamente. Horas de trabalho mais curtas significarão maior energia e maior bem-estar que resultarão numa força de trabalho melhor e mais produtiva (GARCIA *apud* ANDRADE, 2006 p.41).

É no interior desse processo de produção e reprodução da força de trabalho que surge a discussão acerca da Medicina Social e da intersetorialidade pautada na concepção de que a saúde, vista de uma maneira estritamente biológica, seria incapaz de alcançar resultados significativos e de manter a força de trabalho dos operários com alto grau de produtividade no contexto do capitalismo em sua fase industrial (ANDRADE, 2006).

Assim, a intervenção do Estado na formulação e execução de ações passa a ser necessária e estas devem ultrapassar a dimensão do setor saúde ofertando condições de vida para a população nos âmbitos da moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais tendo em vista a necessidade da manutenção de força de trabalho apta a mover o sistema capitalista (ANDRADE, 2006).

Nota-se assim, que a intersectorialidade - em termos da revisão realizada - surge no bojo de um movimento social-democrata burguês na Alemanha favorável a produção e reprodução sociais em um contexto marcado pela luta de classes. Nesse sentido, para não perder sua hegemonia, a classe detentora dos meios de produção conclama ao Estado políticas sociais capazes de garantir direitos. Estes não devem ser entendidos como benemerência do “bom Estado”, mas como conquista dos sujeitos políticos que vendiam a sua força de trabalho e moviam o sistema capitalista. A discussão sobre a intersectorialidade perpassou um século se disseminando com maior notoriedade no século XX, mais especificamente a partir do final da década de 70. Entretanto, vale ressaltar que para analisar a expansão da discussão acerca da intersectorialidade é preciso nos ater as agências financiadoras responsáveis pela sua expansão bem como pela sua propagação em âmbito mundial, especialmente a OPAS e a OMS e outras agências como o Banco Mundial que oferecia subsídios financeiros.

3.1 OMS/OPAS, Banco Mundial, a agenda da saúde e a intersectorialidade.

Ao buscarmos realizar uma abordagem histórica da intersectorialidade, percebe-se sua disseminação a partir da eclosão de uma série de conferências internacionais de Saúde no século XX. Tais conferências ocorrem com o patrocínio e organização de Agências Especializadas vinculadas a Organização das Nações Unidas como a UNESCO, Banco Mundial, OMS e a OPAS (vinculada a OMS). Nesse sentido, buscaremos captar essas influências tomando como diretriz primordial à influência de duas dessas agências especializadas associadas ao âmbito da saúde: a OMS e a OPAS⁶ que participam como financiadores ou oferecem apoio as agências OPAS/OMS em suas ações.

⁶Tal escolha justifica-se em virtude dessas serem agências associadas ao âmbito do setor saúde e pela impossibilidade desse estudo conseguir captar as influências de todas as agências internacionais que contribuíram para a disseminação da intersectorialidade. Entende-se que os processos históricos não podem ser captados de uma forma unilateral e desprovida das influências econômicas, políticas e sociais de uma dada periodicidade histórica e portanto, no decurso do texto torna-se-á visível a influência de outros organismos internacionais que participam como financiadores ou oferecem apoio as agências OPAS/OMS em suas ações. Entretanto, vale alertar aos leitores de que aprofundar as discussões sobre as agências não constitui objetivo nosso nesse trabalho. Buscaremos elencar que esses organismos influenciaram na disseminação da intersectorialidade no âmbito da política de saúde.

É possível inferir dos materiais que tratam do assunto que a OMS surgiu no bojo do esforço apreendido pelos futuros vencedores da Segunda Guerra Mundial, para estabelecer um arcabouço institucional, que assegurasse a estabilidade social no pós-guerra e garantisse a saúde dos povos. Entretanto, esse discurso que na aparência se apresentava como dotado de intencionalidades boas, trazia em sua essência a necessidade de manter a população pacífica e desprovida das influências nocivas da época, expressas por ideologias contrárias a manutenção do sistema capitalista de produção. Para tanto, se fazia necessário minimizar as expressões da questão social como, por exemplo, diminuir os problemas de saúde vivenciados pela população em âmbito mundial, bem como controlar a proliferação de doenças que poderiam concorrer para o bom funcionamento do capitalismo, especialmente as endemias (LIMA, 1999).

As experiências das grandes epidemias ocorridas no início do século XX em cidades industrializadas e com um grande contingente populacional como Berlim, Paris e Nova Iorque ilustram a associação entre cidade massiva e patologias, ao mesmo tempo em que o receio diante da desordem e a necessidade de respostas em termos de políticas sociais podia ser verificado nesses diferentes lugares. Esse receio de desordem não se deu apenas no plano interno das nações. A necessidade de políticas sociais para intervir na situação de saúde e doença da população e o controle das epidemias entrou na agenda internacional com a criação das Conferências Sanitárias Internacionais. As nações capitalistas sabiam que a questão da saúde detém muita importância. A ocorrência de doenças, o sofrimento e a morte são fenômenos que não suportam uma espera indefinida em decorrência das consequências políticas e econômicas que essa falta de intervenção pode propiciar. Assim, estava claro para os vencedores da Segunda Guerra Mundial a necessidade da criação da OMS como um organismo que disseminasse e mantivesse a questão da saúde como pauta de cunho internacional. Era preciso intervir no âmbito da política social, como por exemplo, na política de saúde aliada à política econômica visando a manutenção do capitalismo enquanto sistema (CAMPOS, 2001).

Em termos de política econômica, as forças que haviam combatido o fascismo na Segunda Guerra, sabiam que era fundamental a criação de mecanismos que

controlassem o capitalismo da grande empresa e o capital financeiro, ratificando limites aos megapoderes privados oriundos do liberalismo econômico que levou o mundo capitalista ao colapso econômico, à Grande Depressão do final dos anos 20 e início dos anos 30 e à Segunda Guerra Mundial. No âmbito político, as conseqüências imediatas da Grande Depressão e da Segunda Guerra foi a destruição temporária ou o refluxo imposto ao liberalismo econômico por meio século, além da obrigação impingida aos governos ocidentais em priorizar as questões sociais em relação as econômicas, ao estabelecer suas políticas de Estado já que os perigos em não proceder desta forma era uma radicalização à esquerda ou à direita (HOBSBAWM, 1995).

Estava visível que para manter a paz, os acordos e as estratégias que deveriam ser estabelecidos no segundo pós-guerra, não poderiam cometer os mesmos erros do pós primeira guerra mundial. A paz não seria duradoura se permanecessem os mesmos ressentimentos, ou outros de caráter político, econômico e social. Esta certeza impunha a realização de ações concretas para a recuperação e reinserção, na economia mundial, dos países destroçados pela Guerra (HOBSBAWM, 1995).

As forças sociais e os homens de poder, incumbidos de reconstruir as instituições capitalistas do pós-guerra, estavam prenhes desta convicção. Para evitar a repetição do desastre era necessário, antes de tudo, construir uma ordem econômica internacional capaz de alentar o desenvolvimento, sem obstáculos, do comércio entre as nações, dentro de regras monetárias que garantissem a confiança na moeda reserva, o ajustamento não deflacionário do balanço de pagamentos e o estabelecimento da liquidez requerido pelas transações em expansão. Tratava-se, portanto, de erigir um ambiente econômico internacional destinado a propiciar um amplo raio de manobra para as políticas nacionais de desenvolvimento, industrialização e progresso social (RIZZOTTO, 2000).

Ao fim da Segunda Grande Guerra, pela primeira vez na história, os EUA tinham condições concretas para assumir a liderança econômica/política internacional, porém, precisavam barrar o avanço do comunismo que se apresentava como alternativa ao sistema político-econômico vigente e ampliar o mercado de consumidores de seus produtos. Para a expansão do mercado mundial, seria

fundamental que as condições econômicas das regiões “subdesenvolvidas” do mundo fossem melhoradas (HOBSBAWM, 1995)

Nesse contexto, e com o mundo dividido entre nações capitalistas e socialistas (na qual cada uma delas buscava captar influências em uma briga ideológica e política), foi criada a Organização das Nações Unidas. A ONU assumia um discurso no qual propagava a defesa dos direitos fundamentais do ser humano, a garantia da paz mundial e contrária a qualquer conflito armado, e busca de mecanismos que promovessem o progresso social das nações e a criação de condições que mantivessem a justiça e o direito internacional (REZENDE, 2007).

Quando os diplomatas se reuniram em São Francisco para constituir as Nações Unidas em 1945, um dos temas de debate foi o estabelecimento da Organização Mundial de Saúde. No mês de julho de 1946, 61 Estados Nacionais formaram a Constituição da OMS. O documento consta de um preâmbulo de 19 capítulos com 82 artigos, como carta básica da Organização, estabelecendo o objetivo geral e as estruturas central e regional, além de definir sua condição jurídica e estipular relações de cooperação entre as Nações Unidas e outras entidades. A OMS entrou em vigor em 7 de abril de 1948. Em junho de 1948, delegados procedentes de 53 dos 55 estados membros originais da OMS celebraram a primeira assembléia mundial da saúde (LIMA, 1999).

A OMS foi criada como uma agência específica das Organizações das Nações Unidas. O objetivo da OMS é definido como a obtenção, por todos os povos, do nível de saúde mais alto possível, com a saúde sendo definida como um completo estado de bem-estar físico, mental e social. A OMS, após a sua criação, teve como primeiro objetivo fazer com que as organizações de saúde já existentes (como as organizações sanitárias internacionais) fossem substituídas ou absorvidas pela OMS (OMS, 2008). Na América Latina uma organização despontava desde o início do século XX como importante ícone no âmbito da saúde: a Comissão Sanitária Pan-Americana que, posteriormente, ao se integrar a OMS, foi denominada de OPAS. Esta última não é somente considerada o mais antigo organismo de cooperação na área de saúde, mas também uma das primeiras instituições de cooperação internacional. Em suas origens, a OPAS tinha o papel de coibir as doenças

transmissíveis, notadamente a febre amarela e a peste bubônica, de grande circulação entre os portos e a adoção de uma base comum para o desenvolvimento da agenda de problemas e da adoção de políticas de saúde, particularmente nos países da América Latina e Caribe (LIMA, 1999).

Segundo Lima (1999), ao longo do período que se estende da criação da OPAS até 1947, pode-se afirmar que dois elementos foram os mais relevantes em sua relação com os países que a integram: a difusão de idéias científicas e relacionadas a ações de saúde – principalmente por meio das conferências sanitárias Pan-Americanas e a proposta de regulação da notificação e formas de combate às doenças suscetíveis de serem transmitidas a seres humanos.

Não foi simples o estabelecimento do papel a ser desempenhado e a garantia de alguma autonomia de ação à OPAS, em contraste com o seu exíguo orçamento quando comparado ao da OMS, pesou efetivamente na negociação entre as duas entidades. Em julho de 1948, durante a segunda assembléia mundial de saúde, firmou-se acordo entre o diretor geral da OMS, Brock Chisholm e Fred Soper, diretor da OPAS, pelo qual esse organismo, sem perda de sua identidade, converteu-se em Oficina Regional para as Américas da OMS. No plano das novas relações OMS/OPAS, o tema prioritário para acoplar a OPAS a OMS foi a sustentação financeira da organização, diante de um orçamento historicamente reduzido ostentado pela OPAS e também das novas relações que se estabeleciam com o governo dos Estados Unidos (LIMA, 1999). Por incentivos financeiros, e pressão dos Estados Unidos, a OPAS adere a oferta de tornar-se uma organização dentro de um outro organismo maior que era a OMS.

Assim, a OPAS deixa de ser uma agência independente para se aliar a OMS, atuando especificamente na América Latina. Em termos do quadro internacional, a região das Américas experimentou grande expansão econômica de fins da década de 1950 até meados da década de 1970, quando os efeitos da crise mundial trouxeram importantes resultados adversos, com altas taxas de inflação e redução do ritmo de crescimento. Vale destacar que o período foi denominado de Guerra Fria marcado pelo impacto no continente americano da Revolução Cubana. Isso desencadeava uma briga ideológica dentro do continente americano em que de um

lado tínhamos os EUA propagador da ideologia capitalista e de outro Cuba o único país do continente americano socialista. Essa briga ideológica fazia com que em os EUA adotassem estratégias para a manutenção de sua hegemonia continental e fizesse, por exemplo, programas de ajuda bilateral aos países da América Latina (HOBSBAWM, 1995).

Um importante programa americano de ajuda bilateral para países da América Latina foi implementado no período de 1961 – 1974, em grande medida motivado pela Revolução Cubana de 1959 e pela repercussão política deste processo em outros países da América Latina. Trata-se do programa conhecido como Aliança para o Progresso, que foi apresentado no Uruguai, em agosto de 1961, pelo então presidente dos EUA (John Kennedy) e ratificado na carta de Punta Del Este consistindo em um tratado envolvendo o então presidente dos EUA John Kennedy e os dezenove países latino-americanos, excluindo Cuba. A semelhança do plano Marshall na Europa, a “Aliança” tinha como objetivo promover o desenvolvimento da América Latina. Contudo, a despeito dos proclamados propósitos, documentos da época atestam, inequivocamente, que o acento do programa era a estabilidade e a segurança da região. A invenção do desenvolvimento estava relacionada à Guerra Fria, inscrevendo o Terceiro Mundo no campo da batalha ideológica das grandes potências. As operações da Aliança encerram-se em 1974, quando o perigo comunista já parecia estar afastado, interrompendo-se, então, o suporte financeiro (LIMA, 1999).

A crise financeira internacional e a crise da dívida externa, que assolou os países periféricos nos anos 1980, decorrente da associação dos “choques do petróleo” de 1973 e 1979 e da postura unilateral dos Estados Unidos em aumentar os seus juros (com a conseqüente valorização do dólar e aumento das dívidas dos países periféricos), contribuíram para que o Banco Mundial assumisse um papel intermediador entre os credores internacionais e os países devedores. Redefinia-se a sua política de empréstimos que antes se limitava ao financiamento de projetos, para outras formas que possibilitassem desembolsos mais rápidos, ou seja, os programas de ajuste estrutural e os projetos para setores específicos. Tais programas e projetos contribuiriam para os processos de renegociação e pagamento da dívida externa e para a redefinição de políticas nacionais. O Banco Mundial

avaliava que os acordos de empréstimos de caráter mais abrangentes teriam maior repercussão e efeitos mais amplos no redirecionamento do padrão de desenvolvimento econômico dos países periféricos (RIZZOTTO, 2000).

A origem dos empréstimos setoriais como para a área da saúde e de ajuste estrutural tem sido relacionada a revisão crítica, por parte do Banco Mundial, do padrão de desenvolvimento industrial adotado pelos países latino-americanos. O Banco acredita que uma excessiva proteção foi mantida presente no decorrer do processo de substituição de importações desencadeado nestas economias, implicando ineficiente alocação de recursos e perda de competitividade internacional dos produtos industriais. Assim, foi idealizada uma política de condicionalidades que atuaria no curto prazo, em um reordenamento da estrutura produtiva destes países (RIZZOTTO, 2000).

Entretanto, o que aparentemente emanava como uma ampla possibilidade de ajuda aos países latinos para o bom reordenamento de sua máquina produtiva mediante o financiamento de projetos, programas e conferências pelo Banco Mundial, na essência não tinha como objetivo contribuir para o desenvolvimento econômico e social de países periféricos, conforme postulam seus discursos, mas sim, através de acordos de empréstimos e das condicionalidades que os acompanham, influenciar as políticas nacionais desse setor. Defende o BM a redução do papel e a participação do Estado na oferta de serviços, como por exemplo, na área de saúde, implementando projetos e programas que focalizam e direcionam as ações públicas para as populações mais pobres, ao mesmo tempo em que promove a ampliação e a participação do setor privado, neste promissor mercado para a expansão do capital (RIZZOTTO, 2000).

Segundo Rizzotto (2000), em âmbito geral, as propostas do Banco Mundial para o setor saúde dos países periféricos, além de pretenderem ajudar no processo de estabilização política e econômica desses e de servirem como instrumentos para humanização do Banco, articulam-se com questões estratégicas voltadas para a segurança interna e externa dos países centrais e para a organização do mundo capitalista.

Rizzotto (2000) argumenta também que, embora em documentos do Banco Mundial nunca tenham sido explicitadas de forma sistematizada, as bases conceituais que fundamentam as suas ações (dando a impressão de uma aparente liberdade teórica e ideológica), é possível, através da análise de pronunciamentos oficiais e de trabalhos realizados por seus técnicos ou consultores, identificar os referenciais teóricos que orientam e orientaram essa instituição. Mesmo não existindo um marco conceitual manifesto, todas as gestões administrativas do Banco, pautaram suas ações num pressuposto básico: o desenvolvimento. A lógica que sustentaria a atitude do Banco em disponibilizar recursos para induzir o crescimento e o desenvolvimento dos países que não se desenvolveram naturalmente, fundamenta-se no pressuposto de que o fator escasso nestes países seria o capital, fundamental para estimular a utilização plena dos fatores de produção, potencialmente existentes neles.

Assim, com esse discurso que na aparência preconizava o desenvolvimento dos países do Terceiro Mundo, a partir da década de 70 do século XX, o Banco Mundial na gestão de MC Namara inicia um processo de financiamento de propostas não mais ligadas apenas a infra-estrutura, mas ao suporte financeiro a políticas sociais como necessárias ao alcance do tão sonhado desenvolvimento econômico para os países do terceiro mundo (RIZZOTTO, 2000). Há um incentivo financeiro do banco ao patrocinar, juntamente com a OMS e a OPAS e o apoio de outros organismos internacionais, a disseminação de preceitos instituídos em uma série de conferências internacionais de saúde. Essas conferências trarão a tona a intersectorialidade.

A discussão acerca da intersectorialidade emerge a partir da conferência internacional de Alma-Ata. Esta conferência enfatiza que a **saúde constitui um estado de completo bem-estar físico, mental e social**, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1978). No interior desse conceito está a crítica que se disseminava sobre o entendimento da saúde estritamente atrelado a conceitos biológicos e a necessidade de ruptura com a perspectiva *pausteriana*. Além do conceito de saúde ratificado nessa declaração, outro conceito passa a ser

priorizado como a chave para a resolução dos problemas de saúde em âmbito mundial: o de cuidados primários em saúde⁷.

A Conferência de Alma-Ata enfatiza ainda que a realização desse conceito de saúde e a disseminação dos cuidados primários em saúde para as populações mundiais, não poderiam ser atingidos se a discussão e a operacionalização das ações se mantivessem intrínsecas ao setor saúde. Os cuidados primários em saúde propagados por tal conferência envolveriam além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário como a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores (OMS, 1978).

É a partir desse pensamento que é propagada nessa conferência a necessidade da **ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde** visando ao contínuo desenvolvimento econômico, social e a redução das lacunas existentes entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e dos subdesenvolvidos. Ademais, os dirigentes dos países são clamados a mobilizarem os recursos existentes em seu território e utilizarem racionalmente os recursos externos disponíveis bem como a elaborarem estratégias para a sua operacionalização. Acreditava-se que com a propagação da atenção primária o objetivo da conferência seria atingido: a saúde para todos no ano 2000 (OMS, 1978).

Em detrimento de todas as intenções contidas nas linhas que em conjunto formam a declaração de Alma-Ata, não poderíamos deixar de explicitar a conjuntura histórica que permeia essa declaração. A disputa ideológica acirrada entre as duas potências a época: Estados Unidos e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas na denominada Guerra Fria, fez com que o mundo fosse segmentado em torno desses

⁷ Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito da autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto no sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.1).

dois países e de suas alianças. A corrida armamentista ostentada pelos mesmos acarretou um cenário de incertezas em torno da possibilidade da eclosão de uma terceira guerra mundial (FARIA, 1991). Nesse sentido, a declaração de Alma-Ata explicita em seus preceitos a necessidade da paz mundial para a obtenção da saúde para todos, além de enfatizar a necessidade de se gastar melhor os recursos mundiais, por exemplo, revertendo os gastos com armamento e conflitos militares em ações voltadas para o desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários em saúde mereceriam uma parcela adequada⁸ (OMS, 1978).

Outro aspecto detentor de atenção nessa conferência refere-se ao posicionamento de que para os países considerados subdesenvolvidos conseguirem atingir o sonhado desenvolvimento, a estratégia da adoção dos cuidados primários em saúde contribuiria significativamente para tal conquista. Essa segregação entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos notadamente disseminada pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe⁹ (CEPAL) a partir da década de 1950, enfatizava a importância de seguir determinadas diretrizes econômicas e sociais por parte dos países considerados subdesenvolvidos (WANDERLEY, 1998). E, se as mesmas fossem seguidas à risca em um determinado espaço de tempo, as nações subdesenvolvidas se equiparariam aos países desenvolvidos. Essa diretriz proposta por esses organismos internacionais trazia em sua essência a necessidade da manutenção de controle por parte dos países desenvolvidos visando a manutenção da hegemonia americana e da manutenção do sistema capitalista sob o controle dos centros detentores de hegemonia financeira e política em um mundo ainda sustentado pela guerra ideológica entre as duas grandes potências: Estados Unidos e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (WANDERLEY, 1998).

Vale mencionar ainda a não observância das discrepâncias existentes entre os países, que são postos em patamares de igualdade em termos, por exemplo, de aparato administrativo/setores. É notório que países detentores a época de *Welfare States* estruturadores de políticas sociais expansivas não poderiam se equiparar a nações como, por exemplo, o Brasil, que sequer possuía universalidade no acesso a

⁸No Congresso Mundial de Saúde Pública na Turquia, pesquisadores demonstraram a ausência desse item nas metas do milênio. Por outro lado, demonstraram a correlação entre aumento de verbas para os Exércitos e a redução de recursos para a saúde.

⁹Vale destacar que a CEPAL também se constitui em uma agência atrelada a ONU.

serviços de saúde, ostentava alto índice de analfabetismo, desemprego e uma máquina administrativa e burocrática ligada aos interesses da autocracia burguesa. Ademais, alguns setores possuíam maior investimento por parte dos governos militares (seguindo interesses clientelistas) enquanto outros funcionavam com poucos recursos.

Nesse contexto, não poderíamos equiparar nações que ostentavam frágeis sistemas de proteção social (como o Brasil), a países detentores de Estados fortes em termos do usufruto de políticas sociais por parte da população. Acreditamos que é indiscutível a relevância de práticas pautadas na atenção primária a saúde. Porém, a estratégia da intersectorialidade ou da articulação entre os setores (saúde, educação, agricultura) como uma das fórmulas para atingir a saúde para todos em um contexto como o brasileiro tornar-se-ia naquela periodicidade (final da década de 1970) mais uma estratégia utópica, descontextualizada da realidade brasileira apreendida de forma vertical. Mas, por outro lado, a proposição trazia um outro elemento para o debate – a necessidade de articulação entre diferentes setores como via para fortalecimento ou alcance de determinados objetivos.

Tendo em vista essas considerações, se fizermos uma analogia histórica, a intersectorialidade passa a ser discutida com maior ênfase a partir do final da década de 1970, momento em que as sociedades capitalistas, após os chamados 30 anos gloriosos do *Welfare State*, passam a sofrer os abalos do avanço do ideário neoliberal visando a superar uma das crises do sistema capitalista e impedir a queda tendencial da taxa de lucros (MOTA, 2005).

Parte-se do ideário de que a articulação entre os diversos setores para a resolução de problemas complexos aumentaria também a possibilidade da diminuição dos custos operacionais, além da ênfase nas ações ser colocada na atenção primária em saúde em detrimento de ações que exijam maior complexidade e, conseqüentemente, maior demanda por recursos financeiros.

No que diz respeito à atenção primária em saúde considera-se que esta é, ao mesmo tempo, um reflexo e uma conseqüência das condições econômicas e

características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades. Inclui a participação de todos os setores e campos de atividade conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores (DOMINGUES, 2006).

Em âmbito internacional, o ideário contido na Declaração de Alma-Ata se dissemina e, em 1986, em resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública culmina na Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde¹⁰, realizada em Ottawa (Canadá). As discussões obtidas nessa conferência foram baseadas na declaração de Alma-Ata e no debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais visualizadas como necessárias para o setor saúde e o foco principal da conferência está pautado na defesa da promoção da saúde (OMS, 1986).

De acordo com essa conferência, as ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia (OMS, 1986).

Parte-se do pressuposto que pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. A promoção da saúde demanda uma **ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia**. Coloca-se, também, que

¹⁰ Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986, p.1).

os dirigentes dos diversos setores devem estar atentos para as conseqüências que suas decisões podem ocasionar na saúde das pessoas. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Estas últimas devem desenvolver-se com os recursos materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social no sentido do trabalho conjunto, almejando a conquista de um elevado nível de saúde (OMS, 1986).

Nota-se nessa conferência a percepção do conceito de saúde em uma perspectiva em que cada um individualmente deverá realizar o seu potencial de saúde; esquece-se de vincular a saúde em uma dimensão que englobe a coletividade e os processos que envolvem o adoecer das populações. Ademais, pode-se inferir o entendimento da sociedade como constitutiva de entidades organicamente articuladas como indivíduo, famílias e comunidades em que cada um desempenharia um papel de solidariedade em prol da conquista da saúde de todos. Os laços de comunidade passam a compor a idéia da “boa sociedade” como ordenadora das relações sociais, em tensão com seus fundamentos históricos concretos. Assim, a conferência de Ottawa resgata a idéia de solidariedade entre os indivíduos nas comunidades como matriz analítica da sociedade capitalista quando a mesma já deixou de ter contrapartida histórica, isto é, quando a sociedade encontra-se estruturada não mais segundo os princípios das relações comunitárias, mas conforme os parâmetros da racionalidade burguesa da reprodução do capital (IAMAMOTTO, 1994).

Após dois anos da realização da Conferência de Ottawa, foi realizada a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na cidade de Adelaide, Austrália. O tema central dessa conferência foi as políticas públicas saudáveis¹¹. A conferência ratifica que a saúde é ao mesmo tempo um direito fundamental e um sólido investimento social. Assim, os governos devem investir recursos em **políticas públicas saudáveis** que envolvam **práticas intersetoriais** entre setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação. Destaca ainda que as recomendações contidas na conferência somente terão materialidade se os governos estabelecerem ações concretas nos níveis nacional,

¹¹ As políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. O principal propósito de uma política saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. Para tanto, a preocupação deve estar voltada para a criação de ambientes físicos comprometidos com a saúde (OMS, 1988).

regional e local com uma periódica avaliação do impacto destas políticas saudáveis (OMS, 1988).

A proposta de cidades saudáveis dissemina-se no período pós-1980, concomitantemente ao aprofundamento do processo de globalização e abertura econômica. Entre os impactos a se destacar na gestão pública, advindos deste processo, menciona-se o enfraquecimento dos Estados Nacionais – por instâncias de caráter supranacional de tipo político-econômico, como os mercados regionais, a Organização Mundial do Comércio (OMC) ou até mesmo pelas próprias empresas, em especial as que realizam transações financeiras em âmbito global. Na outra “ponta” desse processo tem-se um movimento de fragmentação ou de localismo, destacando o papel da região (muitas vezes em oposição à idéia de nação), fortalecendo as instâncias locais de poder e concretizando a tendência à descentralização (DOMINGUES, 2006).

Essa proposta por cidades saudáveis preconiza ainda que cada cidade deve buscar soluções para os seus problemas nos mais diversos setores e trabalhar com os recursos existentes na comunidade, privilegiando as ações ofertadas em conjunto com as organizações não-governamentais, sociedade civil, empresariado e poder público. Cabe aqui toda uma crítica em termos dessa proposta que visualiza os problemas sociais, ambientais e políticos como inerente a determinadas localidades tendo essas à responsabilidade de conter tanto as causas quanto às conseqüências de seus problemas (SOARES, 2003).

Em uma análise ampliada, identifica-se que a crise nas cidades está relacionada com a crise do sistema capitalista. Por exemplo, a forma como a descentralização foi incorporada na agenda dos governos implicou na transferência de responsabilidades para as cidades sem a contrapartida de recursos necessários. Ao considerar equivocadamente que os problemas estão particularizados nas cidades perde-se de vista que, na verdade, fazem parte de um contexto amplo de crise do capitalismo que desencadeia uma série de desequilíbrios econômicos e sociais, bem como desigualdades na distribuição de renda e riqueza percebidas desde os primórdios desse modo de produção (BEHRING, 2002).

Nesse contexto, distancia-se do conceito de intersectorialidade como a integração entre os setores e saberes para melhorar as condições de vida e atendimento da população e utiliza-se desse princípio como argumento visando à permanência do processo perverso de descentralização centrado nos localismos com a contenção de despesas públicas e transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil, denotando toda a barbárie do ideário neoliberal transferindo para o local um problema que é global (SOARES, 2003). Vale destacar que não estamos aqui questionando o âmbito local como desprovido de problemas com potencial de propor alternativas pontuais, o que estamos ratificando é que o ideário neoliberal utiliza um discurso de valorização do local pautado na solidariedade das comunidades visando a redução do papel do Estado no âmbito das políticas sociais.

Nessa mesma perspectiva, a da criação de ambientes favoráveis a saúde foi o tema central da Terceira conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Sundsvall na Suécia em junho de 1991. A conferência retoma a bandeira de luta das conferências anteriores: saúde para todos no ano 2000 e convoca os dirigentes políticos para a ação em favor a esse objetivo. **As ações intersectoriais** aparecem como condição para o enfrentamento da pobreza, migrações, aumento populacional, degradação ambiental e devem envolver, predominantemente, setores como educação, transporte, habitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura. As ações devem ter diferentes dimensões (física, social, espiritual, econômica e política) e precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções sustentáveis (OMS, 1991).

Em detrimento da ocorrência dessas conferências internacionais, percebe-se o pouco delineamento dado as peculiaridades intrínsecas aos países considerados por essas agências como subdesenvolvidos. As mesmas relatam a importância desses países adotarem as prerrogativas contidas nessas conferências visando à obtenção da saúde para todos no ano 2000 e o alcance do almejado desenvolvimento. Sabe-se também que os organismos internacionais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento, ou Banco Mundial (BIRD), constituíam órgãos participantes dessas conferências, seja como organizadores (no caso da UNICEF – Conferência

de Alma-Ata) seja como entidade fornecedora de subsídios financeiros em forma de empréstimos para os países considerados subdesenvolvidos (caso do BIRD). Evidencia-se também que para a concessão de tais recursos, esses países deveriam seguir determinadas proposições defendidas por esses órgãos para um melhor ajuste nos programas e sistemas de saúde. Essa situação gerou a necessidade por parte dos países considerados em desenvolvimento, de realizarem uma conferência a fim de discutir a situação vivenciada por eles em termos sociais, econômicos e de saúde. Assim, foi realizada em Santafé de Bogotá no ano de 1992 a primeira conferência na América Latina de Promoção da Saúde (OPAS, 1992). Vale destacar que nessa periodicidade (década de 1990) os países latino-americanos passam a receber, sob a forma de pacotes de ajuste, uma série de determinações que condicionava suas ações a determinadas prerrogativas propostas por organismos internacionais delineados pela ideologia neoliberal. Isso proporcionou o desmantelamento e o arrefecer das políticas sociais deteriorando ainda mais a situação alarmante de miséria que se encontrava a América Latina (SOARES, 2003).

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde da Colômbia e da OPAS, contou com representantes de 21 países, entre eles, o Brasil. Segundo a declaração oriunda dessa conferência, a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. Além disso, nessa conferência é delineada a situação de iniquidade em que se encontra a região da América Latina ao mesmo tempo em que se elencam as políticas de ajuste macroeconômico como responsáveis pela deterioração das condições de vida da maioria da população, aliado ao aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Nessa conjuntura, relatam a dificuldade de enfrentar e resolver estes problemas e alcançar um objetivo ratificado desde a conferência de Alma-Ata e que perpassou todas as conferências de promoção da saúde: a saúde para todos no ano 2000 (OPAS, 1992).

Na primeira conferência realizada na América Latina são assumidos diversos compromissos entre os países presentes. Entre eles, dois se relacionam mais

diretamente às ações intersetoriais (DOMINGUES, 2006). O primeiro deles enfatiza a necessidade de afinar mecanismos de concentração e negociação entre os setores sociais e institucionais para levar a cabo atividades de promoção da saúde, visando avançar até alcançar o bem-estar físico, social e mental das populações mundiais, propiciando a transferência de recursos de investimento social às organizações da sociedade civil¹². O segundo deles ratifica ser de relevância o fortalecimento da capacidade do setor mobilizar recursos para a produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e seus efeitos sobre a saúde (DOMINGUES, 2006).

Na declaração de Jacarta, resultado da IV Conferência Internacional para a Promoção da Saúde ocorrida na Indonésia em 1997 – após quase vinte anos da declaração de Alma-Ata –, pôs em foco um desafio importante: derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, entre organizações governamentais e não-governamentais e entre setores público e privado. A promoção da saúde requer parcerias para o desenvolvimento social e da saúde entre os diferentes setores. Para tanto, deve-se criar incentivos para influenciar as ações de organizações governamentais e não-governamentais, instituições educacionais e o setor privado a fim de assegurar que a mobilização de recursos para a promoção da saúde seja maximizada. Uma parte essencial desse papel é dado a Organização Mundial de Saúde (OMS) – exortar as organizações governamentais e não-governamentais, bancos de desenvolvimento, agências da Organização das Nações Unidas (ONU), órgãos interregionais, agências bilaterais, sindicatos e cooperativas, assim como o setor privado, a promover as ações de prioridade para a promoção da saúde.

A partir da leitura dessa declaração, percebe-se o entendimento de um relacionamento harmônico entre os diferentes setores: Organizações não-governamentais, iniciativa privada, e setor público como se os mesmos fossem dotados de interesses desprovidos de antagonismos em que todos trabalhariam em prol da promoção da saúde sem nenhuma outra intencionalidade, fato inexistente em uma sociedade marcada pela contradição entre as classes sociais, como a capitalista.

¹² Vale aqui questionar que conceito de sociedade civil esse documento defende.

A última conferência internacional de promoção da saúde realizada até a presente data ocorreu em 2005 em Bangkok, na Tailândia em 2005. No final da mesma foi formulada uma carta identificando compromissos e promessas para abordar os determinantes da saúde em um mundo “globalizado”. Segundo esse documento, a globalização abre novas oportunidades de cooperação para a melhoria da saúde e redução dos riscos transnacionais mediante mecanismos mais eficientes de troca de experiências. Reforça ainda a necessidade de construir parcerias e alianças com organizações públicas, privadas, não-governamentais e sociedade civil com o objetivo de criar ações sustentáveis mediante o fomento de ações articuladas (intersetoriais) entre os mesmos (OMS, 2005).

No que diz respeito especificamente à eficiência da globalização, concordamos com Soares (2003), quando essa autora aborda a globalização mundial como uma justificativa para a eclosão de um rearranjo da hierarquia das relações econômicas e políticas internacionais, feito sob a égide de uma doutrina neoliberal, gestada no centro financeiro e político do mundo capitalista. Reafirmo também suas considerações a respeito de que a globalização não tem contribuído principalmente nos países considerados subdesenvolvidos para melhorias na vivência dessas populações, mas para o surgimento de novas condições de pobreza e generalização da precariedade e da insegurança em vastos setores sociais, entre eles, o setor saúde.

Por fim é possível apreender dessas conferências internacionais que a saúde para todos no ano 2000¹³ (como esperado) pode ser considerada uma meta utópica em um contexto restritivo às políticas sociais de caráter redistributivo. Os processos históricos desencadeados desde a conferência de Alma-Ata propiciaram modificações notórias no interior do sistema capitalista de produção e hoje vivenciamos o arrefecer das políticas sociais mediante o avanço do ideário neoliberal com o agravamento das antigas situações de pobreza, bem como o surgimento de novas situações denominadas de precarização, vulnerabilidade, instabilidade e violência (SOARES, 2003). Nesse contexto, a saúde para todos permanece como um desafio e a estratégia da intersectorialidade enfatizada nessas

¹³ E, mais recentemente, a construção das metas do Milênio (2000 – 2015).

conferências continua sendo problematizada, seja por meio de livros, textos que fazem menção a ela, ou pela visibilidade ostentada pela mesma em políticas governamentais. Por outro lado, as metas não alcançadas da “Saúde Para Todos no ano 2000” permanecem no debate atual, mobilizando autores de diferentes matizes teóricas. Como questão, a saúde para todos (no argumento de alguns) e a saúde para o maior número possível (para outros) permanece aquecendo o debate. E, mediando esse debate, a intersectorialidade.

Iluminados por esses aspectos inscritos no interior das conferências internacionais de saúde, cabe agora trazer o debate (e seus reflexos) para o contexto brasileiro. Entretanto, para realizar esse debate devemos não apenas nos remeter a intersectorialidade como se a mesma pudesse ser explicada por si mesma, mas apreendê-la no interior na política de saúde brasileira visando a compreender o processo histórico ao qual a política de saúde foi configurada e no interior da mesma como a intersectorialidade foi inserida.

4. O Processo de Construção da Política de Saúde e a lenta (des)construção da intersectorialidade.

*Se as coisas são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!
Mário Quintana*

Nosso objetivo nessa seção é evidenciar como a intersectorialidade foi inserida no debate da construção da política de saúde brasileira. Para tanto, como todo fenômeno cultural, social ou político é histórico, e somente pode ser compreendido através da sua historicidade (LÖWY, 1988). Por isso, não poderíamos deixar de resgatar a historicidade da política de saúde brasileira na perspectiva da totalidade. Pensar a intersectorialidade é resgatar também acontecimentos sociais, políticos e econômicos que marcaram a política de saúde brasileira e, conseqüentemente, a discussão ou não da intersectorialidade em determinados momentos históricos tendo como *locus* o debate construído pelo Movimento pela Reforma Sanitária como sujeito político transformador da política de saúde.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 estabeleceu um arcabouço jurídico institucional que outorgou legitimidade a reivindicações clamadas por movimentos sociais sedentos pela estruturação de um novo modelo de política a ser posto como diretriz norteadora das ações em saúde (SILVA, 2004). Essa carta magna promoveu uma ruptura legal com o modelo instituído desde a década de 1930, responsável pela dicotomia existente entre as responsabilidades atribuídas ao Ministério da Saúde pelo combate às epidemias; e a assistência médica como atribuição das instituições previdenciárias (SILVA, 2004). Essa ruptura ratificou-se com a política de saúde instituída com a constituição.

No entanto, para entendermos o porquê das modificações oriundas no que diz respeito à política de saúde brasileira, e como a intersetorialidade esteve (e está) inserida nesse processo, não podemos nos desvencilhar dos processos históricos que concorreram para a instituição dessa política sendo esses regrados por influências oriundas de transformações econômicas, socioculturais e políticas vivenciadas pelos brasileiros (MENDES, 1999).

Almejando evitar reducionismos posto que, ao abordar a magnitude e complexidade das políticas de atenção à saúde historicamente adotadas pelo Brasil em poucas páginas, corre-se o risco de desvencilhar das suas peculiaridades, faremos um recorte temporal focando nossa atenção à política de saúde ostentada pelo Brasil a partir da década de 60 do século XX. Tal recorte justifica-se, pois é o momento em que o sistema médico assistencial privatista configura-se como hegemônico a partir da promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e surgem os alicerces político-ideológicos para a emergência do movimento pela reforma sanitária; impulsionador da instituição da política de saúde hoje vigente (VENÂNCIO, 2001). Além disso, esse período também compreende o momento em que a intersetorialidade entra na pauta de discussão no âmbito da política de saúde brasileira a partir da 7ª Conferência Nacional de Saúde.

O início da década de 1960 foi marcado por insatisfações populares (SILVA, 2004). A sociedade brasileira atingira considerável grau de industrialização e urbanização ao passo que as políticas públicas destinadas a mediar às contradições existentes entre o trabalho e o capital não conseguiam satisfazer as demandas mínimas da

população brasileira (CARVALHO, 2001). Nestas condições, a população clamava por mudanças estruturais e a área da saúde constituía mais uma das reivindicações populares que rogavam mudanças (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001). Nesse contexto de turbulência, tem-se a concretização do golpe militar de 1964, que centraliza fortemente o poder na esfera do governo federal almejando a manutenção da “segurança nacional”, sendo a política de saúde influenciada por esse sistema articulado em torno de um poder central ditatorial (ARRETCHE, 1999).

Segundo Paulo Netto (2007), a emergência da ditadura brasileira está relacionada a um contexto que transcendia as fronteiras do país, inscrevendo-se no que o autor denomina de “mosaico internacional” em que uma sucessão de golpes de Estado ocorridos em diversos países constituía apenas um sintoma de um processo de fundo. Este incluía as mutações desencadeadas na divisão internacional do trabalho e o incentivo dos centros capitalistas imperialistas (especialmente na década de sessenta do século XX) para a eclosão da contra-revolução preventiva em especial para os países do chamado Terceiro Mundo, onde se desenvolviam amplos movimentos de libertação nacional e social.

Assim, os golpes militares ou contra-revoluções preventivas, que na aparência discursiva se disseminavam como a única alternativa de manter o equilíbrio das nações contra os ideais considerados subversivos e retrógrados, na essência tinham como objetivos: adequar os padrões de desenvolvimento nacionais e de grupos de países ao novo quadro de inter-relacionamento econômico capitalista, marcado nesse período por um ritmo e uma profundidade maiores de internacionalização do capital; golpear e imobilizar os protagonistas sociopolíticos habilitados a resistir a esta reinserção no sistema capitalista; e dinamizar todas as tendências que podiam ser catalisadas contra a revolução e o socialismo (PAULO NETTO, 2007).

Para Sader (2003), o sistema democrático liberal vivenciado em 1964 no Brasil foi funcional ao processo de acumulação de capital. O arrocho salarial, a intervenção militar em todos os sindicatos, a repressão a todas as formas de organização popular serviu, além de reprimir a oposição política, para tornar possível o redirecionamento do grosso da produção – por parte das grandes empresas internacionais e nacionais para a alta esfera do consumo e para a exportação. A

reconcentração de capitais nas mãos do grande empresariado e essa política de bloqueio à capacidade de consumo e de reivindicação dos setores populares foram as alavancas que permitiram à economia brasileira entrar num novo ciclo de acumulação capitalista mediante a eclosão da contra-revolução preventiva. As consequências gerais dessa contra-revolução em países como o Brasil onde a mesma triunfou, puderam ser visualizadas com maior nitidez a partir da segunda metade da década de sessenta. Assim, a afirmação de um padrão de desenvolvimento econômico associado subalternamente aos interesses imperialistas, com uma nova integração, mais dependente, ao sistema capitalista; a articulação de estruturas políticas garantidoras da exclusão de protagonistas comprometidos com projetos nacional-populares e democráticos; e um discurso oficial anticomunista são considerados resultados desse processo (PAULO NETTO, 2007).

Defendendo na aparência um discurso pautado na ordem social dentro dos moldes capitalistas, e a construção de um país que se compararia as denominadas grandes potências, o Estado brasileiro buscava essencialmente a manutenção de uma estrutura em concomitância aos interesses militares e burgueses. Para tanto, atuava como estruturador e fomentador do desenvolvimento do capitalismo no Brasil mediante a massificação de seus gastos vinculados ao fomento da acumulação de capital, expandindo as atividades econômicas e protegendo o capital privado na maioria das vezes à custa de vultosos empréstimos internacionais (PAULO NETTO, 2007).

Para a manutenção desse processo de controle político e econômico vinculado aos interesses burgueses e militares, se fez necessário o aumento da centralização do poder político, obtida mediante a instauração de uma carta magna capaz de fornecer legitimidade ao regime instaurado. Assim, o Brasil passa a ostentar uma Constituição (de 1967) que congregava garantias individuais, políticas e sociais voltadas para a manutenção dos interesses da cúpula detentora do poder. Nesse sentido, apenas o governo central era possuidor de autoridade política própria. A

autonomia política dos governos locais foi reduzida, pois estes eram biônicos¹⁴ (indicados pela autoridade política militar central e não pelo voto).

No campo das políticas sociais, os governos autoritários da ditadura militar centralizavam essas políticas e não visualizavam as especificidades locais, além da notável fragmentação dessas (ARRETCHE, 1999). A política de saúde – como política social – durante o período ditatorial, não se manteve alheia ao direcionamento político e econômico delegado pela cúpula detentora do poder, apresentando peculiaridades que são intrínsecas a esse processo histórico vivenciado pela sociedade brasileira.

Para Oliveira (2007), a política de saúde sustentada durante a ditadura militar pode ser seccionada em duas grandes periodicidades: a primeira que engloba os meados dos anos de 1960 e se dissemina até metade da década de 70 do século XX; e a segunda vivenciada após a metade dos anos de 1970. Para essa autora, entre meados dos anos de 1960 e anos 70 registrou-se uma progressiva constituição, ao longo do “período mais fechado” do regime militar, do modelo médico assistencial privatista¹⁵, cujas principais características foram: o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista, especializada e hospitalocêntrica em detrimento da saúde pública, criação de um complexo médico industrial privado, orientado para a geração de lucro e centralização das ações e decisões relacionadas à área (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001).

Este modelo tem em sua base um tripé entre Estado (desenvolvendo determinadas ações de saúde pública e financiando o serviço prestado pelo setor privado); o capital nacional (prestador de serviços médicos e produtor de insumos); e o capital externo (fornecedor de fármacos e equipamentos). Desse modo, o sistema funcionava orientado pela lógica da acumulação capitalista do setor privado produtor, no caso, de serviços de saúde, de equipamentos médicos e hospitalares e

¹⁴São chamados de “Biônicos” os prefeitos e governadores que chegaram ao cargo por indicação do Regime Militar e não através do voto direto. Após o golpe militar de 1964 o país passou anos atrelado às decisões do governo federal - as eleições para governador dos estados e as prefeituras de grandes capitais tiveram seus prefeitos nomeados pelo governo militar. Não era apenas uma centralização legislativo-financeira, mas também uma centralização política.

¹⁵ Para maior aprofundamento sobre o modelo médico assistencial buscar Silva (2004).

de fármacos, de modo que se assistiu ao processo de “mercantilização da medicina” mediante a lógica privatista (CAJUEIRO, 2004).

Ademais, o modelo médico assistencial privatista seccionava a Saúde Pública da Assistência Médica Individual. A primeira ficava a cargo do Ministério da Saúde (responsável pelas ações de caráter coletivo) e, a segunda ficava essencialmente sob a égide do sistema de proteção social que cobria somente a parcela da população que a ele tem acesso mediante contribuição social, sendo que os serviços ofertados eram produzidos fundamentalmente pelo setor privado de saúde e comprados pelo Estado com recursos provenientes da Previdência Social. Cristaliza-se dessa forma a constituição de um setor privado da saúde que passa a ter seu mercado garantido pelo Estado por meio da política de seguro social, obedecendo a uma lógica eminentemente econômica, que se sobrepõe à dimensão de política social, seja como conquista dos trabalhadores a esses direitos sociais, seja como política social, pouco sensível às peculiaridades locais e compensatória das desigualdades sociais, expressando nessa política específica o caráter centralizado ostentado pela ditadura militar (SILVA, 2004).

Essa vocação centralizadora e de controle político auferida pelo regime militar pode ser exemplificada, no âmbito da política de saúde, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, em substituição aos antigos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) setoriais, atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado o papel de financiadores (BRAVO, 1996). Com a instituição do INPS, os programas de saúde desenvolvem-se com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política social as tendências da nova política econômica implantada (BRAVO, 1996).

Venâncio (2001) identifica a criação do INPS como fato paradigmático na conformação do modelo médico-assistencial privatista, que se configura e torna-se fortalecido tendo como alicerce o período do “milagre econômico” e a estabilidade autoritária associada à ação de atores, tais como a tecnoburocracia estatal, os prestadores de serviços e de bens médicos, aliados em anéis burocráticos, e a

contínua expansão da clientela previdenciária. Assim, a conformação desse órgão público (INPS) possibilitou a centralização dos institutos anteriormente desvinculados por categorias profissionais e a extensão dos benefícios da assistência médica aos trabalhadores formalmente empregados, vinculados pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) (SILVA, 2004). Nesse contexto, a assistência médica era fornecida mediante vínculo contributivo prevalecendo a lógica do seguro social, enquanto a população formalmente desempregada permanecia à mercê da caridade ou recorria a instituições e hospitais filantrópicos (BRAVO, 1996). Segundo Silva (2004), a conformação desse órgão (INPS) representava uma herança populista proveniente da Era Vargas, mediante a extensão da "cidadania regulada" pela via autoritária, utilizando como estratégia de intervenção para a sustentação do sistema ditatorial o binômio repressão-assistência. A política assistencial de saúde, mediante a instituição do INPS, é ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, além de possibilitar a eclosão de mecanismos visando a acumulação do capital (BRAVO, 1996). Essa ampliação da cobertura viria logo depois trazer para o escopo da previdência em 1971 os trabalhadores rurais através do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL) e também os empregados domésticos (1972) e os autônomos (1973) (BRAVO, 1996).

O regime autoritário, portanto, adotava uma postura que almejava ampliação da cobertura de atendimento médico por parte do Estado. Mas o fazia de uma forma extremamente centralizada, controlando rigidamente as políticas e os recursos, ao mesmo tempo em que criava as condições institucionais para a emergência e o desenvolvimento de um sistema de saúde privado (SILVA, 2004). É dessa forma que adquire grande importância o Plano de Pronta Ação (PPA), de 1974. Ao articular, através da sistemática de convênios com a rede privada, todos os serviços de assistência médica existentes, o PPA correspondeu à iniciativa mais expressiva de abrangência da cobertura para a clientela não-segurada e também o financiamento do sistema privado pelos cofres públicos (VENÂNCIO, 2001),

Essa "opção privatista" consolidou-se com a criação, em 1975, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que chegou a destinar ao setor privado, em 1977, 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área da saúde (SILVA, 2004). Ainda em 1977, com a reformulação do sistema previdenciário, instituiu-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), sendo separadas as partes dos benefícios e da assistência médica. Os primeiros ficam sob a responsabilidade do INPS e a segunda sob a responsabilidade do Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado em 1978 (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001).

Nesse contexto, a saúde sob a influência do modelo médico-hegemônico¹⁶, era visualizada como ausência de doença, em que a assistência baseava-se na cultura do hospital como *locus* ideal para o tratamento das enfermidades (PINHEIRO, 2001). Além disso, havia uma clivagem entre a assistência individual fornecida pela Previdência e a saúde pública – competência atribuída ao Ministério da Saúde, como se as mesmas fossem desvinculadas ou dotadas de singularidades que impediam a sua aproximação como macrossistema (MENDES, 1999).

O Brasil, vivenciando um regime político ditatorial, passava por uma crise de natureza política, institucional, financeira e ideológica e os recursos monetários estavam concentrados em poder dos militares e da tecnoburocracia, que os distribuía segundo interesses clientelistas (ARRETCHE, 1999). Em decorrência do esgotamento econômico e da crise política instaurada pelo regime imposto pela autocracia burguesa, pode-se perceber que no final da década de 1970, o Brasil vivenciava um processo de agitação política com a movimentação da sociedade civil a partir da qual despontam diversos movimentos sociais e entidades em variados âmbitos da vida social. Essas, apesar de possuírem diferenças em termos de direitos sociais, congregavam como sociedade civil organizada um ponto em comum: a oposição à ditadura militar e a defesa pela democratização do País (GERSCHMAN, 2004). Sader (2003) nos adverte que é necessário inscrever esse processo de aprofundamento e dependência econômica associado ao tipo de

¹⁶ O modelo médico-hegemônico é o que se disseminou com base no *Relatório Flexner* que analisou o ensino médico nos EUA em 1910, produzindo ampla reforma na formação médica, voltando-a para o campo de pesquisa biológica e a especialização sobre o corpo. A clínica flexneriana tornou-se hegemônica, influenciando a modelagem dos serviços de saúde, que passaram a operar por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico (MARTINS, 2002).

desenvolvimento construído entre o final dos anos 1960 e primeira metade dos anos 1970, pela ampliação de mecanismos de superexploração do trabalho – da terceirização ao trabalho precário, do trabalho doméstico ao trabalho infantil e semi-escravo –, caracterizando muito evidentemente a combinação da mais-valia relativa com a mais-valia absoluta. Isso propiciou a extensão direta da jornada de trabalho e o barateamento permanente da mesma. Esse contexto de exploração fortalecerá a politização da classe trabalhadora brasileira, principalmente localizada nos grandes centros urbanos e será ela uma das responsáveis pela quebra da “espinha dorsal” da política econômica de arrocho salarial da ditadura, com greves que obtiveram amplo apoio popular no final dos anos de 1970 (SADER, 2003).

Em termos econômicos e políticos, a ditadura militar se tornara insustentável tanto econômica quanto politicamente o que propiciou a emergência da abertura política. Foi de incumbência das Forças Armadas o papel de tutelar esse processo através da estratégia de abertura ‘lenta, segura e gradual’, pois se a mesma fosse realizada além do ‘razoável’, poderia colocar em questão o próprio papel e a relevância das mesmas, como os parâmetros de sociedade e Estado capitalista cuja sobrevivência foi justificadora da intervenção militar que culminou no golpe de 1964 (GERSCHMAN, 2004). Aliado a isso, em reuniões e apreciações dos integrantes da autocracia burguesa, era medido e ponderado o descontentamento da sociedade brasileira que se disseminava proporcionalmente à dimensão da crise financeira desencadeada no período do pós-milagre e às dificuldades de expressão política. À medida que as contradições começaram a tomar corpo dentro da própria autocracia burguesa, a sociedade ganha espaço e pressiona por mudanças políticas (GERSCHMAN, 2004).

É nesse contexto que os movimentos sociais vão apreendendo forças no Brasil. Esses passam a ser saudados como a contraface do Estado autoritário ou desagregador da crise brasileira. Suas reivindicações traziam conflitos e atores que reinventaram formas de espaços de luta e, coexistindo no espaço das ações coletivas, desvendaram um processo que se refere, intimamente, à existência de conflitos múltiplos cuja legitimidade forma a própria possibilidade de uma democracia real. Neste país, eles eram novos, em vários sentidos, sobretudo em sua demanda de direitos, dignidade e cidadania (PAOLI, 1994). Dentre esses

movimentos sociais, surgiram aqueles relacionados diretamente a área da saúde como o movimento pela redemocratização da saúde ou movimento pela reforma sanitária.

O movimento pela reforma sanitária como um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários articulados ou não, esteve vinculado ao redor de um projeto erigido em três dimensões práticas: a prática política que significava a necessidade de transformação nas relações sociais, a prática teórica com a construção de um saber abstrato que impulsionava a prática do movimento enquanto concreto pensado e, por fim, a prática ideológica entendida como a transformação da consciência dos sujeitos sociais rumo a construção de uma nova consciência sanitária. Essas três dimensões articuladas possibilitariam mudanças nas práticas de saúde e na sociedade brasileira. Entendia-se as práticas de saúde, nesse contexto, como um conjunto complexo de práticas presentes em um processo social que dispõe de elementos técnicos e sociais (econômicos, políticos e ideológicos), sendo, portanto, práticas estruturadas de classe. Muito mais que mudanças administrativas e técnicas no setor saúde, o movimento pela Reforma Sanitária vinculava-se a um ideário de luta política e de mudanças sociais mais amplas (PAIM, 1997).

O movimento pela Reforma Sanitária se propõe a incorporar em sua luta as demandas da sociedade como um todo, partindo da consideração de que as condições de precariedade existentes no âmbito da saúde estão submetidas as mesmas determinações que se responsabilizam pela debilidades não apenas vinculadas a saúde da população, mas de suas condições materiais gerais de sobrevivência. Esse entendimento de que as lutas políticas do setor saúde não poderiam permanecer apenas atreladas ao setor, mas deveriam extrapolá-lo, esteve presente no movimento como um processo de construção de hegemonia (FLEURY, 1997). Aparecia aí uma pista de que a intersectorialidade (mesmo que não nominada) aparecia na agenda do MRS.

O ideário do Movimento pela Reforma Sanitária está inserido em um contexto que preconizava mudanças societais e a conseqüente transformação no setor saúde fortemente marcado nessa conjuntura pelo modelo médico assistencial privatista.

Um amplo debate perpassou a sociedade como um todo, no qual a possibilidade de reverter as enormes desigualdades sociais e a pobreza se traduziram em propostas políticas que se concentraram na redefinição de políticas sociais. Estas foram vistas pelos partidos políticos de oposição como iniciadoras de um processo redistributivo de renda e um caminho para a universalização de benefícios sociais à população. Nesse contexto, inscreve-se o processo que culminou com a proposta da Reforma Sanitária fortemente influenciada pelo Movimento pela Reforma Sanitária (GERSCHMAN, 2004).

Em relação ao Movimento pela Reforma Sanitária alguns autores como Gerschman (2004) e Rodriguez Neto (2003) produziram análises muito interessantes e instigantes sobre a temática. Entretanto, apesar das aproximações em termos de construção teórica sobre o assunto, algumas divergências se fazem presentes, entre elas a demarcação de divisão ou não entre sujeitos políticos que constituíam tal movimento. Nessa perspectiva, para Gerschman (2004), o movimento pela reforma sanitária congregava sujeitos políticos que seccionariam o movimento em dois blocos: o do Movimento Popular em Saúde e o do Movimento Médico (GERSCHMAN, 2004), enquanto para Rodriguez Neto (2003), apesar de em alguns processos históricos o Movimento Sanitário apresentar divergências internas, não se pode dizer que houve 'racha' em seu interior.

Segundo Gerschman (2004), o Movimento Sanitário contava com a participação dos Movimentos Populares em Saúde e seu despontar esteve intimamente ligado às experiências das comunidades eclesiais de base da Igreja no Terceiro Mundo, que se expandiram por todo o país durante a década de 1970 (GERSCHMAN, 2004). A emergência do Movimento Popular em Saúde se desencadeia nos bairros pobres constituintes das periferias das cidades grandes e/ou favelas localizadas nos grandes centros urbano-industriais. A intensa migração rural-urbana observada no período levou o país a uma taxa de urbanização de 56% (contra 31% na década de 40). Do campo saíam contingentes crescentes de famílias para as cidades, consolidando fluxos migratórios importantes do nordeste para o sudeste (SADER, 2003). Esse crescimento acelerado correspondeu – até o início dos anos de 1980 – a um ciclo de crescimento econômico e expansão do emprego no setor formal. Para

Rolnik (2008) surgiu no cenário da cidade, uma espécie de cidade paralela – as favelas e periferias do país.

Os residentes dessas localidades (periferias e favelas) se aglutinam em torno das associações comunitárias almejando a organização popular em torno de reivindicações por melhorias nas condições de vivência, saneamento, postos de água, esgotos, moradia, transporte, etc (GERSCHMAN, 2004). Nessa periodicidade (década de 70 do século XX), em decorrência dessa organização estar voltada para a reivindicação de melhores condições de sobrevivência, o movimento popular em saúde vive o que Gerschman (2004) denominou de fase reivindicativa¹⁷.

Nesta fase, tem-se o início da formação desses movimentos que possibilitaram a criação de vínculos de solidariedade e de organização popular; assim a mesma constitui um momento inicial de composição do Movimento Popular em Saúde em torno de reivindicações pontuais. Atribuía-se ao Estado a responsabilidade pelas debilidades em termos de acesso a direitos sociais presenciadas nas comunidades como: a falta de assistência médica, postos de saúde, hospitais e, conseqüentemente, pela não-resolução de tais problemas. Vale mencionar que esse momento ostentado pelo Movimento Popular em Saúde não está desvinculado da agitação política presente na sociedade em busca de liberdades políticas, das manifestações contra a situação econômica brasileira e dos problemas sociais resultante do arrocho salarial e do esgotamento do modelo econômico vivenciado pelo regime autoritário (GERSCHMAN, 2004).

A efervescência política se disseminava no Brasil e se estendeu da década de 1970 até a década de 1980, com a reivindicação por eleições diretas por parte da sociedade civil. Nesse momento, evidencia-se a ocorrência de modificações no âmbito dos movimentos populares em saúde, que apesar de manterem os mesmos eixos reivindicativos, conseguiram sustentar uma maior articulação entre seus sujeitos políticos para a discussão de problemas comuns, fazer uma leitura política dos problemas sociais e propor uma atuação que interferisse nas soluções que o Estado viesse a prover. Esta fase é denominada por Gerschman (2004) de fase de

¹⁷ Ao utilizar aqui a divisão em fases (como proposta por Gerschman) é preciso destacar que esta se constitui como recurso didático e, portanto, cada fase não é um momento estanque, mas que se dá, com maior ou menor ênfase, em uma dada temporalidade.

politização do movimento popular em saúde. Houve nesse período uma ampla organização popular em torno das federações de associações de moradores nos âmbitos nacional e estadual que, mediante reuniões periódicas, elegiam seus direcionamentos e estruturavam sua organização em seções ou departamentos (de saúde, terras e moradia, educação, etc).

Além disso, essa segunda fase que (está imbricada na primeira), caracterizou-se pelo aumento da ação coletiva do movimento e atravessou os primeiros anos da década de 80 até o ano de 1986, quando as expectativas políticas desapareceram e a conjuntura adquiriu um nítido caráter de estagnação. Isso porque em 1986 o Brasil já ostentava um governo não mais dirigido por militares, mas um governo civil, porém os militares não se desvincularam totalmente da dirigência política como grande parte da sociedade civil desejava, o que propiciou um cenário de insatisfação. Aliado a isso, a inflação foi retomada, gerando descrédito quanto às possibilidades de mudança e abriu-se caminho para a desconfiança da população de que a ação e a mobilização política eram suficientes para propiciar mudanças na situação em que se encontrava a sociedade brasileira. Sader (2003) destaca que a nova carta magna, definida por Ulysses Guimarães (presidente da Assembléia Nacional Constituinte) como a “Constituição Cidadã” chocava-se com a tendência neoliberal – já dominante em 1988. Por outro lado, mesmo um governo moderado como o de José Sarney (1985-1990) – primeiro presidente civil desde 1964, eleito pelo voto indireto – teve como lema “tudo pelo social” – concebido de forma assistencialista e não como direito (conforme inscrito na constituição). E é nessa conjuntura que o Movimento Popular em Saúde passa para o que Gerschman (2004) denomina de terceira fase.

Esta é caracterizada pela autora como “fase de acesso a formas orgânicas da política” ou de “institucionalização” e relaciona-se à formação da Plenária Nacional de Saúde, movimento que teve importância central na formação das Plenárias Estaduais que, por sua vez, tiveram papel decisivo na elaboração da constituição de 1988. Entretanto, no momento em que o Movimento Popular em Saúde esteve mais próximo das decisões políticas substantivas, a ausência de maturidade para absorver a institucionalização como uma exigência do processo político no setor se traduziu em cisão interna. Isso se deu como resultado das diferenças ideológicas e

políticas no interior do movimento, que trouxe como conseqüência a falta de consenso na atuação do mesmo (GERSCHMAN, 2004).

As divergências ideológicas existentes no interior do movimento fizeram com que ele fosse segregado, durante o processo de institucionalização da política, em duas facções. Uma delas é considerada mais crítica e radical em sua visão de Estado, referindo-se a ele como um espaço exclusivo da classe dominante. Por isso, utiliza-se de um discurso anti-Estado, rejeitando qualquer ação do mesmo e considera que se houver medidas que favoreçam as classes mais pobres, terão por objetivo o controle da população. Busca por isso, uma ação mais autonomista e de distanciamento da máquina estatal. Já a outra facção, ainda que caracterize o Estado como domínio da burguesia, não acredita que este seja tão monolítico a ponto de não haver em seu interior fraturas pelas quais seja possível pressionar e negociar a obtenção de conquistas sociais em saúde (GERSCHMAN, 2004).

Assim, pode-se evidenciar que no interior do próprio Movimento Popular em Saúde, as orientações teóricas dos sujeitos políticos não são consensuais no que tange ao papel do Estado, perpassando de aportes teóricos estruturalistas que viam o Estado como “comitê da burguesia” sendo, portanto um aparelho que reproduz a ideologia da classe dominante a uma concepção de Estado ampliado.

O segundo bloco constituinte do movimento pela reforma sanitária elencado por Gerschman (2004) é o Movimento Médico. Sua composição engloba além dos sindicatos específicos dessa categoria, diversas entidades que, por sua vez, são caracterizadas por um alto grau de institucionalização (diferentemente do Movimento Popular em Saúde) e presença nos diversos âmbitos que se desenvolve a vida profissional do médico. Além disso, ostenta esse movimento certa homogeneidade de classe em sua composição e a relação com o Estado não constitui preocupação central à prática do mesmo, características que confere a esse movimento distinções importantes em termos comparativos ao Movimento Popular em Saúde (GERSCHMAN, 2004).

No que se refere a sua composição, o Movimento Médico foi multifacetado, incluindo as várias associações profissionais e uma relação orgânica dos seus membros na

defesa de interesses corporativos da classe média. Uma das preocupações centrais desse movimento foi estabelecer parâmetros que limitassem quaisquer interferências sobre o ofício da medicina, no sentido de garantir a prática liberal (mesmo sob condições de assalariamento). Para tanto, o Estado deveria garantir o pleno exercício da prática médica liberal, através da institucionalização das políticas de saúde. Paralelamente, tenta-se manter uma parte importante do poder nas mãos dos próprios médicos, a fim de impedir que o Estado interfira sobre o trabalho dos mesmos (GERSCHMAN, 2004).

Assim, o movimento médico buscou fomentar uma ação coletiva profundamente corporativa, com penetração importante nas entidades médicas do ideário neoliberal e cuja atuação teve como característica importante as sucessivas e inúmeras greves que afetaram profundamente o setor saúde. Nesse sentido, o sindicato dos médicos teve um papel essencialmente trabalhista, defendendo os interesses econômico-corporativos dos médicos, utilizando, como procedimento principal para o encaminhamento das reivindicações da classe, as greves no setor público da saúde. Aliado a isso, os Conselhos Regionais e Federal de Medicina tiveram um papel, sobretudo político, especialmente no que se refere à reformulação do Código de Ética Médica e à atuação dentro da Plenária Nacional de Saúde, para a elaboração do capítulo da saúde na Constituição de 1988 (GERSCHMAN, 2004).

Vale destacar ainda, que no período da transição à democracia, no final dos anos 1970, esse movimento foi marcado pela oposição política ao regime autoritário. Porém, não se pode averiguar um vínculo orgânico desse com os demais movimentos sociais que se disseminavam nesse período; a luta política travada pelo mesmo era eminentemente pela representação dos interesses da corporação médica (GERSCHMAN, 2004).

Isso posto, os anos seguintes que sucederam a década de 1970 apresentam traços singulares da atuação política da categoria, ocorrendo uma fragmentação do movimento no período de construção da institucionalidade democrática, à medida que as diferenças na inserção profissional dos médicos no mercado de trabalho se aprofundaram, em razão do crescimento dos seguros privados de saúde, além da

revitalização do ideário liberal ter ganho corpo para a categoria (GERSCHMAN, 2004).

Gerchman (2004) observa que isso trouxe como consequência a ausência de atuação política unívoca da corporação, concomitante ao crescimento da modalidade corporativa não-institucionalizada de representação de interesses de entidades médicas. Ademais, a relação entre inserção profissional e as modalidades de representação de interesses no cerne da categoria reflete, no caso dos assalariados e dos profissionais liberais, uma mudança de representação plural para corporativa, enquanto as outras modalidades de inserção profissional, à medida que passam a se constituir oposição política, adquirem uma forma de representação de interesses segmentados no interior de uma mesma categoria de classe (GERSCHMAN, 2004). Portanto, Gerchman (2004) busca retratar o movimento sanitário de modo a seccionar os diferentes sujeitos políticos aglutinados em tal movimento, retratando as divergências políticas e ideológicas ostentadas por um movimento social que, apesar de estar imbricado a uma política social específica – a política de saúde –, exerceu um papel fundamental nos processos históricos que concorreram para a redemocratização do Brasil e mudanças na política de saúde ostentada pela autocracia burguesa.

Ainda explorando os aspectos peculiares elencados nos textos que tratam do assunto, Rodriguez Neto (2003), mediante uma análise do movimento sanitário sob característica de descrição e depoimento (a partir da vivência pessoal como militante político do mesmo), não o divide em blocos. Demarca como característica do movimento sanitário o não-corporativismo, apesar do mesmo reunir, segundo esse autor, quase que somente profissionais de saúde. Além disso, apesar de ratificar a ocorrência de algumas fissuras no movimento em termos de divergências ideológicas durante o processo de institucionalização da política de saúde, defende a não existência de um 'racha' no movimento sanitário.

Para esse autor, o movimento sanitário busca a conquista objetiva de direitos sociais na perspectiva da cidadania não como o objetivo final (já que a cidadania no contexto do capitalismo não comporta a desagregação da ordem, do direito), mas como a possibilidade real do exercício da contra-hegemonia. Ratifica ainda, que o

declínio do sistema capitalista constituiria o fim e somente a partir dessa ruptura com o mesmo, a cidadania plena poderia ser alcançada pela sociedade. Nesse sentido, a saúde, apreendida como expressão individual e coletiva do sucesso do usufruto eqüânime das riquezas materiais e intelectuais (ciência e tecnologia) deixaria de ser algo **'setorial'** para ser o próprio objetivo da nação (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Ainda segundo Rodriguez Neto (2003), no que diz respeito aos aspectos da administração pública, havia um reconhecimento que a atuação governamental tende a tornar absolutos os aspectos racionalizantes da reforma sanitária, minando dessa forma a sua base política, imprescindível para que esse processo transcenda aos limites administrativos. Nesse aspecto, Paim (1997) ratifica que a Reforma Sanitária, como pensada pelo Movimento pela Reforma Sanitária, não teria saída se fosse confinada aos limites de uma reforma administrativa. Era preciso avançar nos campos cultural e, sobretudo político. Ou, como expresso por Arouca (2008, p. 2) “[...] *La creación de un Sistema Único de Salud en el interior de una sociedad capitalista, nada más es que una actualización técnico-administrativa de un aparato estatal, sin que su esencia misma de relaciones sociales haya sido modificada [...]*”.

Ademais, Rodriguez Neto (2003) aponta como ideário do movimento sanitário, a noção de Estado - elemento organizador das relações sociais ao se constituir como zelador das condições que permitem a reprodução das relações de produção na perspectiva do desenvolvimento e ampliação dessas relações, por meio não só das ações coercitivas, como também do exercício da hegemonia. Demarca ainda, o suprapartidarismo como uma das principais virtudes do movimento, que se aglutina pelo critério de compromisso com a plataforma da democratização, apesar da grande influência inicial de militantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB) mesmo na clandestinidade (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Este autor destaca a importância de militantes do movimento sanitário na criação de departamentos de medicina social nas faculdades ligadas à área, a partir dos quais se difundiu o pensamento crítico da saúde impulsionando a fundação de importantes canais de difusão do movimento como: a fundação do Centro Brasileiro de Estudos

de Saúde (CEBES)¹⁸ e da revista Saúde em Debate, em 1976; a realização do I Congresso Paulista de Saúde Pública, em 1977; a fundação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o I Simpósio de Política Nacional de Saúde Pública em 1977; e o I Simpósio de Política Nacional de Saúde Pública da Câmara dos Deputados em 1980¹⁹; a realização das Semanas de Saúde Comunitária; os departamentos de medicina preventiva e social das universidades e as escolas de saúde pública; o grupo organizado de oposição médica sindical Renovação Médica, entre outros (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Isso posto, podemos averiguar que apesar das divergências existentes entre esses autores sobre a temática do Movimento Sanitário, as considerações de ambos possibilitam a apreensão de peculiaridades circunscritas aos processos históricos que culminaram com a instituição da política de saúde brasileira. Apreende-se também a não existência de uma maneira unívoca de visualizarmos determinados objetos de estudo e, dependendo de como ou de que posição focamos o objeto ou a partir de que lente o percebemos, modificações ocorrem na maneira como o concebemos. Isso em nada retira a relevância das considerações construídas por esses autores.

É com essa percepção que passaremos da primeira fase ostentada da política de saúde brasileira para o que denomina de segunda fase. Se em um primeiro momento ocorrido entre os anos de 1960 e meados dos anos de 1970 foi marcado pela hegemonia do modelo médico-assistencial privatista e ascensão do movimento

¹⁸ Segundo Fleury (1997), com a criação do CEBES, houve a institucionalização do movimento sanitário e o mesmo passou a constituir-se em um verdadeiro partido sanitário. Através do CEBES foi possível organizar as diferentes visões críticas do sistema de saúde, definindo um projeto comum de estratégias e táticas de ação coletiva. Essa instituição representou a possibilidade de uma estrutura institucional que caracterizou o movimento da reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social, a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate obteve importância primordial e a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política.

¹⁹ O documento intitulado “A Questão Democrática na Área da Saúde” foi elaborado pela Diretoria Nacional do CEBES, foi apresentado e aprovado no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Neste documento denuncia a situação brasileira: “Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; política de saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais do posicionamento sócio-econômico do governo – privatizante, empresarial e concentrada em renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais do crescimento econômico (...) Política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral” (CEBES, 1980, p. 1).

sanitário em meio ao chamado “milagre brasileiro” do regime ditatorial, a segunda fase ratifica a oposição desse movimento a esse modelo e o fracasso do milagre econômico prometido pelo regime ditatorial; aliado aos debates internacionais que apregoam a falência desse modo de conduzir a atenção à saúde, tanto em termos de custos quanto em termos de sua eficácia²⁰. Somado a isso, o sistema capitalista em âmbito internacional passa por mais uma de suas crises periódicas. Em uma situação de crise, todos os países capitalistas sofrem os resquícios da mesma em maior ou menor grau (que depende os processos internos desencadeados em cada país sustentador desse sistema em particular). O Brasil vivencia, além da crise política, os resquícios dessa crise econômica mundial, o que desencadeia um acréscimo na insatisfação social (FALEIROS, 1991).

Vale destacar que para o sustentáculo do sistema capitalista alguns fatores são imprescindíveis. São eles: a mão-de-obra ou conjunto de trabalhadores que venderão a mercadoria força de trabalho, o capital, a tecnologia e a matéria-prima (CATANI, 1995). Nos anos de 1970, um dos fatores desse processo passa a ser escasseado no mercado devido a alguns embargos desencadeados pelos principais países produtores do Oriente Médio. Trata-se do petróleo, que enquanto matéria-prima, constitui força-motriz do sistema capitalista em conjunto com os demais fatores sustentadores desse meio de produção.

Nessa década, o Brasil importava cerca de 70% dessa matéria-prima e como o preço do barril de petróleo chegou a atingir aumento superior a 50% ao ano, o país passa a arrefecer o crescimento econômico e a ter que contrair cada vez mais empréstimos no exterior. A dívida externa salta de 17,2 bilhões de dólares em 1974 para 43,5 bilhões em 1978 e a crise econômica tornar-se evidente no país; a sociedade, trazendo como marca a repressão política e insatisfação com o regime político instaurado, clama por mudanças (SANTANA, 2006). Após o fracasso do “milagre econômico”, o regime militar passa a enfrentar sérias dificuldades para se legitimar face à sociedade civil e para consolidar o modelo de hegemonia burguesa

²⁰ A tese de Rizzoto (2000) faz uma interessante análise sobre a ação do Banco Mundial na conformação da política de saúde brasileira na qual demonstra que embora se negue, às vezes com veemência, a interferência externa na definição de políticas nacionais, elas existem, não como uma relação mecânica de fora para dentro, mas como o resultado de uma conciliação de interesses, em última instância econômico, entre setores nacionais e internacionais, envolvendo o campo público e o privado, que em muitas situações não se distinguem.

que em anos anteriores parecia estável (AMMANN, 2003). A economia brasileira começa a se debater com índices de crescimento declinantes e com uma taxa de inflação crescente. A ampliação da dívida externa, que no final da década de 1970 já alcançava 80 bilhões de dólares, é utilizada como sustentação do processo de crescimento, ao preço da internacionalização da inflação ascendente no decorrer da década. Aliado a isso, a tendência para a concentração de renda é reforçada no período, sendo os salários reais fortemente reprimidos; a crescente massa de mais-valia é usufruída apenas pelas faixas de mais alta renda, enquanto os trabalhadores não se beneficiavam dos enormes ganhos de produtividade gerados, criando uma série de insatisfações populares aglutinadas em torno de movimentos sociais como o movimento pela reposição salarial e o movimento operário. No setor saúde, vive-se um processo de avanço do movimento sanitário em termos de organização e muitas conquistas são desencadeadas a partir do final dos anos de 1970.

É nesse contexto que no setor saúde começa a eclodir experiências municipais de reorientação dos serviços assistenciais. As pressões sociais e políticas, gerais e específicas do setor saúde, acarretam a necessidade de respostas concretas por parte do Estado. Assim, são criados mecanismos de coordenação interinstitucional, assim como um grupo técnico responsável pela elaboração de um projeto de grande proporção para reordenamento do setor. Esse grupo incluía representantes dos Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério da Saúde (MS), Educação e Cultura (MEC), do Instituto de Planejamento Econômico e Social da Secretaria de Planejamento da Presidência da República (IPEA/SEPLAN), de Secretarias Estaduais de Saúde e, em particular, do grupo local e nacional da Organização Pan-americana de Saúde que, orientou tecnicamente os trabalhos (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Vale mencionar novamente que a Organização Mundial de Saúde (OMS), realiza juntamente com a OMS a partir da segunda metade da década de 1970, conferências internacionais objetivando problematizar a assistência à saúde em uma perspectiva que priorizasse os serviços de atenção primária a saúde. Um exemplo de conferência intrinsecamente alinhada a esse contexto é a Conferência Internacional de Alma Ata. A conferência de Alma Ata é realizada em um contexto em que os Estados de Bem-Estar social passam a tornar-se, sob o ponto de vista da

acumulação capitalista, custosos e a serem apontados como a causa de muitos problemas mundiais por impedirem um maior controle do mercado sobre os mecanismos de proteção social. Circunscrito a esse processo, está o avanço do neoliberalismo, preconizando o desaparecimento desses Estados provedores de conquistas sociais ou a sua reforma (SOARES, 2003).

Pode-se inferir que a difusão do ideário de adesão a serviços assistenciais em saúde, pautados em uma perspectiva que priorizasse os serviços de nível primário, atenderia a um duplo aspecto: a necessidade da adoção de serviços com um custo mais baixo ao Estado, o que contribuiria para a acumulação capitalista; e o favorecimento da adoção de ações assistenciais que se mostrassem eficazes e pudessem ser expandidas com um menor custo a áreas com escassez de serviços de saúde, o que atenderia aos interesses sociais, como por exemplo, da população brasileira que pressionava o Estado para a consolidação de políticas sociais nesta área.

No Brasil, o ano de 1980 é marcado – em termos da política de saúde – pela realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Esta detém importância em termos da discussão da intersetorialidade, já que pela primeira vez na política de saúde brasileira ela aparece na agenda de discussão. Esta conferência foi realizada durante o governo do presidente João Figueiredo e teve como eixo central o debate de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que pretendia realizar uma reestruturação e ampliação dos serviços básicos de Saúde (SCOREL; BLOCH, 2006). A influência das diretrizes contidas na Conferência de Alma-Ata aparecem inscritas no relatório da 7ª Conferência de Saúde Brasileira demarcada nos pronunciamentos do ministro de Estado da Saúde Waldyr Mendes Arcoverde e do representante da Organização Mundial de Saúde Halfdan. Estes discursam a favor da disseminação dos cuidados primários de saúde e defendem a sua instauração como forma de alcançar a saúde para todos. Ratificam ainda nos seus pronunciamentos que a Atenção Primária à Saúde não poderá desenvolver-se, dentro do seu correto marco operativo proposto em Alma-Ata sem a participação real e efetiva de outros setores e da vontade

política do governo como o todo em buscar a harmonização²¹ e coordenação mútua entre as políticas sociais. Assim, **a intersetorialidade aparece como uma estratégia de coordenação entre os setores responsáveis pela execução de políticas sociais visando a propagação da atenção primária em saúde.**

Ademais, vale destacar que o representante da OMS enfatiza na 7ª conferência a necessidade da instituição de reformas no Brasil em âmbito econômico, político e social. Para tanto, oferece apoio técnico e financeiro: “[...] Quero assegurar-lhes que a OMS pertence ao Brasil e que sua organização estará sempre ao lado daqueles brasileiros que se atrevam a buscar verdades na saúde para todos [...]” (BRASIL, 1980, p.14).

É nesse contexto, por exemplo, que o Brasil recebe a assessoria técnica da OPAS/OMS para a execução de um projeto em 1980, denominado inicialmente de Pró-Saúde e, posteriormente, por intervenção do Ministério da Previdência, passou a ser o denominado Prev-saúde. Este era um programa de serviços de saúde que visava a estabelecer uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. Tinha como componente primordial de investimentos o nível primário de atenção e preservava de forma significativa a rede privada hospitalar (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Entretanto, o projeto do Prev-Saúde sofreu muitas resistências oriundas de três principais segmentos: a primeira, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE), que, emergente na ocasião, apresentava uma face de capitalismo moderno ao encontro de ideários neoliberais. A segunda, que tinha por motivação a preservação dos interesses da área hospitalar privada, naquele momento a grande beneficiária do sistema vigente. E por último, os interesses do clientelismo político

²¹ Vale aqui questionar se esta possibilidade de “harmonia entre as políticas sociais” é passível de realização em uma sociedade como a brasileira que sempre priorizou a política econômica voltada aos interesses do grande capital em detrimento de políticas sociais para a população desprovida dos meios de produção. Essa harmonia das políticas sociais consistia naquele momento histórico na retórica ostentada pela ONU e cujas agências vinculadas (como a OMS) propagavam em âmbito mundial visando a manter – principalmente os países considerados subdesenvolvidos – sob a sua vigilância e controle. Além disso, naquela periodicidade, o movimento pela reforma sanitária e outros movimentos sociais demarcam sua capacidade de pressão, reivindicando do Estado mudanças nas políticas sociais. Como as políticas sociais são produtos históricos cujos protagonistas são os sujeitos políticos e tendo em vista que estes não tinham naquele momento histórico relação de total harmonia com o Estado, falar em harmonia entre políticas sociais tornava-se uma retórica desprovida de fundamentação concreta.

que encontrava no credenciamento de médicos e dentistas uma via privilegiada de realização; neste caso, a classe política, aliada aos interesses neoliberais representados pela Associação Médica Brasileira (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Assim, com toda essa resistência, o Prev-Saúde não vingou em sua proposta original, restando por fim a proposta de articulação funcional entre INAMPS, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, no que denominou-se de “Convênio trilateral” (RODRIGUEZ NETO, 2003).

O convênio propunha um plano de aplicação dos recursos federais e estaduais para manutenção dos serviços públicos em cada estado, mediante um cálculo de custeio compartilhado, mantendo-se a identidade institucional. A minuta do convênio, posta em discussão na Comissão Inter-ministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN)²², foi definitivamente engavetada quando vários secretários de saúde não quiseram assumir a eliminação da Unidade de Serviço (US) no setor público (RODRIGUEZ NETO, 2003). Em novembro de 1981, o agravamento da crise da Previdência Social propiciou a adoção do chamado “pacote da Previdência” que, ao lado de medidas de aumento das alíquotas de contribuição e diminuição de benefícios de aposentados, objetivava uma intervenção na área de assistência médica da Previdência social, considerada custosa e parcialmente responsável pelo déficit (RODRIGUEZ NETO, 2003). Os acordos de última hora resultaram em que o órgão que deveria ser criado como Conselho Deliberativo para a assistência médica previdenciária, e com real poder interventor, fosse transformado em Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Porém, logo após a sua criação, quatro tendências diferenciadas em termos de concepções do sistema de saúde e de estratégias para o funcionamento desse sistema foram percebidas (RODRIGUEZ NETO, 2003).

A primeira que foi denominada de “conservadora/privatista” defendia a manutenção do modelo assistencial vigente, reforçando-o em dois pontos: a ampliação de seus recursos operacionais e a melhoria dos mecanismos de fiscalização dos gastos por parte do INAMPS. Já a segunda tendência, chamada de “modernizante/privatista”,

²² Para Felipe (1987) a CIPLAN, no plano federal, representou um esforço na articulação interministerial (MS, MPAS, MEC e MTB) na condução da política setorial.

tinha por objetivo o reordenamento do Sistema Nacional de Saúde com base na medicina de grupo. Pretendia a delegação da responsabilidade assistencial aos grupos médicos mantidos com recursos de contribuição dos usuários. O papel do setor público se restringiria ao atendimento aos “marginalizados” e as ações próprias de Saúde Pública (RODRIGUEZ NETO, 2003). A terceira linha de pensamento defendia os princípios de responsabilidade pública quanto à execução dos serviços e ações de saúde, numa perspectiva estatizante. Segundo Rodriguez Neto (2003), os defensores dessas idéias eram representantes dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

Por fim, o grupo majoritário, porta-voz do mais legítimo pensamento liberal, defendia um reforço do setor público, um maior controle sobre o setor privado, uma eficiência técnica da “máquina”, a não intervenção sobre as ações e serviços propriamente privados (liberais) e o combate de todo mercantilismo; aludia muito à necessidade de restaurar a moralidade e a ética que haviam se deteriorado como fruto do sistema corruptor (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Em linhas gerais, o plano Conasp continha 3 componentes básicos: o primeiro era o racionalizador ou contencionista de gastos, cujo projeto mais significativo era a substituição do sistema de contas médicas vigente, que utilizava a Guia de Internação Hospitalar (GIH), remunerando por atos isolados, pelo “novo sistema de contas”, da autorização de internação hospitalar (AIH), que remunerava procedimentos mais agregados, eliminando a Unidade de Serviço (US) (RODRIGUEZ NETO, 2003).

O segundo componente era o da eficácia técnica, tentando reorientar conteúdos e estratégias dos programas específicos, como o da saúde mental, odontologia, procedimentos de alto custo, etc.; o terceiro, de natureza mais estrutural e funcional, procurava dar maior racionalidade à rede assistencial por meio da melhoria dos serviços próprios, criação do projeto de Racionalização Ambulatorial, buscando a otimização da relação com os serviços ambulatoriais privados (credenciados) e o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que substituiria no plano original a proposta do convênio trilateral, e propunha uma maior articulação entre as redes

federal, estaduais e municipais, ocupando suas capacidades instaladas (RODRIGUEZ NETO, 2003).

O PAIS²³ merece destaque nesse processo por tentar buscar a reorganização institucional da assistência à saúde e apreender, para tanto, alguns princípios defendidos pelo Movimento Sanitário: **universalidade no atendimento; integralidade e equidade da atenção; regionalização e hierarquização dos serviços; descentralização das ações e do poder decisório; democratização através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários; planejamento e controle efetivo pelo setor público sobre o conjunto do sistema, incluindo os setores filantrópico e privado** (MENDES, 1999).

A partir do PAIS, as prefeituras iriam receber recursos federais oriundos da Previdência, mediante pagamento por serviços prestados (médico, odontológico e de enfermagem) realizados pelos municípios. Essa remuneração significou um acréscimo de recursos aos serviços municipais de saúde ainda incipientes e que até então eram bancados exclusivamente por poucos recursos do orçamento municipal (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001).

O financiamento do PAIS constituiu uma parceria entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) responsável pela assistência médica individual, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com a constituição de fundo único para custeio e investimentos dos serviços estaduais e municipais. Os repasses dos recursos eram feitos sob a forma de compra de serviços, sendo obrigatória a manutenção no mínimo do mesmo contingente de recursos investidos antes das AIS (MENDES, 1999). Porém, vale destacar que essa lógica de pagamento por procedimentos reafirmou o produtivismo, já que os pagamentos eram realizados por produção de serviços.

²³ O PAIS era considerado uma estratégia e um passo fundamental para a implementação da Reforma Sanitária, assim como posteriormente foram os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, eles não devem ser confundidos com a própria reforma. Esta tinha como objetivo maior as mudanças na sociedade como um todo a partir da construção de uma nova consciência sanitária (FLEURY, 1997).

Ademais, apesar desses avanços conquistados, o movimento sanitário não deixou de pressionar o Estado a favor de mudanças sociais, e a denúncia de que o setor saúde havia sido capturado pelos interesses privados em busca de lucro se disseminava na sociedade brasileira. Veículos de comunicação como jornais e, em especial, a Revista Saúde em Debate (publicada pelo Cebes) traziam reflexões teóricas e denúncias a respeito da situação segregadora em que se encontrava a política de saúde brasileira (CAJUEIRO, 2004). Como bem lembra Sarah Escorel em depoimento a Sophia (2005, p. 43)

[...] o CEBES materializou e difundiu o pensamento médico social, ao apontar a saúde como componente do processo histórico-social. Congregou, corporificou e divulgou o pensamento sanitário, que já tinha sido permeado na academia pelas ciências sociais marxistas.

Os integrantes desse movimento defendiam a implementação de um sistema de saúde voltado à universalização da cobertura do sistema público de atenção à saúde, a expansão dos programas de prevenção, ao fortalecimento de alguma forma de controle dos provedores privados contratados e à descentralização (BRAVO, 1996).

A proposta do Movimento pela Reforma Sanitária consistia na criação de um sistema de Saúde Único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado suplementar àquele, sob controle público, e descentralizado²⁴. Buscava-se a universalidade da saúde com o objetivo de superar a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde. A estratégia eleita para se conquistar a saúde como um direito consistia na descentralização do sistema de saúde, buscando a valorização de novos espaços de participação com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, contribuindo assim com a estratégia de ampliação das oportunidades de acesso para a construção de poder local fortalecido pela gestão social democrática (FLEURY, 1997). Vale destacar aqui que o significado de poder local diferencia-se do significado ostentado pelos organismos internacionais envolvidos pela doutrina neoliberal. A proposta do Movimento pela Reforma Sanitária buscava articular, em uma perspectiva de democracia

²⁴A descentralização, proposta pelo Movimento Pela Reforma Sanitária, consistia em fornecer maior autonomia política, administrativa e financeira para as instâncias subnacionais (Municípios e Estados) proverem serviços de saúde em consonância a peculiaridades existentes em nível local, porém estas instâncias subnacionais deveriam relacionar-se entre si visando ao fortalecimento da federação em sua totalidade (STEIN, 1997).

participativa, os níveis local, regional e federal em uma perspectiva de descentralização política, fiscal e administrativa, sob a tutela do Estado.

Em 1986 ocorre um importante acontecimento impulsionado pelo Movimento pela Reforma Sanitária. Trata-se da 8ª Conferência Nacional de Saúde que contou com ampla participação de segmentos da sociedade civil organizada, tais como: profissionais de saúde, estudiosos, lideranças sindicais e populares (MENDES, 1999).

No que diz respeito especificamente a intersetorialidade – apesar da conferência problematizar a saúde como resultante de condições múltiplas de vivência -, não há nesta uma expressividade em relação a intersetorialidade como ocorreu na 7ª Conferência Nacional. A condição de ausência de saúde não aparece unicamente atrelada aos cuidados primários em saúde ou a falta de articulação entre setores como ocorreu em Alma-Ata e na 7ª Conferência Nacional. A presença ou não de saúde relaciona-se também a uma dimensão política que ultrapassa o aspecto técnico e operativo de articulação entre setores ou da ação intersetorial. A saúde seria alcançada mediante a mudança das formas de organização da produção capitalista e do controle por parte da população da formulação, gestão e avaliação das políticas sociais fato não mencionado nas conferências internacionais.

A 8ª CNS teve papel fundamental na discussão da situação vivenciada pela política de saúde no País. Essa Conferência visava obter subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para debate na futura constituinte, que se daria ao longo do ano de 1987. O evento, considerado um dos de maior peso no período, mobilizou quatro mil participantes. Nele, aprovaram-se definições e propostas referentes ao conceito ampliado de saúde, ao direito da cidadania e dever do estado e às bases financeiras da saúde. Mesmo **sem a presença de representantes do setor privado**, o relatório final da 8ª CNS representou a consolidação dos princípios da equidade, universalidade e integralidade, ardorosamente defendidos por uma geração de intelectuais, trabalhadores e movimentos sociais (SOPHIA, 2005).

O relatório final passou a constituir o texto do Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, já legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares. Posterior à 8ª CNS, foram constituídas a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, de composição paritária entre governo e sociedade civil, encarregada de elaborar a proposta constitucional para o capítulo de saúde, e a Plenária Nacional de Saúde, constituída por entidades representativas dos movimentos popular, sindical, dos profissionais de saúde, dos partidos políticos e da academia, a qual atuou intensamente no processo constituinte (ESCOREL; BLOCH, 2008).

A PNS²⁵ foi criada em 1986 como um fórum de entidades interessadas no processo de construção da política de saúde no Brasil. Constituiu importante instrumento que reuniu entidades sindicais, conselhos de categorias profissionais, movimentos populares e entidades científicas com o objetivo de defender o direito social à saúde e de construir um sistema público capaz de assegurar as condições de acesso universal as ações e serviços de saúde.

4.1. O Pleno da Saúde e a Constituição de 1988 – um espaço intersetorial

Não basta abrir a janela
Para ver os campos e o rio.
Não é bastante não ser cego
Para ver as árvores e as flores.
É preciso também não ter filosofia nenhuma.
Com filosofia não há árvores: há idéias apenas.
Há só cada um de nós, como uma cave.
Há só uma janela fechada, e todo o mundo lá fora;
E um sonho do que se poderia ver se a janela se abrisse,
Que nunca é o que se vê quando se abre a janela (Fernando Pessoa).

Rodriguez Neto (1997, p. 78), ao refletir sobre “A via do Parlamento”, resgata parte da história da experiência da Plenária Nacional de Saúde. “Embora a idéia de plenárias, ou seja, o pleno das entidades de cada área não ter sido original da saúde, sem dúvida, para o movimento sanitário esse talvez possa ser considerado o seu grande salto de qualidade”. Para este autor, após a criação da PNS novos sujeitos entraram na cena política.

²⁵ O texto referente a PNS foi escrito com base em informações obtidas mediante entrevista realizada com sujeitos políticos que participaram da mesma e através de alguns materiais como livros que fazem menção a ela.

Com o objetivo de organizar a coleta de assinaturas à Emenda Popular de Saúde (que obteve menos de 60.000 assinaturas) submetida à Comissão de Sistematização, a PNS no momento da submissão do projeto de constituição aprovado pela Comissão de Sistematização passa a “[...] acompanhar e analisar passo-a-passo as negociações através das informações trazidas pelos constituintes que dela participavam [...]” (RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 84). Esse processo de negociação implicava uma avaliação aprofundada dos textos e o dimensionamento do que estava em jogo.

Quanto à sua composição, a PNS contou com os partidos de esquerda (PT, PCB, PC do B), ABRASCO, CEBES, Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos, Central Única dos Trabalhadores (CUT) e dezenas de entidades de moradores e sindicatos (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Ela desempenhou um importante papel na conquista dos dispositivos constitucionais que fundamentam a criação do SUS e foi presença importante em todos os avanços e na luta contra as tentativas de retrocessos, além de ter sido responsável pela articulação parlamentar que resultou na conquista da regulamentação do SUS – LOS. As reuniões da PNS ocorriam nas sedes das entidades participantes em Brasília ou então nos espaços públicos do congresso nacional como auditórios, na câmara dos deputados ou então em uma sala que havia no anexo 4 do Congresso Nacional. Em um primeiro momento era inteiramente aberta, já que todas as pessoas que desejassem participar dela poderiam fazer parte das discussões. Isso fez com que em um determinado momento a PNS tivesse a maioria de seus membros oriundos de Brasília e poucas pessoas do restante do país em virtude da capital do país sediar a PNS. Em decorrência disso, se fez necessário organizar um modelo de funcionamento que possuísse um mínimo de organicidade. Assim, as reuniões continuavam abertas, mas formou-se uma coordenação nacional, havia uma pauta definida previamente e para ter direito a voto a pessoa participante deveria representar o interesse coletivo de uma entidade.

O objetivo da PNS era o de, através das discussões, seus participantes pudessem chegar a um acordo de natureza coletiva mediante um consenso progressivo. Assim, discutia-se, debatia-se, mas o objetivo era se chegar a um denominador comum já

que ela não era um fórum que tinha poder de resolução. A PNS era um espaço aberto de discussão onde se expressavam diferentes pontos de vista de natureza político-ideológica. Porém, a PNS reconhecia as divergências, mas que elas deveriam ser secundarizadas em virtude da importância que era construir uma nova política de saúde, por isso falava-se que havia no Brasil o “Partido Sanitário”.

As principais temáticas debatidas pela PNS foram: a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a criação do Sistema Único de Saúde, o controle social, a equidade, o financiamento da política de saúde, a integralidade no atendimento. Vale destacar que os integrantes da PNS buscavam acompanhar o processo de institucionalização da política de saúde, notadamente a Assembléia Nacional Constituinte.

A PNS tinha como característica fundamental de sua ação política a atuação em diferentes frentes. Uma das opções de atuação da PNS foi a estratégia de aproveitar os espaços do Estado, rompendo com o isolamento em relação ao mesmo. Assim, a via do parlamento no processo constituinte foi um espaço utilizado como canal para propiciar o avanço do processo de democratização no âmbito da saúde e naquele momento histórico foi visualizado pelo movimento sanitário e no interior dele a PNS como um espaço privilegiado para ação política.

A partir da convocação da Assembléia Nacional Constituinte o movimento sanitário e PNS passaram a privilegiar sua atuação política na mudança da constituição e das leis visando a criação de uma nova base legal para a saúde, nos novos tempos democráticos. Mais ativo e com maior consciência de sua importância e representatividade, o próprio parlamento passou a produzir fatos novos, pela sua própria dinâmica, ao mesmo tempo em que se disseminava a influência direta de “lobbies”, entre os quais o do movimento sanitário. A diferença deste em relação aos demais era sua organicidade com os interesses sanitários e da sociedade civil, ainda que também fosse um “lobby” no processo constituinte (RODRIGUEZ NETO, 1997).

O processo constitucional brasileiro não teve como subsídio de funcionamento nenhum ante-projeto. Essa estratégia significou um processo extremamente rico e uma grande superfície de contato da Constituinte com a sociedade, algo

extremamente desejável já que a natureza congressual da Assembléia impediu que no processo eleitoral as teses constitucionais pudessem ter sido discutidas. De acordo com o regimento aprovado, o processo de elaboração da constituição obedeceria a quatro fases: a) Sub-comissões; b) Comissões temáticas; C) Comissão de Sistematização; d) Plenário. E será neste último que a Plenária Nacional de Saúde ratificará sua importância na pressão política e sustentação do lobby da saúde (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Ao ser levado ao Plenário da Assembléia Nacional Constituinte, o Projeto de Constituição aprovado pela Comissão de Sistematização, começou a polarizar a discussão entre os vários grupos de interesses, numa verdadeira mediação de forças. Os setores conservadores da constituinte não concordaram com o teor do texto constitucional aprovado pela Comissão de Sistematização, considerado por demais avançado no campo das conquistas sociais e de cunho estatizante e, mais ainda, não por deterem os instrumentos regimentais para derrubar os dispositivos com os quais não concordavam (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Os conservadores possuíam um vínculo orgânico ligado aos interesses patronais e governamentais e, visando o contra-ataque ao projeto da Comissão de Sistematização organizaram um bloco formado por segmentos dos partidos PMDB, PFL, PTB, PDS e outros partidos. Esse aglomerado de sujeitos políticos conservadores ligados aos interesses do capital privado ficou conhecido como Centrão. Este grupo alegou que os setores minoritários haviam manipulado o processo constituinte e, justificando ser o grupo da vontade média da população brasileira, decidem em um ato de “rebeldia” propor um projeto de resolução para mudar o regimento interno da constituição que posteriormente consegue o número de assinaturas necessárias e é aprovado pela maioria do plenário (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Com a aprovação do projeto foi admitido pelo novo regimento a apresentação de emendas que poderiam substituir as resoluções da Comissão de Sistematização, ou seja, a possibilidade de apresentar outros Projetos de Constituição; e o uso desses projetos alternativos terem preferência de votação e possibilidade de aprovação sobre o da sistematização. Para Rodriguez Neto (1997) estava formado pois, o “rolo

compressor” que poderia por abaixo todo o trabalho anterior e, nessa etapa, aprovar uma constituição completamente diferente e até oposta à que vinha sendo construída. E assim o Centrão se colocou a tarefa de elaborar o seu Projeto de Constituição, apresentando-o com mais de 280 assinaturas. O restante dos constituintes com exceção do grupo dos 32²⁶ tratou de articular a defesa do projeto da comissão de sistematização, sob a liderança de Mário Covas do PMDB.

Foi necessário negociar cada capítulo da proposta vinculada aos interesses da reforma sanitária. O embate foi intenso na prática, entre o Centrão e os representantes da Comissão de Sistematização, com a criação agora regimental, do instituto da fusão de emendas. Isto é a apresentação de uma emenda consensual resultante da fusão de várias outras oficialmente apresentadas, desde que subscritas por todas as lideranças partidárias (RODRIGUEZ NETO, 1997).

A idéia de que se partiu do movimento sanitário era que o limite da perda era o projeto do Centrão, e o da conquista, o da sistematização. Assim, tudo que se negociasse nesse espaço seria vantajoso em relação ao limite da perda. Entretanto, no decorrer do processo percebeu-se um fator que favoreceu a conquista da maior parte das propostas defendidas pela Comissão de Sistematização: a identificação que as teses do Centrão não eram tão consensuais dentro do grupo, fato que favoreceu o processo de negociação junto a essas lideranças políticas (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Outro fato importante de se registrar foi a decisiva participação dos partidos e parlamentares de esquerda na mesa de negociações. Assim, o contraponto das propostas de esquerda foi fundamental para rebalancear as matérias em análise, uma vez que os acordos só poderiam ser “fechados” sob concordância de todos os partidos. A postura madura desses segmentos que, ao mesmo tempo que batalhavam pelas propostas mais progressistas sempre estiveram dispostos ao acordo razoável, viabilizou em grande parte os resultados que, ainda que insuficientes poderiam ter sido muito piores (RODRIGUEZ NETO, 1997).

²⁶ “[...] Esse grupo já vinha se articulando e apresentando emendas coletivas desde a Comissão de Sistematização, sob a coordenação do Senador José Richa e integrado por constituintes de feição liberal de vários partidos, elaborou uma emenda substitutiva global, conhecida como “Hércules IV” [...]”(RODRIGUEZ NETO, 1997, p. 81).

Ao mesmo tempo em que se processavam os debates e as movimentações externas da sociedade civil, a PNS permanecia em vigilância permanente com a participação de delegados de vários estados, acompanhando e analisando o que estava ocorrendo no plenário através das informações trazidas pelos constituintes que dela participavam garantindo o lobby da saúde (RODRIGUEZ NETO, 1997).

Para Rodriguez Neto (1997, p. 84-85), a PNS:

“[...] fazia uma avaliação de que se estava negociando na defensiva” [...] e que o texto indicava [...] uma vulnerabilidade da idéia do Sistema Único que era o fato de, segundo entendimento da maioria, haver possibilidade de participação da iniciativa privada na cobertura assistencial pública [...]”.

Assim, reafirmava-se a luta por um sistema público estatal e rechaçava-se a ação e participação do setor privado. Neste embate político, a Constituição de 1988 foi promulgada.

A Constituição de 1988, especialmente baseando-se nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Declaração de Alma Ata, estabeleceu de forma relevante um novo conceito de saúde englobando três aspectos principais (BRASIL, 1988). Em primeiro lugar, incorpora o conceito mais abrangente de **saúde** ao instituir como fatores determinantes e condicionantes o **meio físico** (condições geográficas, água, habitação e alimentação); o **meio sócio-econômico** e **cultural** (educação, renda, ocupação), e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e a recuperação da saúde. Em segundo lugar, a constituição também legitima o direito universal sem qualquer discriminação, ao acesso às ações de saúde em todos os níveis de complexidade assim como explicita que o dever de prover o pleno usufruto deste direito é do Estado. Por último, a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle da sociedade, em que os serviços privados, conveniados e contratados passam a ser complementares e subordinados às diretrizes do SUS (BRASIL, 1988). Esse sistema inscreveu a Saúde no marco de uma seguridade social pública, garantidora de direitos de cidadania sob a responsabilidade do Estado na sua implementação mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

Em relação à intersectorialidade não há na carta magna nenhuma menção direta a mesma. Entretanto, é importante destacar que ao não ser grafada na Constituição Federal de 1988 seja como conceito, sinônimo de promoção da saúde, diretriz ou princípio do SUS, a categoria intersectorialidade gerou o acirramento do debate em torno do que ela se constitui.

Autores como Andrade (2006) defende que a intersectorialidade apesar de não estar grafada com essa nomenclatura na Constituição de 1988, encontra-se pressuposta no artigo 196 em decorrência deste mencionar que a saúde só poderá ser garantida mediante o fomento de políticas sociais e econômicas pelo Estado. Esse autor vislumbra a intersectorialidade em dois momentos neste artigo constitucional: a) obtenção da saúde se faz mediante a eclosão de outras políticas sociais (além da política do setor saúde) e da política econômica; b) a promoção da saúde. A **saúde** é direito de todos e dever do Estado, **garantido mediante políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua **promoção**, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Para este autor a intersectorialidade é sinônimo de promoção da saúde. Discordamos aqui dessa postura em ratificar que intersectorialidade constitui sinônimo de promoção da saúde, pois esta última constitui um conceito mais amplo e que em nenhum momento menciona a existência dessa sinonímia. Além disso, pressupostos não são conceitos, mas partem deles. Como já vimos anteriormente, a Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986, p.1). Assim, em seu interior, a intersectorialidade se configuraria como uma estratégia de viabilização desta. Mas intersectorialidade é apenas e tão somente a dimensão técnico-administrativa inscrita no interior do planejamento e execução de ações? Em

nosso argumento, entendemos que esta pode ser apenas uma das dimensões desse debate, mas não a totalidade.

Após a promulgação da constituição Federal de 1988, para a efetiva implantação do marco legal e, conseqüentemente do SUS, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional, denominada de “Lei Orgânica da Saúde” (Leis nº 8080 e 8142), que detalhou princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema. Estas leis foram objeto de muita disputa política, e só foram concluídas em dezembro de 1990 (MARTINS, 2002).

Dentro desse contexto de disputa política havia duas correntes dicotômicas: a da reforma sanitária e a do projeto neoliberal. A primeira trazia a concepção de saúde como direito de cidadania dotada de caráter descentralizador, universal, hierárquico e de participação social mediante a partilha de poder via conselhos, fóruns e conferências (BRAVO,1996). A segunda estava associada à primazia das ações assistencialistas e clientelistas; ao esvaziamento da estratégia reformista, ao “desmonte orçamentário” e burocrático realizado através de cortes drásticos em vários programas. Como estratégia constata-se as distorções na regulamentação constitucional dada a oposição de parte do Executivo Federal frente ao processamento constitucional da agenda reformista, tanto na fase constituinte, quanto na de regulamentação complementar que definiram as competências de cada esfera de governo e delinearão a organicidade das ações e serviços de atenção a saúde (CAJUEIRO, 2004).

A organização básica das ações e serviços de saúde, quanto à direção, gestão, competências e atribuições de cada esfera de governo no SUS, foram detalhadas pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Esta Lei teve que ser complementada, devido aos vetos que recebeu do então Presidente Fernando Collor de Melo, pela Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Esta segunda lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e a forma e condições para as transferências intergovernamentais de recursos (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001).

De acordo com essa legislação, compete ao SUS prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a

realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. A direção do SUS é única, e é exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: a) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; b) no âmbito dos estados ou do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; c) no âmbito dos municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990).

A intersectorialidade não aparece grafada no interior da lei nem como princípio organizativo, tampouco, como doutrinário do SUS. Entretanto, autores da saúde como Gilson Carvalho, em uma apresentação realizada aos conselheiros de saúde no Espírito Santo, e alguns materiais produzidos para a capacitação do VER-SUS do Ministério da Saúde contraditoriamente colocam a intersectorialidade como princípio organizativo do SUS. É interessante registrar que identificamos também uma publicação do Ministério da Saúde que, ao tratar do tema “Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica”, indica como princípio do SUS a intersectorialidade. Este autor define esse princípio como:

[...] desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Garantia de buscar ir além da segmentação dos serviços de saúde e trabalhar em suas interfaces visando a atingir uma relação de intercomplementariedade entre eles (COSTA, 2003, p.143-188).

Mas, apesar da intersectorialidade não estar inserida na lei, esta última traz a expressão “comissões intersectoriais” no artigo 12 no capítulo da “organização e da gestão”: “[...] serão criadas comissões intersectoriais do âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde integrada pelos ministérios e por entidades representativas da sociedade civil” (BRASIL, 1990, p.3). Essas comissões tem como finalidade articular políticas e programas²⁷ de interesse da saúde, cuja

²⁷Essa articulação entre programas e políticas sendo a área da saúde responsável por desenvolver essa atribuição tem gerado atualmente debates como ocorrido no 4 Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde realizado em Fortaleza no mês de setembro de 2008. O tema desse evento foi: “Políticas Públicas intersectoriais e o SUS”. Nesse evento, o procurador regional da república Humberto Jacques de Medeiros causou polêmica ao dizer que a intersectorialidade é um

execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS. Elas tem a responsabilidade pela articulação das políticas e programas nas seguintes atividades: a) alimentação e nutrição; b) saneamento e meio ambiente; c) vigilância sanitária e fármaco epidemiologia; d) recursos humanos; e) ciência e tecnologia; d) saúde do trabalhador. A palavra articular no dicionário Aurélio é definida como “Unir por meio de uma ou mais articulações, Ligar(-se), unir(-se), vincular(-se)”. Ao caracterizar-se como um processo, a articulação entre setores caracteriza-se como uma ação prática. Mas, qual o objetivo e a intencionalidade de pode unir ou juntar diferentes setores? Ou seja, quais os projetos políticos estruturados em torno da ação? Como articular setores com estruturas burocráticas diferentes em torno de algo que é comum: a saúde? Essas são questões que, ao serem simplificadas no debate acadêmico, ficaram sem o aprofundamento teórico necessário. Mas, por outro lado, essa ausência de aprofundamento sinaliza algo que está inscrito no próprio processo histórico em curso – a perspectiva reformadora.

O cumprimento pleno dos princípios oriundos da instituição legal do SUS, e destas comissões em específico, se viu atropelado pela política de repasses orçamentários que não conseguiu contemplar as necessidades dos municípios brasileiros. Intrínseco a esse processo, está o avanço das políticas neoliberais que, a partir da década de 1990 se tornariam hegemônicas no Brasil (MOTA, 2005). Os anos 90 do século XX transcorreram, no Brasil e na maioria dos países latino-americanos, sob o signo da reforma e da inovação e generalizou-se uma concepção reformadora fortemente concentrada na diminuição do Estado e na valorização do mercado (SOARES, 2003). Expressões como mercado, privatização e administração gerencial foram incorporados ao léxico brasileiro. A mesma idéia de que se fazia necessária uma reforma inadiável, cristalizou-se na opinião pública, balizada pelo argumento de que seria preciso preparar o país e ajustar sua economia para a nova competitividade internacional, recuperando o tempo perdido nas décadas anteriores, em que se teria vivido sob as asas de um estado gigantesco, ineficiente e perdulário. Combinando-se com uma desvalorização da política, a vida democrática não avançou tanto quanto sugeria sua dimensão formal (SILVA, 2004).

olhar do ministro da saúde e que o Ministério público nasceu sem setor. Por isso defende políticas transversais e não intersetoriais já que o mesmo não considera o Ministério público um setor (MACHADO, 2009).

Segundo Gerschman (2004), na América Latina e no Brasil, que atravessaram longos períodos autoritários, o desempenho das democracias, na década de 1990, tem deixado um forte traço de ineficiência e corrupção no exercício dos cargos públicos e também profundas desigualdades sociais relacionadas aos cortes financeiros para o desenvolvimento de políticas sociais. Nesses países, a década de 1980 representou, em particular para o Brasil, uma época de esperanças. A transição à democracia foi depositária de novas perspectivas de crescimento econômico com justiça social que acompanhariam a cena política democrática aproximando, finalmente, a América Latina das sociais-democracias européias.

Foi o que ocorreu em relação à política de saúde, em especial, por ter sido a Reforma Sanitária fundada no direito universal à saúde e incorporada à Constituição Federal de 1988, mesmo com o retrocesso sofrido pelas políticas sociais, essa particular política social permaneceu na agenda dos governos (GERSCHMAN, 2004). Os projetos de políticas sociais montados no final dos anos 1980, especialmente no setor saúde, apoiados na noção de direito universal, tiveram na década de 1990 um cenário de implementação profundamente adverso e a democracia sofreu nesse período importantes abalos (GERSCHMAN, 2004). O ideário de que o crescimento do país só ocorreria se fosse disseminada uma reforma no Estado esteve fortemente presente nessa década e, nesse contexto, estabeleceu-se com maior clareza a idéia de modernização administrativa entendida como renovação dos métodos de gestão.

A agenda reformadora, ainda que ao preço de uma hipervalorização da administração empresarial e de uma entrega do Estado ao mercado, ajudou a criar focos de incentivo para a atualização do modelo burocrático, o aumento do controle social e a incorporação de mecanismos de participação e de descentralização à gestão das políticas sociais (NOGUEIRA, 2005). A reforma foi concebida para promover um incremento significativo do desempenho estatal mediante a introdução de formas inovadoras de gestão e de iniciativas destinadas a quebrar as “amarras do modelo burocrático”, a descentralizar os controles gerenciais, a flexibilizar normas, estruturas e procedimentos. Além disso, visava à redução do tamanho do Estado mediante políticas de privatização, terceirização e parceria público-privado,

tendo como objetivo alcançar um Estado mais ágil, menor e mais barato (NOGUEIRA, 2005).

A reforma do Estado no fundo destinava-se a desconstruí-lo com o propósito de encontrar outra maneira de posicioná-lo *vis-à-vis* o mercado e a sociedade, que se modificavam rapidamente por efeito da globalização. O reformismo procurou, portanto, combinar cortes e incentivos, ajuste fiscal e criação institucional. Desconstrução e reconfiguração implicavam em uma grave perda do Estado. Este processo ajudou a disseminar, na opinião pública, uma visão negativa do papel, da natureza e do sentido do Estado e de sua intervenção na vida econômica e social (NOGUEIRA, 2005). O bom Estado deveria ser leve, ágil, reduzido quase ao mínimo, tomado pela racionalidade técnica e vazio de interesses, de “paixão”, de embates políticos. Acrescentaríamos, a uma defesa da intersetorialidade como via de otimização de recursos e redução de custos. A política – impulsionada pelos meios de comunicação - foi igualmente rebaixada, convertida em atividade pouco nobre, permeável à corrupção, à manipulação, à falta de palavra e de compromisso (NOGUEIRA, 2005).

O reformismo da década de 1990 caracterizou-se muito mais por empreender um movimento de ajuste do que por reconstruir o país. Na verdade, operou como uma espécie de contra-reforma do Estado, com o qual o Estado se entrega ao ajuste fiscal e é reconfigurado para interferir de outro modo nas múltiplas expressões da questão social, no terreno dos direitos, das políticas públicas e na própria gestão do desenvolvimento (SANTOS, 2001).

Recebendo impulso do processo de democratização vivenciado pelo Brasil, o reformismo incorporou **quatro idéias** inerentes ao discurso democrático em geral e ao radicalismo democrático em particular: participação, cidadania, sociedade civil e descentralização²⁸ (NOGUEIRA, 2005). A **descentralização** política, administrativa e fiscal foi fortemente aproximada da idéia de democratização, a ponto de se confundir com ela. Fixou-se, por essa via, a idéia que só seriam democráticos os entes e

²⁸ Não objetivamos nesta dissertação aprofundarmos o debate teórico sobre as categorias participação, cidadania, sociedade civil e descentralização. Esta última foi mencionada particularmente no texto devido a alguns autores como Junqueira (1997) relacionarem a discussão de intersetorialidade à descentralização.

espaços descentralizados, isto é, capacitados para assumir encargos antes desenvolvidos centralmente e, dessa forma, para neutralizar o “excesso” de Estado (SANTOS, 2001). A descentralização converteu-se assim, em imperativo democrático e em caminho mais adequado para a resolução dos problemas sociais e a elevação da performance gerencial do setor público, com a expectativa de que viesse a colocar nos eixos o aumento unilateral do poder das instâncias subnacionais. Descentralizando suas atribuições e atividades, o Estado teria como se concentrar no fundamental, reduzir seus custos operacionais, diminuir de tamanho e ganhar, com isso, maior leveza e agilidade (NOGUEIRA, 2005).

Entretanto, a descentralização que almejava o desenvolvimento de um Estado democrático e provedor de direitos sofreu no transcorrer dos anos 1990 uma série de embates provenientes do avanço do ideário neoliberal. Configurou-se em uma descentralização por ausência, no qual se transferem as responsabilidades para o nível local sem a contrapartida de recursos financeiros necessários para a execução das ações (FLEURY, 2006).

Nesse contexto, a política de saúde no Brasil, na década de 1990, passa por momentos distintos em relação ao que preconizava o movimento pela reforma sanitária. Num primeiro momento, as proposições de saúde como direito social e o SUS são questionados pela ideologia conservadora e, num segundo, aparecem propostas de normalizações visando consolidar a contra-reforma na saúde (BRAVO; MATOS, 2002).

Na década de 1990 há dois projetos em disputa: o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista (BRAVO,1996). **O projeto de reforma sanitária** constituído na década anterior tem como uma das suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Como fundamento dessa concepção defensora de um Estado democrático e de direito destacam-se as seguintes premissas: melhor explicitação do interesse público, democratização do Estado, criação de uma esfera pública com controle social, democratização do acesso, universalização das ações, descentralização em oposição à centralização auferida pelo regime militar, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na

integralidade e equidade das ações. Seu objetivo maior consiste na saúde como direito de todos e dever do Estado (MATOS; BRAVO, 2002).

O projeto de reforma sanitária propõe uma relação diferente do Estado com a sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de saúde. Esse projeto na atual conjuntura brasileira tem sido questionado, constituindo-se numa proposta contra-hegemônica (PINHEIRO, 2001).

O projeto de saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista está pautado na política de ajuste neoliberal que tem como principais tendências: a contenção dos gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização (MATOS; BRAVO, 2002).

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. As reformas para o campo da saúde nessa ótica têm apresentado como propostas: caráter focalizado para atenuar as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento. Percebe-se que a universalidade do direito – um dos fundamentos da reforma sanitária - é um dos aspectos que tem provocado tensão e resistência dos formuladores do projeto de saúde voltada para o mercado. As premissas dessa proposição pautam-se em concepções individualistas e fragmentadas da realidade em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico (COHN, 1995).

O objetivo da reforma do Estado, segundo seus ideólogos, é a condução a um Estado fortalecido, com finanças recuperadas e uma administração gerencial e eficiente, com vistas a superar a chamada administração pública burocrática, tendo como componentes básicos: a delimitação das funções do Estado e a redução do seu grau de interferência (NOGUEIRA, 2005).

A crise passa a ser centrada como se fosse apenas a de um modelo de Estado que, caso mude – e conseqüentemente a sua forma de administração –, irá resolver a situação da crise instalada (COHN, 1995). Portanto, a origem da crise seria em decorrência da ineficiência do Estado, por problemas de gerenciamento; conseqüentemente a solução seria a alteração da forma de gestão, dando ao Estado condições de superar-se e desenvolver-se. A crise não é pois percebida como crise econômica e política em razão do capitalismo contemporâneo, do processo de reestruturação produtiva e de globalização do capital, que retoma como central o mercado, como lócus de acesso a serviços (HOFFMANN, 2007).

As proposições da contra-reforma na saúde pretendem que os trabalhadores sejam os novos financiadores do capital através dos planos de saúde privados, com a despolítica da esfera pública e a defesa da solidariedade interclasses. Assim, o cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde previsto pelo Banco Mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado (SOARES, 2003).

Isso posto, o que se evidencia na década de 1990 é uma profunda inflexão na política econômica do país, refletindo as mudanças no cenário internacional com a intensificação da globalização financeira e a hegemonia dos ajustes de corte neoliberal. Esse contexto, no qual o Brasil inseriu-se de forma tardia a partir de 1990, tem condicionado, de forma expressiva, os rumos da política social, de um modo geral, e, especificamente a política de saúde (SOARES, 2003).

Na verdade o movimento da política econômica e o movimento da política de saúde, assim como da política social como um todo, apresentam dinâmicas e tensões internas distintas e por vezes contraditórias – no primeiro caso existe o limite estrutural macroeconômico, que é resultado da própria lógica macroeconômica, enquanto no segundo caso está presente ao longo de toda a década de 1990 um esforço interno ao setor de construir institucionalmente o SUS segundo os princípios constitucionais. Mas, as políticas públicas esbarram em determinadas conjunturas e momentos históricos e a política social apresenta sempre um menor grau de autonomia dado que os gastos, o montante de recursos financeiros e as demandas sociais, estão condicionados pela política econômica. Esta sempre funcionou como

um limite estrutural às prioridades reais das políticas sociais particularmente no que diz respeito à disponibilidade de recursos financeiros. Essa subordinação torna-se perversa diante do quadro de estagnação do nível de atividade, decorrente da política econômica adotada pelo governo brasileiro, que gera ao mesmo tempo o aumento da demanda social e a restrição das finanças públicas (CAJUEIRO, 2004).

Ademais, as políticas de ajustes neoliberais, determinadas em âmbito federal, têm trazido enormes limitações, com imposição de encargos adicionais, para as unidades da federação, em particular aos municípios no que diz respeito às respectivas capacidades de intervenção e de resposta frente às crescentes demandas sociais e de saúde. Isso tem gerado grandes desigualdades sociais e regionais (CARVALHO, 2001).

É nessa conjuntura de avanço do ideário neoliberal e do enfraquecimento do poder de pressão dos movimentos sociais como o Movimento pela Reforma Sanitária que o debate e as construções teóricas em torno da intersetorialidade se acirram. Mas, por outro lado, a retomada da intersetorialidade dentro de sua dimensão político-ideológica também está posta desde 2002 no discurso de Arouca (2002), ao alertar que

Retomar os princípios básicos da Reforma Sanitária [...] não se resumiam à criação do SUS. **O conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura.** Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente. À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. **O conceito fundamental é o da intersetorialidade.** Não basta aprofundarmos cada vez mais o modelo 'Ministério da Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde', **temos que discutir saúde segundo políticas intersetoriais.** O modelo assistencial é anti-SUS. Alias, o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população. Esta lógica transformou o governo num grande comprador e todas as outras instituições em produtores. A saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custo. O modelo assistencialista acabou universalizando a privatização. **O grande desafio que nós temos, imaginando o campo da oposição a esse modelo assistencial, é conseguir estabelecer um governo que tenha projeto e que não seja simplesmente um somatório de ministérios.** Esse tipo de governo, onde sociedade, ministérios e secretarias são fraturados e onde cada um desses sujeitos compete com os outros, é uma falência.

No âmbito brasileiro, a indefinição conceitual estabelecida para a intersetorialidade em termos legais tem proporcionado o acirramento do debate em torno do que esta se constitui. Nessa perspectiva essa categoria tornou-se alvo de discussão teórica.

E, nesse ínterim, cabe perguntar: o que é intersectorialidade? Que pressupostos teóricos esses conceitos engendram?

5. Intersetorialidade: em busca de um conceito

...os verdadeiros versos não são para embalar, mas para abalar...

Mário Quintana

A palavra setor é um substantivo masculino definido como “esfera ou ramo de atividade, campo de ação; âmbito” (Dicionário Michaelis). O prefixo inter significa “reciprocidade” (Manual de pesquisa da língua portuguesa).

No Brasil, de acordo com a literatura consultada, um dos primeiros autores a tratar o tema da intersectorialidade foi Junqueira (1997). Em um de seus textos intitulado “Novas formas de Gestão da Saúde”, o autor traz aos leitores muito mais do que um simples conceito. Ao contrário de alguns autores que em seus textos não problematizam a intersectorialidade, Junqueira²⁹ (1997) elenca uma série de pressupostos que nos remetem à reflexão do aparato teórico e ideológico que sustenta seu argumento e, conseqüentemente, a intersectorialidade. Seu argumento é articulado a partir da associação entre **descentralização e intersectorialidade**.

Junqueira (1997) inicialmente faz uma contextualização histórica de como a intersectorialidade e com que intencionalidade a mesma passa a ser discutida no âmbito da gestão pública. Nesse sentido, elenca que, em âmbito mundial, as organizações públicas de saúde até a década de 1970 caracterizam-se por serem centralizadas, verticalizadas e com baixa eficácia. Para esse autor, o Estado de Bem-Estar Social que vigorou forte do final da Segunda Guerra Mundial até o início dos anos de 1970 nos países centrais democráticos ocasionou uma enorme expansão do aparato burocrático na gestão das políticas sociais, gerando uma forte centralização e comprometimento da sua eficácia.

²⁹Em seu currículo Lattes consta que Junqueira possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (1969), graduação em Filosofia - Studium Generale Santo Alberto Magno (1962), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1979) e doutorado em Administração da Saúde pela Universidade de São Paulo (1996). Atualmente é professor titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sendo Coordenador do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração e professor assistente doutor da Universidade Católica de Santos. Coordena núcleos de estudos e pesquisa em políticas públicas e terceiro setor nas universidades que participa, realizando cursos de formação e pesquisas na área de políticas sociais e terceiro setor. Tem experiência de consultoria e pesquisa na área de Administração da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão social, políticas públicas, em especial de saúde, terceiro setor, administração e organização pública, descentralização, **intersectorialidade** e recursos humanos.

Assim, é no bojo da necessidade de um novo direcionamento nas formas de gestão pública e da necessidade de reformas administrativas visando a efetividade e a eficácia nas ações em saúde que surge a necessidade da descentralização e da intersetorialidade sob a ótica do autor. Em relação a descentralização, Junqueira (1997) faz uma crítica enfatizando que a mesma em países da América Latina (como o Brasil) a discussão durante a luta pelo fim da ditadura militar foi pautada sobretudo na ótica da política quando deveria pautar-se sobretudo nas reformas e transformações administrativas da máquina pública.

Enfatiza também que a descentralização política não garante a eficácia das políticas sociais e no âmbito da saúde, a descentralização administrativa é uma possibilidade de alterar a gestão de uma política setorial desde que ela seja desenvolvida de forma a propiciar a integração das políticas sociais. O autor argumenta que essas últimas têm dificuldade de promover a equidade e a integralidade do atendimento já que os problemas sociais se apresentam setorialmente, mas sua solução está na dependência de mais de uma ação política. Eles são parte de um todo complexo e demandam uma maneira integrada para resolvê-los. Para Junqueira (1997, p. 32)

[...] a intersetorialidade constitui uma **concepção** que deve informar uma **nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços**. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

É nesse contexto que a intersetorialidade, como [...] um pressuposto de gestão municipal para melhorar a qualidade de vida dos munícipes [...] (JUNQUEIRA, 1997, p. 42), se coloca [...] como uma possibilidade de encaminhar a resolução dos problemas sociais da população situada em um determinado território de maneira integrada [...] (JUNQUEIRA, 1997, p.33). A intersetorialidade transcende ao setor saúde que, em alguma medida acolheu e aprofundou as discussões iniciais e apontou para determinações dos problemas que chegam ao setor, mas que não podem ser tratados somente por ele, assumindo uma dimensão mais ampla, intersetorial. Essa lógica de atuação pautada nessa categoria segundo Junqueira (1997), deve referir-se basicamente a população e ao espaço onde se situam.

Assim, a base populacional e geográfica permite que se identifiquem os problemas e as soluções para atingir uma vida com qualidade.

Em relação ao aparato estatal, Junqueira (1997) evidencia que apesar do Estado deter sua importância, ele não pode substituir a sociedade em qualquer que seja o sistema. Assim, se faz necessário saber [...] o que transferir, para quem e como transferir [...] (JUNQUEIRA, 1997, p.34). O Estado transfere a prestação de serviços que são de sua competência para outro organismo público não estatal, devolvendo à sociedade aquilo que lhe é próprio (JUNQUEIRA, 1997, p.34). Para esse autor, não se pode crer que apenas iniciativas estritamente estatais sejam capazes de dar resposta de uma maneira equânime e justa as necessidades sociais. Cita, para argumentar sua afirmação, Rossanvallon³⁰, autor que ratifica a existência de uma sociedade solidária.

Por fim define o conceito criado por ele, juntamente com Inojosa (1997), que atualmente detém hegemonia nos textos brasileiros quando se discute a intersectorialidade, seja na Saúde, Assistência Social, Educação, Meio Ambiente. A categoria é definida como [...] a articulação de saberes e experiências de planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar **efeito sinérgico** em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social (JUNQUEIRA, 1997, p. 34).

A palavra sinérgico é um adjetivo (*sinergia+ico²*) - pertencente ou relativo à sinergia; dependente da sinergia. Sinergia é a simultaneidade de forças concorrentes; cooperação entre grupos ou pessoas que contribuem, inconscientemente, para constituição ou manutenção de determinada ordem ecológica, em defesa dos interesses individuais (Dicionário Michaelis).

A definição de sinergia nos possibilita evidenciar que o autor utiliza como um dos dispositivos de seu conceito uma analogia com princípios oriundos da física. Esses posteriormente são remetidos para uma realidade social que para ser alterada

³⁰Na perspectiva de que o Estado deve responder de forma inovadora aos “novos problemas” que emergem a partir dos anos 1970, Rosanvallon propõe transformar o Estado Providência em um Estado de Serviços, baseado em ajudas diferenciadas, solidárias e individualizadas.

requer a cooperação, a articulação entre setores. Tal analogia nos remete a uma teoria que busca analisar os fenômenos sociais (ou fatos sociais) com os mesmos critérios utilizados pelas ciências naturais, considerando, portanto, a existência de leis gerais naturais às sociedades. Há também uma analogia organicista neste pensamento em que a sociedade é entendida como um organismo vivo, um sistema de órgãos sociais. Estes últimos devem desempenhar seu papel social. Assim, em se tratando de intersectorialidade cada setor deve exercer o seu papel e buscar se articular com outros visando ao bom funcionamento do sistema. Caso os setores não desempenhem seu papel de articulação, estes contribuiriam para a patologia do sistema e, conseqüentemente, para a não consolidação de políticas sociais “saudáveis”.

O autor traz um debate de intersectorialidade no qual defende a necessidade de reformas administrativas e de gestão das políticas sociais em uma perspectiva atrelada unicamente à administração pública. Entretanto, é preciso desvelar que essa retórica de entender os problemas sociais ou a ausência de políticas sociais meramente pela lógica de uma má administração pública retira a dimensão política dos fenômenos sociais, e restringe os mesmos a sua condição técnica e operativa. Esconde a sua essência como favorecedor dos processos de reprodução material em prol de uma determinada ideologia que é a neoliberal que em nada preconiza a expansão dos direitos sociais. Assim, o racionalismo burguês próprio da ideologia neoliberal, infiltra-se nas relações sociais entre os cidadãos, instituições e organizações sociais, funcionando como mecanismo de produção e reprodução ideológica com um discurso aparente de resolução dos problemas sociais.

Outro argumento que devemos questionar no texto do autor relaciona-se ao entendimento da descentralização sob apenas um de seus pilares que é a descentralização administrativa, ou seja, da transferência de responsabilidades para as instâncias subnacionais notadamente os municípios na condução da gestão das políticas sociais visando a resolução dos problemas sociais locais. Em nenhum momento da sua discussão o autor busca vincular os municípios ao restante das instâncias nacionais. O mesmo menciona os municípios como se fossem autônomos e tivessem uma desvinculação total com os estados e a união. Junqueira (1997) não analisa os processos históricos que evidenciam o estrangulamento dos municípios

em relação ao aumento de suas responsabilidades na condução da gestão pública e baixa capacidade econômica para gerir suas ações. Coloca ainda a intersectorialidade como capaz de oferecer resolução para os problemas sociais e de fomentar inclusive a superação da exclusão social através da articulação entre os setores e das políticas sociais locais. Seu argumento, apesar de em um primeiro momento parecer ingênuo ao leitor mais atento, reproduz preceitos preconizados por uma ideologia (neoliberal) que vem mostrando cada vez mais sua força nas políticas sociais transferindo problemas que são globais para o âmbito local. Por outro lado, o nível local não conseguirá suprir os problemas sociais simplesmente porque eles não estão atrelados apenas a esse nível, mas cada vez mais a dimensão mundial.

Outro questionamento que devemos fazer ao texto refere-se ao argumento de que o Estado, “apesar de deter importância”, não pode substituir a sociedade e devem-se transferir para o setor privado suas responsabilidades. O autor fala de Estado como se o mesmo não contemplasse a sociedade, como se fosse um ente fictício e estivesse acima da sociedade. O Estado agrega no seu interior, segundo o pensamento gramsciano, a sociedade civil e sociedade política e não existe um Estado que está acima da sociedade, já que esta é integrante do Estado (GRUPPI, 1980). Ao enfatizar que se deve devolver à sociedade aquilo que lhe é próprio, ou seja, as responsabilidades na condução e custeio das políticas sociais diretamente no âmbito do setor privado, o autor nega o dever do Estado de regular a política social de saúde (alvo da análise do autor) como um direito social ratificado pela carta magna de 1988.

Ainda analisando os conceitos de intersectorialidade em voga na literatura brasileira não podemos deixar de mencionar outra importante autora, muito utilizada nos estudos que tratam do assunto e que em vários textos escreve sobre a temática com Junqueira (1997). Esta autora é Rose Marie Inojosa³¹.

³¹ Inojosa possui graduação em Comunicação Social pela Universidade de São Paulo (1972), mestrado em Ciências da Comunicação pela Universidade de São Paulo (1980) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2003). Atualmente Coordena a Universidade Livre do Meio Ambiente e da Cultura de Paz, vinculada à Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente de São Paulo. É técnica em planejamento e gestão da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP – órgão do governo do estado de São Paulo, tem como missão contribuir para a elevação dos níveis de eficiência e eficácia da Administração Pública do Estado de São Paulo), docente convidada dos cursos de especialização Administração de Políticas Públicas no Terceiro Setor (PUC-SP) e Gestão da Saúde (SENAC-SP). Tem experiência na área de Ciência Política, com ênfase em Políticas Públicas, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão pública, saúde, redes, cultura

A intersectorialidade é definida por Inojosa (2001) como uma **coordenação entre setores ou como uma intervenção coordenada de instituições em ações destinadas a abordar um problema ou como a articulação entre saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas**. Para essa autora, a implantação de práticas intersectoriais no aparelho governamental requer **decisão política**, o que implica romper com o antigo padrão de prestação de serviços que reflete determinada estrutura de poder no qual impera a setorialização, centralização e fragmentação (SILVA; FERREIRA, 2005). Esta autora defende em sua tese de doutorado³² que o governo, seja ele federal, estadual ou municipal, não incentiva a integração das ações entre suas secretarias, o que tornam onerosos e ineficientes os projetos sociais.

Um primeiro aspecto a ser considerado na definição de Inojosa (2001) diz respeito a como realizar a articulação entre setores muitas vezes tão diferentes em termos de estrutura institucional, competências, recursos humanos, materiais e que ostentam uma série de peculiaridades intrínsecas a eles e ao contexto brasileiro. Outro aspecto diz respeito a decisão política como solução para o problema da setorialização, fragmentação e centralização das decisões. Entretanto, a decisão política está intimamente relacionada a dimensão econômica, social e cultural e captar apenas uma dimensão perde-se a totalidade dos processos sociais aos quais a intersectorialidade está vinculada.

Além disso, segundo Inojosa (2001), o tema da intersectorialidade está vinculado à discussão da transdisciplinaridade³³ e pode ser também denominada de transectorialidade estando relacionada à necessidade de agrupar os saberes com o objetivo de superar o paradigma da disjunção e da redução propiciada pela

de paz e compromisso social.

³² "Cartas da Frente: Uma Política Pública na Expressão dos Protagonistas do Programa Frentes de Trabalho do Governo do Estado de São Paulo".

³³ Para aprofundar no debate sobre transdisciplinaridade recomenda-se a leitura de Japiassu (O Sonho Transdisciplinar e as razões da filosofia, de 2006).

setorialização do conhecimento. A autora argumenta que as disciplinas construíram os seus saberes de um modo isolado e, com a pretensão de esgotar questões, acabaram criando linguagens e setores próprios que impedem o entendimento e a resolução de problemas complexos. Assim, seria preciso superar a fragmentação do conhecimento já que as clausuras setoriais não dão conta de enxergar a totalidade social (INOJOSA, 2001). Nesse contexto, o aparato governamental reflete as clausuras das disciplinas sendo todo fracionado por conhecimentos, por saberes e por setores impedindo a leitura de determinados problemas em sua totalidade. Há ainda, a herança da hierarquia verticalizada, piramidal, em que os processos e as decisões são tomadas apenas no topo e não na base, próximo à população (INOJOSA, 2001). Concordamos com Inojosa no que diz respeito a fragmentação do conhecimento e dos limites que a mesma propicia no âmbito da produção de conhecimento e dos reflexos dessa fragmentação no âmbito da gestão das políticas sociais. Entretanto, acreditar que apenas a desfragmentação do conhecimento seria responsável pela resolução dos problemas sociais e de gestão pública estaríamos deixando de lado outras variáveis: políticas, econômicas que também são determinantes no processo de consolidação das políticas públicas e da intersectorialidade.

No que diz respeito ao aparato governamental, a autora argumenta que ele também é objeto de loteamento político-partidário e de grupos de interesse nas suas estruturas, em todos os níveis de governo, e em cada nova gestão, são novamente loteadas para os partidos e para os grupos de apoio. Desse modo, cada uma dessas fatias passa por um novo loteamento político-partidário. Todos os setores, como a educação e a saúde são campos de interesse de corporações e de grupos político-partidários (INOJOSA, 2001). Com isso, ela traz para o debate aspectos da cultura política brasileira que, é fundamental no processo de compreensão da intersectorialidade, mas representa uma das dimensões contidas nessa categoria.

Inojosa (2001) ressalta também que uma perspectiva de trabalho intersectorial implica mais do que justapor ou compor projetos que continuem formulados e realizados setorialmente, seria necessário um **projeto político transformador no âmbito da gestão pública**. Significa também alterar a forma de articulação dos diferentes segmentos da organização governamental. Cabe aqui questionar se esse projeto

político transformador da gestão pública aliado a não setorialização do conhecimento resolveriam os problemas sociais da população brasileira. Parte-se aqui do pressuposto de que a ação intersetorial para a saúde faz parte de um todo social e por isso determina e está determinada por suas características em um momento e lugar, e participa da dinâmica contraditória das relações entre setores sociais. As possibilidades de expressão dos fenômenos, no caso, da ação intersetorial, são condicionadas ou mediadas pelo sistema social e econômico que delimita os limites de movimento dos processos produzidos nele. A história econômica, política e cultural determina os processos que têm espaço na realidade e a ação intersetorial em saúde é uma das expressões destes processos sociais (SILVA; FERREIRA, 2005). Portanto, não se pode desconsiderar as relações, objetivos, metas, propósitos que estão subjacentes em cada projeto intersetorial e de como esses se relacionam aos projetos societários.

Em um texto de 2001, Inojosa começa seu argumento apresentando algumas perguntas e uma em especial parece pertinente aqui: “Quais são as implicações da atuação intersetorial para a organização dos serviços públicos?” Como resposta, a autora pontua a necessidade de mudança de paradigma, a construção de um projeto político transformador (em sua aparência apenas), a realização de planejamento e avaliação participativos e atuação em rede de compromisso social.

Após a leitura desses autores podemos constatar que o conceito construído por eles é limitado porque contempla apenas a dimensão técnica e burocrática da intersetorialidade. Eles se limitam a discutir sua eficácia, eficiência e possibilidade de com ela obtermos a superação de problemas sociais. Não estamos negando aqui a existência da dimensão instrumental ou técnica da intersetorialidade. Entretanto, ao priorizar apenas essa lateralidade da intersetorialidade nega-se a sua multideterminação social ao mesmo tempo em que não são exploradas as contradições inerentes aos processos sociais e a intersetorialidade nesses processos.

Um autor que estuda a intersetorialidade no âmbito da saúde é Andrade (2006). Quando iniciamos o estudo, ele foi o primeiro interlocutor. Esse autor muito contribuiu ao deixar pistas no seu livro intitulado “A saúde e o dilema da

intersectorialidade” em relação ao surgimento da discussão da categoria no âmbito da política de saúde vinculada ao surgimento da movimento de Medicina Social e da discussão de determinantes sociais da saúde. Foi através desse estudo que percebemos a vinculação da intersectorialidade à discussão fomentada pelas conferências internacionais de saúde propostas pela OMS. Entretanto, este autor não fez uma análise dessa categoria nestas conferências, o que deixou um vazio.

O autor considera a intersectorialidade um dilema da política de saúde brasileira porque ao mesmo tempo em que ela reconhece ter a saúde como fatores condicionantes e determinantes a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, atribui a uma política setorial o papel de divulgar esses determinantes e condicionantes e de formular políticas de saúde destinadas a promover nos campos econômico e social a observância de ser a saúde um dever do Estado. Assim, Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ter o dilema de operar uma política necessariamente intersectorial explicitada num ambiente tradicionalmente setorial, implicando mediação com outros atores para a introdução de mudanças necessárias à viabilização da política.

Concordamos com Andrade (2006) neste aspecto, pois este constitui um dos dilemas enfrentados pela política de saúde brasileira. Entretanto, carece em seu estudo uma reflexão sobre a possibilidade da política de saúde conseguir ou não efetivar o que é proposto no marco legal. O autor fica atrelado apenas ao âmbito aparente do fenômeno. Sua análise deixa de congrega a intersectorialidade como multideterminada por fatores econômicos, políticos, culturais.

Outra autora que conceitua a intersectorialidade é Burlandy (2004) ao tratar essa questão no âmbito da segurança alimentar e nutricional (SAN). Para esta a intersectorialidade constitui [...] uma construção conjunta de um projeto integrado realizada por diferentes setores destinados a alcançar objetivos mais amplos como a segurança alimentar e nutricional da população [...] (BURLANDY, 2004, p. 11). Entretanto, Burlandy (2004) retrata que para alcançar esse objetivo se faz necessário um desenho institucional de política pública situada acima dos setores (supra-setorial).

Vale aqui questionar esse desenho institucional situado acima dos setores. Planejar ações de forma verticalizada, sem o entendimento amplo das bases horizontais (setores), vem de encontro com a luta travada pela sociedade civil no âmbito da saúde, especialmente do Movimento pela Reforma Sanitária que questionava a necessidade de políticas sociais a serem pensadas não de forma vertical, mas de maneira a contemplar as necessidades da população e com a participação da população nos âmbitos local, regional e nacional. Ademais, ratifica a importância da coordenação e articulação intersetorial para contribuir na potencialização dos recursos existentes que estão dispersos nos vários setores de governo (BURLANDY, 2004). Nesse aspecto devemos enfatizar que essa autora em nenhum momento de sua explanação busca articular a discussão do SAN em uma perspectiva de análise ampla. Adota a falta de segurança alimentar como um problema proveniente da ausência de uma política vertical supra-setorial, mas não questiona o porquê da não existência dessa política. Ademais, também não explicita ao leitor como seria essa política acima dos setores.

Já Fernandez e Mendes (2003) entendem a intersetorialidade como um processo articulado e integrado de formulação e implementação de políticas públicas. Pressupõe a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais que se caracterizam pela co-responsabilidade dos diferentes setores governamentais, não-governamentais e da sociedade civil, no sentido do desenvolvimento humano e da qualidade de vida. Isso significa para os autores a maturidade dos setores em realizar, com a participação dos setores governamentais, do empresariado, de organizações não-governamentais e da sociedade civil, o diagnóstico de problemas, a identificação de potencialidades e a definição de prioridades (FERNANDEZ; MENDES, 2003)

Fernandez e Mendes (2003) trazem para o debate da intersetorialidade a necessidade do envolvimento de diversos atores incluindo o empresariado como necessário para elencar a definição de problemas visando a eclosão da ação intersetorial. Para a efetivação desse princípio, se faz necessário a **maturidade dos setores**. Ao particularizar a questão da intersetorialidade como um problema administrativo e técnico de maturidade, os autores se mantêm míopes às determinações historicamente construídas que denotam, a alguns setores, menor ou

maior grau de influência política e econômica. Assim, esses autores partem do ingênuo pressuposto de que as relações entre esses setores são dotadas de horizontalidade. Esquecem-se de vincular a intersectorialidade dentro do sistema socioeconômico capitalista que secciona os setores e proporciona maior visibilidade política e econômica a eles em consonância com sua própria necessidade de produção e reprodução sociais visando ao lucro.

Outro autor que discute a intersectorialidade agora não vinculado ao Brasil, mas a Cuba³⁴ é Serrate (2007). Segundo esse, para compreendermos conceitualmente a intersectorialidade, é preciso partir do **entendimento sistêmico da saúde** em que a intersectorialidade pode ser justificada e aplicada. Esse entendimento sistêmico parte da concepção que os problemas de saúde são complexos e estão relacionados com outros sistemas, notadamente o econômico e o social. Assim, entender os problemas de saúde como se apenas estivessem atrelados ao sistema saúde acarreta a impossibilidade de ações capazes de fomentar respostas às demandas da população.

O autor argumenta que a saúde pertence ao grupo dos sistemas altamente complexos e sua complexidade se materializa em um número grande de elementos, relações, propriedades, hierarquias e fronteiras com numerosas formas de combinar-se e recombinar-se e que são submetidos a uma dinâmica muito elevada, de onde as categorias como causalidade, causalidade e possibilidade tem uma presença significativa. A saúde é entendida como um produto social no qual seus atores e suas ações transcendem significativamente as fronteiras do denominado setor da saúde, porque as mesmas requerem uma resposta social organizada, sem

³⁴ Há um interessante estudo, publicado em 2007 pela OPAS, intitulado: "Study on intersector practices in health in Cuba report to the Pan American Health Organization". Para seus autores os princípios do sistema público de saúde cubano tornaram possível as ações intersectoriais florescerem. Esses princípios são: a natureza pública e social, a acessibilidade a qualquer custo, orientação preventiva, adequada aplicação da evolução tecnológica, a participação da comunidade, abordagem intersectorial e a cooperação internacional. Entre as reflexões, os autores destacam que a ação intersectorial não é determinada espontaneamente. Deve ser adaptada ao sistema de saúde e sustentada por uma vontade política e uma concepção tecnológica que ele insere na produção de saúde. As ações intersectoriais exigem uma abordagem sistemática e coerente, que é grandemente auxiliado pelo grau em que é incorporada à cultura social, a disponibilidade e utilização de ferramentas de avaliação, bem como a utilização de gestão participativa.

a qual o enfoque não seria sistêmico e, portanto, o nível de sinergia que se poderia alcançar seria muito baixo.

O autor enfatiza ainda que numerosos enfoques, ações e intervenções, participam e se inter cruzam no intuito de se alcançar um modelo sistêmico do setor saúde. Cada um por si não pode chegar ao produto desejado e muito menos se essas inter-relações não tem um mínimo de harmonia e coerência. Para Serrate (2007) adotar modelos é fácil, mas desenvolvê-los na prática implica enfrentar as contradições entre interesses, poderes, pontos de vista, políticas, grupos sociais e necessidades.

Serrate (2007) adota o conceito de inter setorialidade como a intervenção coordenada das instituições representativas de mais de um setor social, em ações destinadas total ou parcialmente a tratar os problemas vinculados com a saúde, bem-estar e a qualidade de vida. Consiste fundamentalmente em converter a cooperação fortuita ou casual em ações, que lideradas pelo setor saúde, e apoiadas em políticas nacionais ou locais, se orientam estrategicamente e fazem aqueles problemas identificados e priorizados, de onde as atividades de outros setores podem ser determinantes.

Um problema elencado pelo autor para a ocorrência da inter setorialidade está relacionado com as incompetências profissionais do setor da saúde e outros setores pela escassa preparação e repercussão no desenvolvimento dos processos para a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida e as insatisfações que se apresentam como resultados disso. De positivo o autor identifica que existe consenso e consciência da necessidade da ação inter setorial para poder enfrentar os problemas que atentem na saúde, mas se faz necessário passar das conceituações e dos discursos, munidos de compromissos e metas a serem cumpridas, em ações concretas e que por sua vez, avancem com resultados manifestos.

Os resultados da inter setorialidade são maiores à medida que se descentalizem os processos e acerte-os cada vez mais no âmbito local e comunitário, de onde os setores contem com o poder e a liberdade suficiente para, conjuntamente, enfrentar os problemas, cujas soluções permitam alcançar seus propósitos (SERRATE, 2007)

Ademais, este autor busca evidenciar os fatores que interferem na configuração da intersectorialidade, que tem sido classificado em três grandes grupos: a) **fatores determinantes da intersectorialidade**; b) **fatores condicionantes da intersectorialidade**; c) **fatores desencadeantes da intersectorialidade**. Elenca ainda que sem a compreensão dos mesmos não seria possível estabelecer formas de atuação com enfoques e métodos, cientificamente fundamentados.

Em relação aos fatores determinantes da intersectorialidade, o autor cita a falta de educação sanitária da população, a presença de microorganismos, fatores que contaminam o meio ambiente, violência nas localidades, falta de atenção aos idosos, alto número de divórcios, de mães solteiras, dependência química, etc. Ou seja, as características dos problemas de saúde hoje não se limitam à competência de apenas um setor.

Já em relação aos fatores condicionantes da intersectorialidade o autor elenca que a mesma está subordinada a uma série de condições prévias das quais depende a existência de um cenário que propicie a sua materialização. Entre as condições cita a vontade política, ou seja, a disposição plena dos estados e governos em assumir o enfoque da intersectorialidade como um princípio de atuação para converter em realidade o que tanto se preconiza da saúde, qualidade de vida e bem-estar da população. Esta vontade é a base do condicionamento que deve haver pelos responsabilizados com esta ação. As possibilidades de ações concretas dos Estados e dos governos deverão estar demarcadas em legislações e regulamentações em que os fatores políticos, econômicos e sociais se projetem condicionalmente com este enfoque intersectorial. Assim, a intersectorialidade traz uma dimensão política.

Além disso, para a eclosão da intersectorialidade, outro fator que a condiciona é a existência ou não de secretarias e ministérios fortes³⁵ com a capacidade de exercer a retórica da saúde entendida como a condução da gestão da política sanitária pública, em um contexto caracterizado pelas novas relações entre governo e a

³⁵ Bom exemplo da ausência de ações partilhadas é um fato registrado na 6ª conferência nacional de saúde em que a equipe do ministério da agricultura foi expulsa porque defendia algumas ações da saúde animal. Era um ambiente extremamente pesado.

sociedade civil, onde os setores da sociedade e da economia tribuem as necessidades que a saúde pública demanda.

A participação social também é um fator condicionante da intersectorialidade que fortalece a função gestora e de práticas sociais em saúde pública. A sociedade organizada é a maior responsável pela intersectorialidade, não apenas como objeto, mas também como sujeito de direção de processo. Não será possível a ocorrência da intersectorialidade se o nível de organização da sociedade não corresponder as necessidades que demandam esta ação.

Para o autor são fatores desencadeantes da intersectorialidade a resposta social organizada, o domínio de enfoques, técnicas, habilidades e tecnologias tipicamente gerenciais. O problema está na preponderância daqueles que tem a ver com as relações interpessoais, o trabalho em equipe, a criatividade, o consenso e a orientação social do propósito comum. Estes são os reais protagonistas deste ponto de vista gerencial.

Podemos evidenciar que Serrate (2007) oferece uma análise de intersectorialidade mais ampla em relação aos outros autores já mencionados, incorporando dimensões que concorrem ou contribuem para a eclosão da intersectorialidade. Entretanto discordamos da postura do autor em tratar a saúde como um sistema capaz de ser expresso através de quadro conceitual e teórico desprovido de contradições sociais. O autor transmite a idéia ao leitor que se todos os fatores sejam os desencadeantes, determinantes ou condicionantes mantivessem um sistema de comunicação/articulação em uma dada sociedade a intersectorialidade seria efetivada, contribuindo para a superação dos problemas e conseqüentemente a harmonia e a coerência desta mesma sociedade algo muito questionável em uma sociedade capitalista.

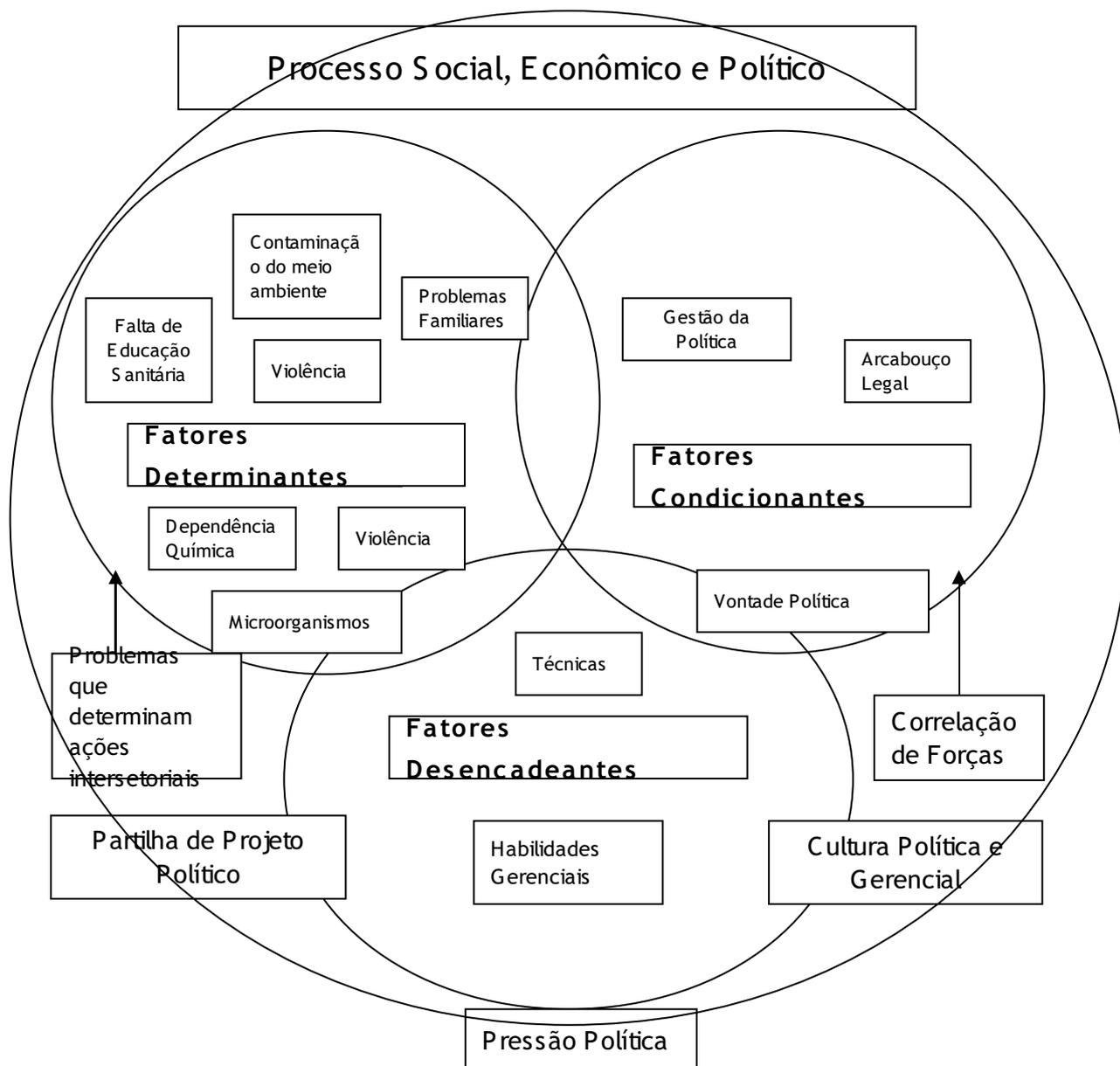


Figura 1 – Para além do entendimento Sistêmico da Intersectorialidade (elaborado pela autora).

Uma vez configurado o percurso do debate teórico da intersectorialidade, via que o estudo trazia um outro desafio: se os conceitos propostos traziam dimensões do fenômeno, mas não uma visão de totalidade, precisava propor um conceito, a partir do qual olharia os dados das conferências de saúde (7ª e 8ª conferências) e dos depoimentos dos participantes da plenária. Assim, o estudo entenderá intersectorialidade como ação política e técnica de articulação entre setores visando a construção, reafirmação ou oposição a projetos coletivos que potencializam ou

obstaculizam interesses coletivos (figura 1). Tal conceito justifica-se pelos dados da revisão teórica: a intersectorialidade tal como definida pode paradoxalmente restringir e reafirmar de projetos coletivos estruturados em torno da superação das condições de desigualdade e injustiça social.

5.1. O PERCURSO DA INTERSETORIALIDADE NO BRASIL e a PNS

A temática da intersectorialidade adentra o Brasil pela via das conferências de saúde, através do discurso de gestores ou técnicos da área. O marco inicial desse debate foi a 7ª Conferência Nacional de Saúde³⁶ no governo do general João Figueiredo (1980). Sob o governo Figueiredo, após decretada a anistia e a reforma partidária em 1979, realiza-se em março de 1980, a 7ª Conferência Nacional de Saúde (DOIMO; RODRIGUES, 2003).

Nessa conferência, esvaziada da participação popular, destacaram-se dois pronunciamentos que resgatam o conceito de intersectorialidade: o do ministro da saúde, Dr. Waldir M. Arcoverde (1979-1985) e do diretor-geral da OMS, Dr. Halfdan T. Mahler.

O pronunciamento do ministro da saúde requer contextualizá-lo no cenário internacional e nacional.

Em âmbito internacional a crise estrutural do capitalismo acarreta a primeira recessão econômica desde o período que antecedeu a Segunda Guerra Mundial. Isso desencadeia fortes conseqüências para todos os países considerados desenvolvidos. A produção industrial cai em média 10 a 15% e dá-se início a uma nova etapa da economia mundial que priorizará o desenvolvimento capitalista, a

³⁶ A primeira conferência, em 1941, ocorreu antes mesmo da criação do Ministério da Saúde e quem esteve à frente da primeira edição foi o então ministro da Educação, Gustavo Capanema. A segunda conferência ocorreu nove anos depois, em 1950. Nas duas primeiras, o principal tema discutido foi a criação do Ministério da Saúde, o que se tornou realidade em 1953. A elaboração de um Plano Nacional de saúde para a União, estados e municípios foi tema principal do terceiro encontro, em 1963. Também surgiram movimentos democráticos na área de saúde e discussões sobre os problemas sanitários brasileiros. As quatro conferências seguintes - 1966, 1975, 1977 e 1980 - ocorreram durante a ditadura militar e são descritas como tímidas na história da saúde brasileira (BRASIL, 2007).

partir de novas bases tecnológicas que possibilitarão ganhos em produtividade e maior taxa de acumulação do capital (MENDES, 1999).

Nos Estados capitalistas que vivenciaram os anos áureos do Estado de Bem-Estar Social o resultado imediato da crise dos anos de 1970 foi a redução da arrecadação de fiscos, e conseqüente a isso a prevalente dificuldade dos países em financiarem o seu “desenvolvimento”. Os gastos com as políticas sociais, por conseqüência, começam a ser reavaliados. Esta reavaliação resultou na constatação de que os custos médicos haviam subido com muita rapidez em relação às décadas anteriores e a parte governamental neste custeio havia aumentado substantivamente.

Aos novos e grandiosos custos da assistência à saúde, agregava-se, na análise da situação vivida na década de 70, o fato de que a assistência à saúde é parte integrante dos programas sociais oferecidos à população pelo “Estado de bem-estar social keynesiano”, expandido no pós-guerra, e, portanto, conta principalmente com financiamentos públicos para sua manutenção. Constitui-se, assim, na esfera estatal uma arena de disputas dos recursos do Estado, configurando cenários de intensos conflitos de interesses nesses países (MENDES, 1999).

O desafio que se colocava em âmbito internacional, para os dirigentes políticos, na época, era de dar uma resposta à política sanitária pressionados por um cenário econômico adverso, ou seja, seria necessário atuar entre a vontade racionalizadora economicista dos governos e a “pressão dos de baixo” pela manutenção dos programas sociais. Nesse contexto de crise financeira para custear os gastos do Estado de Bem-Estar Social nos países capitalistas, a Organização Mundial de Saúde convoca a Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada como dito anteriormente, em 1978 e que influenciou decisivamente nas pautas da 7ª Conferência Nacional de Saúde brasileira ocorrida em um governo militar que passava por muitas crises sociais, políticas e econômicas. Essas fazem com que o governo passe por muitos desafios (MENDES, 1999).

No âmbito do ministério da saúde especificamente o governo Figueiredo vivenciava diferentes desafios:

a) o nível de articulação com os demais ministérios era ínfimo;

- b) a existência em sua estrutura de uma divisão de Segurança Interna (DSI);
- c) poucos municípios possuíam secretaria de saúde;
- d) epidemia de pólio;
- e) orçamento mínimo – 10% do orçamento público da saúde (90% no INAMPS).

Em âmbito mundial, deve-se reforçar que a recessão econômica afeta os países capitalistas, principalmente os que dependiam de petróleo como fonte de energia. No Brasil, o debate econômico sinalizava um risco considerável de ocorrer uma recessão, promovida pela política econômica. No governo Figueiredo, a crise se explicita por completo, restringe a capacidade de ação da política econômica e culmina na crise política. É um momento de transição lenta, gradual e progressiva de fim da ditadura. É um momento de organização e mobilização dos movimentos sociais em torno do “direito a ter direitos”.

É nesse cenário que o Brasil, signatário da meta Saúde para todos no ano 2000 (Conferência de Alma-Ata), realiza a 7ª Conferência com o objetivo de reestruturação e ampliação dos serviços básicos de Saúde. É no ano de 1980 que o Brasil recebeu assessoria técnica da OPAS/OMS para a execução de um projeto denominado inicialmente de Pró-Saúde e, posteriormente, por intervenção do Ministério da Previdência, passou a ser o denominado PREV-SAÚDE³⁷. Este era um programa de serviços de saúde que visava a estabelecer uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada. Tinha como componente primordial de investimentos o nível primário de atenção e preservava de forma significativa a rede privada hospitalar. A 7ª Conferência é inter cruzada por inúmeros conflitos, resistências e lutas envolvendo amplos segmentos (presentes e ausentes a esta Conferência).

Dos pronunciamentos ocorridos nesta conferência, um dos destaques foi o ministro de Estado da Saúde Waldyr Mendes Arcoverde. Sua fala, muito a moda em épocas

³⁷ O Prev-Saúde sofreu muitas resistências oriundas de três principais segmentos: a primeira, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE), que, emergente na ocasião, apresentava uma face de capitalismo moderno ao encontro de ideários neoliberais. A segunda, que tinha por motivação a preservação dos interesses da área hospitalar privada, naquele momento a grande beneficiária do sistema vigente. E por último, os interesses do clientelismo político que encontrava no credenciamento de médicos e dentistas uma via privilegiada de realização; neste caso, a classe política, aliada aos interesses neoliberais representados pela Associação Médica Brasileira (RODRIGUEZ NETO, 2003).

de influência da Cepal no mundo, vai enfatizar a necessidade do Brasil buscar o desenvolvimento para que o mesmo possa trazer, como consequência, a satisfação das necessidades básicas da maioria. Desse modo, o ministro discute o objetivo da conferência, aliado a uma discussão econômica influenciada pela teoria do desenvolvimento:

*[...] é necessário um **autêntico desenvolvimento**. Um desenvolvimento que ao promover a satisfação das necessidades básicas da maioria, assegure também a humanização do homem ao favorecer o gozo de **seus direitos de expressão, de criação e de decisão do seu próprio destino** [...].(grifos do autor).*

Em detrimento de suas concepções quanto à diretriz a ser seguida pela economia brasileira, é importante reportar que o ministro, ao enfatizar a satisfação das necessidades da maioria (e não de todos), deixa de lado a bandeira de luta do movimento sanitário – que naquele momento histórico já obtinha grande expressão política, cujo lema era saúde e democracia, ou seja, a saúde de todos (portanto, não de alguns apenas). Para Arouca³⁸ (sp), o lema ‘Saúde e Democracia’ “significava que para se conseguir começar, timidamente, a melhorar as condições de saúde da população brasileira, era fundamental a conquista de um projeto de redemocratização do país”.

Duas palavras, “saúde” e “democracia” acabaram como mote na luta pela supressão de sistemas sociais injustos e desumanos (SOPHIA, 2005). O discurso do ministro traz o destaque aos direitos de ‘expressão, criação e decisão’ do homem em um contexto em que essas características não poderiam ser fomentadas. Isto porque a população brasileira não tinha por parte do Estado essa possibilidade de expressar suas opiniões políticas, por exemplo. A liberdade de expressão era cerceada naquele momento histórico. Criar e decidir sobre o futuro da nação era algo restrito a alguns poucos segmentos populacionais ligados à cúpula militar detentora dos poderes políticos e econômicos.

Por outro lado, no interior do Ministério da Saúde se registrava algumas tentativas de ações intersetoriais, entre elas, a experiência da Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação na área de Saúde (CIPLAN).

³⁸ Depoimento fornecido à Daniela Carvalho Sophia em sua Dissertação de Mestrado intitulada: os intelectuais da saúde e a invenção das utopias: 1960-1990, defendida na Escola de Serviço Social da UFF em 2005.

[...] Quando o ministério alcançou a unidade interna, pôde avançar para construir um núcleo de planejamento estratégico da Saúde com características interinstitucionais e até intra-setoriais, que foi a Comissão Interinstitucional de Planejamento e Coordenação na área de Saúde (Ciplan) [...] uma reunião dos secretários-gerais dos ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social e Educação. Depois entraram Trabalho e Indústria e Comércio para tratar da questão das bebidas e do transporte de cargas explosivas. Mas o núcleo era Saúde, Previdência e Educação, cujos três secretários-executivos coordenavam a comissão e traçavam o planejamento estratégico para as três pastas, no que compunha a eles: assistência médica, formação pessoal, hospitais universitários, especializações e residência médica, que estavam lá no MEC. Então, os assuntos eram tratados à luz de condicionantes estratégicos gerais de atenção à saúde (LIMA, 2003, p. 755).

As tentativas de práticas intersetoriais se construía no interior do MS como estratégia de superação de uma estrutura limitada em termos financeiros e políticos à essa época. Diversos expoentes de Movimento Sanitarista já atuavam como técnicos do Ministério da Saúde, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), quando são reativadas as Conferências Nacionais de Saúde mediante convocação por decretos ministeriais. Em um Estado burocrático-autoritário, o regime militar - em tempos de abertura - acena com a necessidade de **modernizar** seus aparatos de saúde, propondo a criação de um Sistema Nacional que **estimulasse a coordenação entre as múltiplas ações pulverizadas nas diversas instâncias de governo**, estabelecendo um mínimo de racionalidade operacional (CASTRO, 1992).

Assim, a palavra intersetorialidade aparece na 7ª CNS nas falas do ministro de Estado da Saúde e do representante da OMS repetidamente (8 vezes) seja como conceito intersetorial, relações intersetoriais, vinculação dos programas do setor saúde com os de outros setores, intersetorial, coordenação intersetorial, participação real e efetiva de outros setores e ação independente do setor saúde. Ela surge inscrita na conferência primeiramente no pronunciamento do ministro de Estado da saúde como um conceito muito aceito nas últimas décadas. Afirma Waldyr Arcoverde que este conceito:

*[...] deriva sem dúvida das observações recolhidas do **desequilíbrio sempre existente entre necessidades e recursos**, pois a capacidade para atender não aumenta com a mesma rapidez e surge o **conflito entre as instituições que administram os serviços, os profissionais que os prestam e a comunidade que os recebe**.[...].*

Ao iniciar o governo Figueiredo, a crise em que estava mergulhada a economia brasileira já havia experimentado uma evolução suficiente para torná-la um fato patente, uma realidade impossível de ser ignorada. Aliado a isso, a crise social se torna visível. Um grande contingente da população passa a viver nas periferias das grandes metrópoles, fora do mercado de trabalho formal e, conseqüentemente, sem usufruir da assistência médica previdenciária. Como consequência disso, passam a ter importância visível as doenças características das sociedades industrializadas. Este quadro reflete diretamente um aumento na demanda por assistência médica, que não é garantida pelo aparelho Estatal. Temos o aumento da busca dos usuários por assistência médica do Ministério da Saúde, ou dos governos municipais (que, nesse momento, começam a estruturar os seus serviços sem receberem cooperação financeira dos outros níveis de governo), que não tinham aparatos institucionais e de profissionais aptos a atenderem essas demandas crescentes.

Assim, a fala do ministro reflete esse quadro social e econômico em “desequilíbrio” vivenciado pela sociedade brasileira naquele momento histórico. E é dessa conjuntura que, para o Ministro de Estado da Saúde, deriva o conceito intersetorial. Este representa **uma forma de possibilitar a administração do desequilíbrio entre aumento da demanda, pouca oferta de serviços, de profissionais de saúde e de recursos para custeá-los**. Reportava-se, por exemplo, a assistência médico-sanitária desse período, com crescimento da rede ambulatorial aquém das demandas e pressões oriundas dos movimentos sociais da época (quadro I).

Tabela 1. Estabelecimentos públicos por espécie, segundo as grandes regiões do Brasil

Grandes Regiões	Estabelecimentos Públicos											
	Postos de Saúde		Centro de Saúde		Clínica ou PAM		Pronto Socorro		Unidade Mista		Hospital	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brasil (abs)	4950	100	11553	100	1817	100	151	100	554	100	1149	100
Norte	1126	22,7	290	2,5	24	1,3	2	1,3	132	23,8	69	9
Nordeste	2803	56,6	3121	27	383	21	11	7,3	377	68	526	45,8
Sudeste	619	12,5	4452	38,5	913	50,2	128	84,7	26	4,6	318	27,7
Sul	198	0,5	2845	24,6	455	25	6	3,9	1	0,1	131	11,4
Centro	204	7,7	845	7,4	42	2,5	4	2,8	19	3,5	105	9,1
Oeste												

Fonte: Oliveira, 2007

O ministro, entretanto, deixa de mencionar as reais causas desse “desequilíbrio” que está relacionada internacionalmente a crise mundial do capitalismo que, em 1979 e nos anos iniciais da década de 1980, atinge todos os países detentores desse sistema social e econômico, levando-os a recessão. Ademais, em âmbito nacional, a crise só acirra as outras crises vivenciadas pela sociedade brasileira nos âmbitos político e econômico. Desse modo, o conceito intersetorial como fomentado pelo ministro constitui em uma alternativa que operacionalmente não apresentava indícios de sua efetivação no momento da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Sua expressão poderia ser sintetizada assim: otimizar poucos recursos em um contexto de grande demanda.

Outra fala instigante do ministro relaciona-se à sua concepção de saúde, que segundo ele caracteriza-se por ser :

*[...] a **aspiração social menos controversa do ponto de vista político**, pode ser utilizada como **terreno neutro** para promover o diálogo sobre as questões de desenvolvimento e criar o clima político e os mecanismos necessários para um verdadeiro diálogo entre dirigentes políticos e interesses sociais [...].*

Sabe-se que, durante o processo de realização da 7ª Conferência Nacional de Saúde, o movimento pela reforma sanitária já detinha visibilidade política enquanto aglutinador e vetor de reflexão e ação políticas. Especialmente no início dos anos 80, o MRS propõe uma linha tática de ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise das políticas de saúde adotadas pelo Estado brasileiro. O movimento pela reforma sanitária se mostrava contrário a maioria das políticas públicas governamentais, seja pela não concordância com uma política que excluía grande parte da população desempregada, seja pela crítica as práticas adotadas para o atendimento da população e pela baixa legitimidade de ação que tinha o Ministério da Saúde naquele momento histórico.

Além disso, propunha a representação direta da sociedade, a ser institucionalizada no interior do aparato estatal, para legitimar a si própria e aos interesses de que é portadora na formulação, implementação e controle social da política de saúde. Vale

destacar ainda que o movimento pela reforma sanitária tenta participar e ter direito a voz nesta conferência. Entretanto, não obteve êxito em sua tentativa, já que esta conferência, denominada por Escorel (2006) como “modernização conservadora”³⁹, manteve seu caráter de ser fechada no aparelho de Estado.

Faleiros et al (2006) nos lembram que, sob o ângulo da modernização dos serviços de saúde, o próprio sistema foi requisitando qualificação técnica, o que culminou com a inserção de novos quadros nos espaços institucionais. “O ‘contato comunitário’, em uma conjuntura economicamente recessiva, foi forjando a percepção da necessidade de mudança no padrão estruturante das políticas públicas de saúde e a busca de canais de expressão das críticas aos princípios e práticas oficiais/estatais em vigência” (p. 101).

Desse modo, acreditar que a saúde naquele momento histórico se configurava como terreno neutro explicita uma tentativa de despolitização do movimento sanitário ao ratificar a neutralidade da saúde quando a mesma não existia. O movimento não estava fora do aparato estatal, mas imerso nas instituições de saúde.

Ademais, para o ministro, a implementação de mudanças no setor saúde requeria coragem e determinação, em um momento em que se procurava soluções mais econômicas para distribuir uniformemente os escassos recursos. Ao enfatizar as estratégias para mudanças no setor saúde discorre que:

A estratégia objeto de discussão nesta conferência reflete o enfoque social, humano, e pragmático que se deseja e de expressão real das relações intersetoriais de saúde.

Assim, podemos evidenciar que para o ministro a conferência refletia um enfoque social – expresso pela necessidade de oferecer com os recursos “escassos” existentes, um atendimento a maioria da população e “especialmente para os mais pobres”, ou seja, o que estava posto como diretriz a ser seguida pela política de

³⁹ Esta conferência apesar de tentar traçar algumas propostas de mudanças no sistema de saúde ainda mantinha os traços que conservavam uma vertente que impossibilitava a população de ter direito a se expor enquanto sujeito ativo no processo de discussão da política de saúde brasileira (ESCOREL; BLOCH, 2006).

saúde era uma política “pobre para os pobres”. Ademais, o enfoque “pragmático” (que segundo o dicionário Aurélio significa utilizar por critério da verdade o valor prático das coisas) sinaliza que este toma como cerne para resolver os problemas sociais da saúde a prática das relações intersetoriais. Pode-se inferir que o problema é tido como falta de prática operacional e não como um problema econômico, político. Desconhece-se toda a conjuntura já mencionada vivenciada pela sociedade brasileira naquele momento histórico e limita-se a taxar o problema como falta de pragmatismo. A intersetorialidade delinea sua face conhecida – sua dimensão instrumental, caracterizada pela ação articulada entre diferentes setores.

Para defender a expressão real das relações intersetoriais, o ministro recorre a 3 argumentos: político, econômico e social.

É politicamente aceitável, ao propor um sistema hierarquizado de serviços para atendimento de toda a população e prioritariamente as classes mais pobres, com a participação efetiva e consciente das comunidades, diretamente através de suas lideranças legítimas, e ensejando a vinculação dos programas do setor saúde com os de demais setores [...] É economicamente viável, ao aplicar procedimentos em estreita relação com recursos existentes, oportunizando a solução da maioria das situações no primeiro elo da cadeia de referência e canalizando apropriadamente as demais [...] É socialmente desejável ao estender os benefícios à maioria, respeitando a cultura e a tradição.

A intersetorialidade é uma estratégia de implantação da atenção primária no Brasil. Este foi o eixo estruturante do discurso do diretor da OMS. Este tem um discurso marcado por influências da conferência sobre cuidados primários em saúde. Menciona Alma-Ata para corrigir as injustiças – diferenças existentes e iniciar o processo de mudança que consiste em alcançar, para todos os povos do mundo, um grau de saúde que lhes permite levar uma vida social e economicamente produtiva. Relata a conferência brasileira como a *ágora* ideal para o estudo e debate dos métodos e dos meios para que o Brasil cumpra a obrigação de cuidar e melhorar a saúde de sua população ao mesmo tempo em que solidariamente contribui para o esforço mundial da meta ‘saúde para todos no ano 2000’. Menciona, ainda, que o marco conceitual e operativo de Alma-Ata não poderá se desenvolver sem a participação real e efetiva de outros setores. Defende que a meta de saúde para

todos não poderá ser alcançada com a ação isolada e independente do setor saúde e sem um esforço permanentemente coordenado dos setores econômicos e sociais.

Para tanto, a operacionalização da coordenação intersetorial, através da coordenação entre as políticas nacionais de desenvolvimento mediante harmonização entre elas e mútuo apoio, é central. Exemplifica a possibilidade da existência de um:

*[...]Um **conselho nacional de saúde**⁴⁰, aberto à representação de outros setores, pode completar o mecanismo de coordenação intersetorial, pelo menos a nível federal. Não escapará aos presentes nesta conferência Nacional de Saúde a necessidade de fortalecer e dinamizar os correspondentes mecanismos que façam falta [...]*

Explicita aqui seu desconhecimento sobre a existência, desde 1941, do CNS. Com funções de assessoramento e articulação, o CNS – criado em 1937-, era um instrumento hipercentralizado, que se prestava a articular e mediar interesses do restrito grupo de segmentos com acesso à decisão, via de regra através não da representação direta, mas dos chamados “anéis burocráticos” (CARVALHO, 1995, p.30). A partir de 1970, com a promoção, proteção e recuperação da saúde como foco nos debates, cabe ao Conselho “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação” (BRASIL, 2009). O conselho de saúde consistia em uma espaço meramente governamental e sem participação da sociedade civil. Tal estrutura divergia das propostas do movimento sanitário. Este visava à construção de conselhos de saúde nos diferentes níveis de governo (e não restrito a esfera federal) e aberto a participação social, tendo caráter deliberativo e não meramente consultivo.

⁴⁰ Com funções de assessoramento e articulação, os conselhos surgidos antes da CF 88 (como foi o caso do CNS – criado em 1937) eram instrumentos hipercentralizados, que se prestava a articular e mediar interesses do restrito grupo de segmentos com acesso à decisão, via de regra através não da representação direta, mas dos chamados “anéis burocráticos” (CARVALHO, 1995, p.30). A partir de 1970, com a promoção, proteção e recuperação da saúde como foco nos debates, cabe ao Conselho “examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação” (BRASIL, 2009).

Assim, intersetorialidade e a atenção primária se estruturaram em um discurso simplificador e esvaziado de sua dimensão política e ideológica.

Depois de um período de quase 6 anos da realização da 7ª conferência nacional de saúde, ocorreu, em 1986, a 8ª conferência. Esta conferência é um marco na história da política de saúde brasileira. O regimento interno especial da 8ª CNS determinava que a sua finalidade seria "obter subsídios que contribuiriam para reformular o Sistema Nacional de Saúde, além de criar elementos para se debater a saúde na futura Assembléia Nacional Constituinte (BRASIL, 1986). Doimo e Rodrigues (2003) destacam que a 8ª Conferência, ocorreu em março do 1986, não por acaso meses antes da eleição dos deputados constituintes em novembro.

As resistências à reformulação do sistema de saúde por decreto são então explicitadas. O Ministro Waldir Pires, da Previdência e Assistência Social, convoca os trabalhadores para a discussão e para a defesa de seus direitos, afirmando que essa mudança deveria passar pela Assembléia Nacional Constituinte. Carlos Santana, Ministro da Saúde, empunha a bandeira da unificação e anuncia a realização da Conferência.

O processo de preparação da 8ª Conferência foi então desencadeado através do estímulo e apoio à realização das pré-Conferências estaduais e da ampla divulgação do temário para a discussão na sociedade em geral. Todos os estados brasileiros realizaram suas pré-Conferências, sendo que alguns tiveram várias conferências municipais antes do evento estadual, como foram os casos de Minas Gerais, Paraná, Sergipe e Pará.

Estes encontros se constituíram, realmente, em fóruns representativos de debate, contando sempre com a participação de mais de mil pessoas e aprovando relatórios finais que muito contribuíram como subsídios para o debate nacional. Para Doimo e Rodrigues (2003, p. 104)

um amplo espectro de movimentos de saúde [...] ganha uma unidade orgânica, reunindo lideranças e bases dos diferentes princípios ético-políticos. [...] resultou a confluência de todas as forças de esquerda ligadas à questão da saúde, instaurando-se um efetivo (e novo) **espaço público**, capaz de produzir, acima das diferenças e especificidades, um consenso em torno das diretrizes que viriam a compor o capítulo II da Seguridade

Social, especialmente na Seção II da Saúde como parte do Título III, da Ordem Social.

Os temas principais debatidos na 8ª conferência propunham três questões cruciais: **Saúde como dever do Estado e de direito do cidadão, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial**. Algumas propostas, que tinham longa trajetória de debate no campo da antiga oposição em saúde, encontram, agora, diferentes percepções e alternativas, uma vez que eram submetidas à discussão pelas diversas representações da sociedade civil, das instituições oficiais e dos partidos políticos.

Optou-se assim pela discussão das diretrizes da política de saúde global, que orientasse, na continuidade do debate, as discussões sobre os temas específicos. Estes, em número de 22, teriam o seu debate nacional realizado posteriormente, enfatizando a implementação da política setorial proposta naquelas ações que lhe são próprias.

As idéias debatidas pelo movimento pela reforma sanitária não eram fruto da 8ª conferência. Ao contrário, aquelas propostas tinham história e se sedimentaram numa longa trajetória de luta política. O movimento sanitário conquista, através de trabalho político intenso e articulado, alguns importantes postos de condução da política setorial, conseguindo uma articulação que atinge partidos políticos, organizações sindicais, associações de moradores e instituições do aparelho do Estado. Faltava transformar essas propostas em termos legais. Como relata Fleury (2008, p. 195): o “Eleutério⁴¹ sentou, teve que escrever como um constituinte, § 1º,

⁴¹ Em 1980, José Eleutério ingressou no Ministério da Previdência e Assistência Social, como Coordenador de Planejamento e Estudos da Secretaria de Serviços Médicos até 1982. Foi destacada sua atuação na formulação do “Plano de Reorientação de Assistência à Saúde Previdenciária”, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981. Representando o Ministério da Previdência e Assistência Social, integrou a Comissão de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil e a Comissão Nacional de Residência Médica. Entre 1983 e 1984, atuou no INAMPS, como Diretor do Departamento de Planejamento, onde estruturou as Ações Integradas de Saúde (AIS). Era marcante sua motivação política e ideológica, com grande capacidade de formulação política e com um discurso claro e determinado. Desenvolveu neste período intensa articulação entre grupos docentes e pesquisadores nas universidades, e gestores e técnicos nos serviços de saúde, destacando-se como uma liderança do movimento sanitário brasileiro, já então denominado de movimento pela Reforma Sanitária. Participou da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e foi presidente da entidade entre 1980/1981 e 1991/1993 e vice-presidente na gestão 1994/1996. Em 1986 passou a integrar seu Conselho Consultivo. Foi membro do Conselho Editorial da Revista do CEBES de 1987 a 1991. Foi vice-presidente da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), gestão 1986/1987. Na Nova República foi indicado como Secretário Geral do Ministério da Saúde quando, a

caput isso, um bando de coisas de que a gente não sabia nem o nome e começamos a ter que lidar, transformar as nossas bandeiras do movimento sanitário numa formulação legal”.

Observa-se essa participação e influência nas atas das reuniões da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente. Por exemplo, Eduardo Jorge (médico, deputado integrante da constituinte pelo PT de São Paulo e integrante do Movimento Sanitário) declara:

[...] Neste painel, que foi muito bem desenvolvido, com a presença das entidades que se deslocaram até Brasília, acho que ficou claro praticamente uma unanimidade em relação à necessidade de mudar-se o conceito de saúde para um conceito mais abrangente, caracterizando a saúde como um direito da população e a necessidade de uma reforma sanitária profunda no Brasil, como foi aqui tratada por várias entidades. Dessa reforma sanitária profunda destaca-se-iam dois princípios entre vários outros: qual seja a necessidade de unificação desse sistema e a necessidade de participação da comunidade no controle do mesmo (BRASIL, 1987, p. 124).

Mas, voltemos à 8ª CNS. Inicialmente é fundamental entender a conjuntura do início do Governo Sarney em 1985. A morte de Tancredo Neves, as relações de José Sarney com o PMDB e a reforma ministerial trouxeram incertezas. Esses movimentos de gangorra repercutem intensamente em todos os setores do Governo e a política de saúde não foi uma exceção.

Em relação a intersectorialidade não há, nesta conferência tanto nos anais quanto no relatório final, menção a este assunto explicitamente. A mesma aparece subliminar através do conceito ampliado de saúde. Em seu tema 1 “Saúde como direito”, o relatório final da 8ª CNS assim a conceitua.

[...] Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de

partir de um espaço privilegiado, participou da organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ainda nesse período, representou o país no Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1986, passou a exercer uma função de acompanhamento da ação governamental no campo social, como subchefe para acompanhamento da Ação Governamental do Gabinete Civil da Presidência da República. Ao mesmo tempo, dedicou-se à organização do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, onde desenvolveu intenso e produtivo trabalho de assessoria parlamentar aos constituintes em relação ao capítulo da Seguridade social.

organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Assim, a saúde vincula-se à amplas áreas que são de responsabilidade de execução de outros setores. Os muros da saúde se expandem para além dela, numa clara definição do projeto societário que se almejava construir. Por isso saúde é ao mesmo tempo um conceito abstrato e expressão concreta de um dado contexto social, econômico e político. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

Em seu discurso, o presidente José Sarney enfatizava que o país “não pode continuar sendo uma nação de vários brasis: um Brasil menor, de cidadãos de primeira e abastada classe; e um Brasil imenso, de um povo de segunda e necessitada classe!”.

Após a realização desta conferência foi formulado um relatório que serviu de base para o processo constituinte que estava para acontecer no ano de 1987, visando a promulgação da nova constituição em 1988. A partir dessa formulação houve a necessidade da realização do acompanhamento das discussões no âmbito da saúde emanadas no processo constituinte. Surge assim a PNS (isto é, “o ‘pleno’ das

entidades de cada área”, movimento mais amplo e organizado) com a finalidade de coletar assinaturas para a Emenda popular da Plenária⁴².

Paim (1989) nos adverte que esse processo de institucionalização da Reforma sanitária está sujeita

[...] às vicissitudes e constrangimentos comuns a esse tipo de situação, abrangendo desde aspectos mais conjunturais, tais como o grau de prioridade política e a destinação de recursos financeiros para o setor, até problemas de ordem mais estrutural do Estado brasileiro, como as questões conexas referentes ao papel do Estado e ao pacto federativo vigente [...] vulnerável à composição das forças políticas que momentaneamente governam e dos interesses quase sempre mais imediatos que representam ou buscam articular (p. 86).

A Plenária Nacional de Saúde se configura em um momento de crise econômica, na qual as pretensas políticas sociais democráticas foram sendo progressivamente substituídas por políticas conservadoras. Durante o processo constitucional, momento de formação da PNS, a Presidência da República, junto com parlamentares conhecidos como “grupo do centrão”, iniciou um processo de negociação com o objetivo de manter o regime presidencialista e definir o mandato presidencial de cinco anos (SOPHIA, 2005). Essas negociações resultaram em redistribuição dos cargos políticos e, dessa forma, a equipe do Ministério da Saúde passou a ser majoritariamente conservadora. Uma proposta ousada em um contexto conservador. “No final da primeira fase do governo Sarney, o movimento sanitário acumulava vitórias no âmbito do processo constitucional, ao passo que no âmbito institucional alguns de seus representantes [...] foram destituídos dos cargos que até então ocupavam” (SOPHIA, 2005, p. 74).

Com a redistribuição de cargos, iniciada em 1987, os intelectuais que haviam ocupado lugares na máquina pública foram demitidos, mantendo-se, até o início de 1990, como último bastião, a Fundação Oswaldo Cruz, sob o comando de Sérgio Arouca. Na Previdência Social, a condução comprometida com as reformas manteve-se até a negociação do mandato presidencial e do regime de governo⁴³. A partir de março de 1988, nenhum “representante” do movimento sanitário permaneceu em cargos de direção do INAMPS (SOPHIA, 2005).

⁴² Apesar de ter menos de 60 mil assinaturas coletadas, muito pouco para o tamanho do movimento, a Emenda Popular da Plenária conseguiu ser encaminhada à Constituinte (OLIVEIRA, 2007).

⁴³ Nas atas da ANS identificam-se vários pronunciamentos de parlamentares denunciando esse processo.

É nesse contexto de turbulência política e de reações conservadoras que perpassa a criação e a consolidação da PNS como canal de expressão política do movimento pela reforma sanitária. Ao final da 8ª Conferência é proposta a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). Esta comissão, formada por mais de 20 integrantes (representantes de alguns estados e municípios, Ministério da Saúde, Ministério da Educação, setor privado e centrais sindicais) tinha a incumbência de transformar o relatório final da 8ª CNS em proposta concreta de sistema de saúde para levá-la à Assembléia Nacional Constituinte. Quando a Comissão Nacional de Reforma Sanitária começa a atuar, foi criada então a PNS. Ela tinha, além do objetivo de acompanhar os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, o de manter uma ligação entre a CNRS e a sociedade civil organizada que havia participado ativamente da 8ª Conferência. A PNS teve um papel bastante importante na época porque ela era o sinalizador de que a Reforma Sanitária continuaria defendendo os interesses de toda a sociedade.

Um recorte de jornal à época da votação da Constituição reflete o contexto político e a presença da PNS:

*“Segunda-feira, 16/5, véspera da votação da saúde. A **Plenária da Saúde**, reunida na Primeira Secretaria da Constituinte, aguardava notícias dos debates na sala de Mário Covas em torno do texto da saúde, quando Uldurico Pinto (PMDB-BA) trouxe notícias de que o Centrão radicalizava e as perspectivas de acordo se reduziam. **“Gente, tá feia a coisa”**, carregou no sotaque. **“É cão chupando manga!”** (Encarte Especial do jornal Proposta, maio-junho de 1988, grifos nossos).*

Três grupos apresentaram propostas à Comissão constituinte: o movimento sanitário, pela estatização da saúde — o único a levar texto pronto —; a iniciativa privada, pela privatização da saúde; e o grupo institucional — Ministério da Saúde e da Previdência, defendendo cada um sua preservação. O grupo pró-Reforma Sanitária tinha lobby organizado: o Núcleo de Estudos em Saúde Pública, do qual fazia parte o Centro de Estudos e Acompanhamento da Constituinte, da UnB. Participavam também a ABRASCO, o CEBES e outras entidades.

Com um texto consistente teórica e politicamente, a Emenda apresentava uma clara configuração da justificativa de sua proposta.

Justificação

O nível de saúde da população resulta de um conjunto de condições associadas ao trabalho, alimentação, habitação, transporte, educação, renda, meio ambiente, liberdade, lazer, posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Desta forma, a saúde de um povo é resultado da forma de organização social da produção e da apropriação dos bens e serviços, que, na sociedade brasileira tem gerado grandes desigualdades nos níveis de vida e de saúde.

Assim, se as camadas sociais mais ricas apresentam níveis de vida e de saúde semelhantes às dos países capitalistas centrais, a maioria da população tem um nível de vida e de saúde igual à dos países mais pobres do mundo.

As exigências do processo de acumulação do capital nas últimas décadas no país é responsável pelo desenvolvimento de um modelo econômico baseado na grande concentração do capital nacional associado ao capital internacional, na transferência para o Brasil de linhas de produção industrial extremamente lesivas para a saúde do trabalhador, e, na superexploração da força de trabalho (transferência de grandes contingentes de trabalhadores do campo para a periferia das cidades vivendo em condições subumanas, sem emprego fixo, sem proteção trabalhista e previdenciária, perda do valor real dos salários, aumento da jornada de trabalho, intensificação do ritmo de produção, etc...)

Isto trouxe reflexos graves para a qualidade de vida da população, que se encontra hoje em níveis que não correspondem ao grau de desenvolvimento econômico que o país alcançou. Segundo o último Censo, 67% da população ativa no Brasil recebe até 2 salários mínimos, sendo que no Nordeste essa porcentagem chega a 84%, e dentre estes, 65% recebe menos de 1 salário mínimo. A situação de saúde da população brasileira também não corresponde ao estágio atual de desenvolvimento do País: se compararmos com a Argentina, Chile e Venezuela, veremos que temos uma mortalidade geral e Infantil superior à desses países da América latina. Internamente, observamos diferenças muito grandes no estado de saúde entre os brasileiros das diversas regiões e das diversas classes sociais: um nordestino pobre vive 30 anos menos que um sulista rico; nos grupos pobres e explorados da população em todas as regiões, o risco da mortalidade infantil é de 10 vezes maior.

Em virtude desse processo de acumulação do capital, da exploração do trabalho, da urbanização desordenada, da produção industrial

que se utiliza de equipamentos e substâncias agressivas ao trabalhador, estabelecem-se altos índices de incidência dos diversos tipos de doenças nas diferentes regiões do País.

Registra-se nas regiões Sul e Sudeste, uma grande incidência das doenças denominadas “modernas e industriais” ou outras, decorrentes das formas atuais de acumulação do capital e exploração da força de trabalho: ritmo de produção, organização do trabalho, contato com substâncias nocivas, máquinas inseguras, etc... A morte por doenças cardiovasculares, câncer, doenças profissionais, acidentes do trabalho e por outras formas de violência, como suicídio, homicídio, acidentes de trânsito cresceram bastante de 1960 para cá. As doenças crônico-degenerativas constituem causa importante de aposentadoria por invalidez, e as cardiovasculares (principalmente a hipertensão arterial), as doenças mentais e as osteoartroses constituíram 58,7% dos motivos de aposentadoria pelo INPS em 1980.

Por outro lado, não resolvemos os problemas (decorrentes da alta incidência das “doenças tradicionais ou da pobreza periférica), ligados às formas mais atrasadas de acumulação do capital, exploração do trabalho e ocupação do solo. Tais doenças, algumas delas ocorrendo desde a época colonial, restringiam-se principalmente a determinadas regiões do país, principalmente de produção agrícola. No entanto, hoje elas emergem nas zonas urbanas e expandem-se nas fronteiras de ocupação territorial, como na Amazônia e em Rondônia: esquistossomose (6 a 8 milhões) tuberculose (1 milhão), doença de chagas (mais ou menos 6 milhões), malária (160 mil casos novos por ano), desnutrição (40 milhões), as doenças infecciosas associadas à desnutrição são responsáveis por 26% da mortalidade de crianças menores de 5 anos. Essas doenças denunciam as péssimas condições de vida da população: salários baixíssimos, alimentação insuficiente, más condições de habitação e saneamento. Aproximadamente 300 mil crianças morrem por ano

no país por doenças que a medicina brasileira poderia resolver. E, mais recentemente, agravando ainda mais o nível de saúde da população, vivemos a eclosão das epidemias de febre amarela e dengue, doenças que já estavam sob controle desde as primeiras décadas deste século no Brasil.

Nos últimos 26 anos, o estado de saúde da população brasileira, mantém as desigualdades regionais. No período verifica-se para as capitais brasileiras uma queda na ocorrência de mortalidade das "doenças dos países periféricos", como por exemplo

as infecto-contagiosas, e da mortalidade em menores de 1 ano. No entanto, os níveis alcançados estão longe do aceitável para o padrão de desenvolvimento atingido pela sociedade brasileira, além de manter o mesmo padrão de desigualdade regional da década de 60. Por outro lado, no mesmo período, a mortalidade nas capitais para as "doenças dos países centrais", como por exemplo as crônico- degenerativas, vêm apresentando significativo aumento nas regiões mais industrializadas do país como o Sul e o Sudeste.

Portanto, infere-se que as chamadas "doenças dos países periféricos" continuam sendo um problema importante para o Brasil como um todo, ao mesmo tempo em que as "doenças dos países centrais" crescem de importância no quadro nosológico brasileiro principalmente nas regiões mais industrializadas. Em linhas gerais esta situação configura um quadro sanitário peculiar onde, na 8ª Economia capitalista, convivem problemas de saúde mais freqüentes nos países capitalistas periféricos e aqueles que ocorrem nas economias mais desenvolvidas do mundo capitalista.

Por outro lado, na configuração dos serviços de saúde podemos também perceber os reflexos do processo de acumulação do capital, principalmente dos últimos 20 anos. Enquanto em muitos países de formação capitalista, as políticas sociais tendem a se constituir em mecanismos de redistribuição de renda entre as regiões geográficas e entre as classes sociais, no Brasil, ao contrário, a política de saúde não só tem favorecido uma maior concentração de renda, como tem possibilitado a constituição de mais um ramo de acumulação do capital.

Diferentemente do que se deu em outros países da América Latina, o Estado brasileiro pouco investiu na implementação de serviços públicos de saúde. Mais grave ainda, nos últimos 20 anos, passou a subsidiar o desenvolvimento de um amplo setor privado de prestação de assistência médica, com os recursos provenientes das contribuições dos trabalhadores para a Previdência Social. Isto foi possível com a exclusão da participação dos trabalhadores dos organismos do sistema previdenciário após a criação do INPS em 1967, e pela criação de elos entre a tecnoburocracia estatal e os grupos privados empresariais e da área de saúde. Os grupos privados na saúde se desenvolveram através de duas principais modalidades de prestação de serviços: a) os serviços hospitalares, representados na sua maioria pela FBH (Federação Brasileira de Hospitais) que na década de 70 conseguiram beneficiar-se de financiamento público para ampliação de seus leitos (via recursos da Caixa Econômica Federal pelo Fundo de Apoio Social), e são mantidos pelos contratos que celebram com o INAMPS para atendimento dos previdenciários urbanos e rurais; b) os convênios com empresas ou "medicinas de grupo", representadas pela ABRAMGE (Ass.Brasileira de Medicina de Grupo), em que se dá a convergência dos interesses lucrativos dos empresários médicos com os interesses de lucratividade e controle do trabalhador por parte das empresas industriais, comerciais e financeiras, localizadas principalmente na região Sudeste.

Em contrapartida, nesse mesmo período o Estado diminuiu o investimento de recursos na prestação de serviços através dos hospitais estatais, dos centros de saúde, dos ambulatórios públicos, bem como dos hospitais e ambulatórios próprios do INAMPS. Por essas razões, chegamos à década de 80, com a destinação de 85% dos recursos públicos federais (do INAMPS e Ministério da Saúde), aos serviços médicos hospitalares, principalmente privados, de custo elevado e qualidade questionável, enquanto são insignificantes os recursos destinados ao controle das doenças transmissíveis, bem como, as medidas adotadas para combatê-las são de caráter emergencial (de maior custo e menos eficácia), nos momentos de epidemias, inexistindo nas unidades básicas de saúde, condições para o controle e o diagnóstico rotineiro dessas doenças. A ação dessas

unidades não inclui também medidas de controle dirigidas aos agravos gerados pelo processo de produção (poluição ambiental, acidentes de trabalho, doenças profissionais, bem como os acidentes de um modo geral, como domésticos, de trânsito...).

Outro aspecto a ressaltar é a assistência médico-odontológica prestada pelos sindicatos de trabalhadores urbanos e rurais, através dos convênios com o INAMPS e FUNRURAL, substituindo as obrigações do Estado no setor e reforçando as ações assistenciais do sindicato, em detrimento de suas lutas. Também em relação à prestação de serviços de saúde, devemos apontar para a extrema desigualdade de serviços a que a população tem direito e acesso. As diferenças se dão entre previdenciários e não previdenciários, entre previdenciários das várias regiões, entre previdenciários urbanos e rurais, entre previdenciários com convênio-empresa e sem convênio-empresa, entre empregados e desempregados, subempregados, trabalhadores não registrados, bóias-frias, empregados domésticos, etc.... Enquanto para o trabalhador urbano o INAMPS propiciou 2,05 consultas/ano em 1980, para o trabalhador rural o índice ficou por volta de 0,4 consultas/ano; um outro exemplo: em 1981, o INAMPS gastou 6 vezes mais com os previdenciários do Rio de Janeiro do que com os previdenciários do Maranhão (Ata da 48ª Sessão, em 9 de abril de 1987, p. 206-207).

O discurso do Constituinte Arnaldo Faria de Sá (PTB-SP) demonstra essa tendência contrária à ‘estatização da saúde’ defendida pela PNS:

*“Ora, se o Estado não consegue tratar as ações básicas de saúde, nem sequer eliminar os mosquitos transmissores de doenças, muito menos terá capacidade de executar os serviços médicos e hospitalares como desejam os sanitaristas. De qualquer forma, se o projeto vier a ser aprovado como proposto originalmente, o seu preço, mais uma vez, será pago pelo contribuinte. **A estatização exigirá que se dobre a carga tributária sobre o brasileiro**”.*

Outro constituinte, Inocêncio Oliveira (PFL-PE), afirma que caracterizar as ações de saúde como de natureza pública é inviabilizar o setor privado e, portanto, inviabilizar como um todo o setor da saúde no Brasil. No entanto, sabe-se que tal caracterização não exclui o setor privado, apenas atenta para a necessidade deste seguir as diretrizes do SUS.

Muitos constituintes rebateram essa visão antiestatizante em seus discursos, como, por exemplo, o Constituinte Aluizio Bezerra (PMDB-AC) (Maio de 1988, Sábado 21, Livro vol. 8, p. 10652). Em seu argumento, apresenta algumas experiências exitosas de estatização da saúde em outros países.

“Neste momento, porém, queremos rebater essa falsa argumentação que pretende identificar a estatização como retrocesso ou como ineficiência”.

Outros discursos se juntam em defesa do projeto de RS. Em vários desses momentos, há referência direta à Plenária Nacional da saúde (como o discurso abaixo de Uldorico Pinto – PMDB/BA), pronunciado na ANS de maio de 1987.

O SR. ULDURICO PINTO (PMDB — BA. Pronuncia o seguinte discurso.) — Sr. Presidente, Srs. Constituintes, em breve iremos votar o Capítulo sobre a Ordem Social e nele avulta, sem dúvida, a grave e prioritária questão da saúde pública.

Como contra fatos não há argumentos, queremos aliar as nossas palavras à voz dos ilustres colegas que integram a Plenária de entidades que lutam pela democratização da saúde, e apoiar, com a ressalva de algumas emendas, o Projeto da Comissão de Sistematização, por traduzir os anseios manifestados durante a Oitava Conferência Nacional de Saúde.

Tal democratização será alcançada, Sr. Presidente, quando estiver funcionando em nosso País, de forma efetiva, um sistema único de saúde que viabiliza ações de promoção, de proteção e de recuperação, atuando também no nível individual e no coletivo.

Deve, ainda, atuar sobre a saúde das pessoas, sobre os produtos de consumo ou do uso humano, sobre o meio ambiente e sobre as condições do ambiente de trabalho, com ênfase para ações preventivas, para a descentralização e para a participação das comunidades.

É imperioso, também, Sr. Presidente, que reafirmemos aqui a prevalência do princípio segundo o qual a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, o qual, ao contrário do que costumam afirmar alguns, não é apenas um produto da arte retórica, porque contém, em seu enunciado, o conteúdo de profundo sentido judicioso.

Desejamos ainda expressar o nosso apoio às emendas que asseguram a concretização do ideário dos que defendem a efetiva democratização do processo de saúde pública no País, tais como:

Da constituinte Abigail Feitosa, determinando percentual mínimo de treze por cento para o orçamento de saúde, em todos os níveis.

Do constituinte José Fogaça, que veda a comercialização de hemoderivados bem como coleta e transfusão de sangue.

Do constituinte Célio de Castro, assegurando à União controle global da importação de medicamentos e matérias-primas básicas da indústria farmacêutica.

Do constituinte Eduardo Jorge, estabelecendo condições de proteção à saúde do trabalhador.

Finalmente, do constituinte Paulo Macarini, estabelecendo as fontes de recursos da seguridade social. (Muito bem!)

Ata da ANC de 17/5/1988

Por outro lado, não só o lobby da PNS se fazia presente. No lobby da privatização, os próprios empresários do setor. O embate estava polarizado entre estatização x não estatização do setor saúde. Várias são os discursos que foram feitos na ANC que se posicionavam ora por seus extremos, ora buscavam uma conciliação e convivência harmônica entre ambos.

Na reta final, “a Plenária da Saúde estava a todo vapor, acompanhando diariamente as negociações da Constituinte” (OLIVEIRA, 2007, p. 17). O que estava em jogo: seu projeto.

Faleiros et al (2006) apresentam um quadro síntese com os principais momentos da PNS (quadro abaixo):

1987	Maio Agosto	Lançamento da Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte. Aprovação e Lançamento do Texto da Emenda Popular de Saúde.
1987-1988		Lutas pela incorporação do conteúdo da emenda Popular de Saúde na Constituição
1988-1990		Participação na formulação do conteúdo da proposta de Lei Orgânica da saúde e luta pela aprovação da Lei nº 8.080 e, posteriormente, da luta pela recuperação os dispositivos vetados pelo Presidente Collor – Lei nº 8.142 (Notas, Adesivos, manifestações, plenárias estaduais e municipais, corpo a corpo com parlamentares e reuniões permanentes).
1990	Junho Dezembro	Apresentação de proposta de composição e Regimento para o Conselho Nacional de Saúde; luta pela aprovação do Decreto 99.438, de 07/08/90, que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho nacional de Saúde e dá outras providências. Apoio à realização do seminário nacional de Carreira (PCCS).
1990-1992		Luta pela realização da IX Conferência Nacional de Saúde, articulando a sua convocação; participando do Conselho Consultivo; estimulando a realização das etapas estadual e municipal; elaborando propostas para o Temário da IX CNS; participando da Conferência.
1992	Outubro	

		Encaminhamento de documento ao Ministro da Saúde: “A Plenária Nacional de Saúde e a implementação do SUS no contexto do atual governo”.
1993	Março	Posicionamento da PNS sobre o documento “A municipalização das ações e serviços” elaborado pelo Grupo Especial para a Descentralização – GED, do Ministério da Saúde, contendo proposta para a implementação da descentralização /implantação do SUS.
	Setembro	
1994	Setembro	Tentativas de rearticulação da Plenária
1995	Março	Retomada da Plenária
1996		Lançamento do SOS-SUS – TODOS PELA SAÚDE, SAÚDE PARA TODOS
		MOVIMENTO EM DEFESA DA SAÚDE E PELA A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS
1997	Fevereiro	Continuidade do MOVIMENTO EM DEFESA DA SAÚDE E PELA A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS
	Abril	

Quadro 3. PNS.

Fonte: Faleiros et al (2006).

Isso posto, vamos discutir a intersectorialidade na PNL. Como um processo contraditório, nossa pergunta sobre a intersectorialidade na PNL resultou em uma resposta que afirma e nega ao mesmo tempo o fato. Evidenciava-se assim, que as compreensões sobre intersectorialidade interferiam sobre as respostas dadas pelos entrevistados.

5.2. A intersectorialidade na (ou fora da) agenda da PNS

Vimos que a Plenária de Saúde se inscreve em uma larga trajetória de organização do movimento sanitário desde antes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, mas que ganha mais força com a convocação da Assembléia Nacional Constituinte (ANC). É nesse momento que se percebe a necessidade de uma articulação permanente das entidades da saúde no espaço da ANC, ou seja, em Brasília e vinculado ao trabalho do Legislativo. Antes da ANC muitas outras vezes houve articulação das entidades, a maioria delas em função de exercer pressão sobre o Executivo. Os trabalhos no Parlamento tiveram início com a apresentação do documento do CEBES⁴⁴.

A diferença, no caso da Plenária, era a permanência da articulação e seu *lócus*. Além disso, o foco também era diferente. Na maioria das vezes o movimento sanitário tinha como base os centros e instituições acadêmicas. Ainda que a Plenária tenha tido um forte componente do Núcleo de Saúde Coletiva da UNB, que lhe dava suporte técnico e material, o foco era a sociedade civil organizada, pois era preciso essa mobilização para fazer lobby e pressão no espaço da constituinte.

A PNS exercia um papel de negociação e de mobilização, inclusive de convencimento aos parlamentares. Os membros atuantes na PNS buscavam percorrer os gabinetes dos parlamentares, conversavam com as lideranças partidárias e era realizada também uma articulação com todas as lideranças do movimento sanitário nos estados

A Plenária Nacional de Saúde, inicialmente uma instância criada para angariar assinaturas à emenda popular, acabou virando protagonista nos trabalhos finais da Constituinte. Jacinta Senna relembra esse processo à Revista Radis (“pressionada pelos progressistas, a Comissão de Sistematização, por fim, acabou abrindo seção específica no Capítulo da Seguridade Social para a Saúde. Não sem ressalvas. “Lembro que Eduardo Jorge saiu dizendo: ‘Não passou nem participação popular nem social, mas sim participação da comunidade’” (2008).

⁴⁴ O documento do CEBES intitulado “A questão democrática na saúde” continha os princípios do Sistema Único de Saúde e constituiu um dos principais documentos que refletia a bandeira de luta do movimento sanitário.

A Plenária Nacional da Saúde enfrentou inúmeras dificuldades. Tais dificuldades derivavam de sua localização em Brasília – distante das bases populares na prática cotidiana –, em uma sede com limitações de recursos de comunicação. “Era falta de rede, de comunicação” (OLIVEIRA, 2005).

Assim, a PNS era caracterizada como um fórum de entidades interessadas na questão da saúde no Brasil, reunindo entidades sindicais, conselhos de categorias profissionais, movimentos populares e entidades científicas com o objetivo de defender o direito social à saúde no processo constituinte, e, posteriormente na consolidação da Lei Orgânica da Saúde (LOS). A sede da Plenária funcionava no Conselho Federal de Medicina, em Brasília — de ativa militância na época, tendo à frente Francisco Barbosa Costa —, de onde saíam os comunicados sobre os dias de votação aos participantes: por telefone ou fax, todos eram informados diariamente. “O problema é que às vezes uma votação e outra eram transferidas para a semana seguinte e as pessoas tinham que reformular suas agendas o tempo todo”, conta Jacinta. Também havia reuniões no Auditório Nereu Ramos, no anexo 2 da Câmara. “Éramos assessores, representantes dos movimentos, das plenárias nos estados, parlamentares, e nossas referências da época eram Arouca, Raimundo Bezerra, Abigail Feitosa e Carlos Sant’Anna — este, apesar de ser do Centrão, era forte defensor da saúde pública”. Eduardo Jorge, outra referência nomeada por Jacinta, também cita os que mais colaboraram com a saúde: Mosconi, Gabriel, Bezerra, Sant’Anna — “prefiro falar dos que mais ajudaram do que dos que mais prejudicaram”.

O confronto era permanente. Stélio Dias (PFL-ES), da tribuna, citava Nélon Proença, presidente da Associação Médica Brasileira: “Ele advertiu que as conclusões da 8ª Conferência havia resultado de um **‘foro político, não um foro técnico’**, e alertou para o fato de que aquela conferência **‘teve acentuada predominância das participações ligadas à CUT-PT e ao Conclat-PCs’**. Em seu entendimento, a estatização não haveria de prosperar porque a conferência agiu com base em ‘concepção maniqueísta em que o Estado representa o bem e a verdade e a iniciativa privada, o mal e a corrupção’”.

Na ATA DA 64ª Sessão, em 13 de maio de 1987 (p. 288-289) o constituinte Adylson Mota (PDS – RS) manifesta-se contrário ao trabalho do relator da subcomissão de saúde.

*“ – Sr. Presidente, Srs. Constituintes, há poucos dias, assomava eu a esta tribuna para dizer da minha preocupação com algo que surgia aqui – embora ainda não o fosse em caráter de denúncia – e que se me afigurava como muito grave. Refiro-me ao trabalho hoje executado nas subcomissões. Naquela ocasião, afirmava que apesar de o prazo para apresentação de propostas, a nível de subcomissão, encerrar-se dia 7 de maio às 24h, já circulava um parecer – sem entrar no seu mérito da Subcomissão de Reforma Agrária, datado do dia 5, ou seja, dois dias antes de esgotar-se o termo de entrega das propostas de sugestões que deveriam ser apreciadas [...] **Na Comissão de Saúde – e o Relator dessa Subcomissão se encontra aqui presente – foram apresentadas 540 propostas, entregues sábado à tarde. Pois bem, terça-feira pela manhã, já estava pronto o seu relatório. Quero dizer, Sr. Presidente, com todo o respeito ao meu colega Relator, que esse trabalho não espelha o que foi tratado a nível da nossa subcomissão. Trata-se de um documento faccioso, parcial e que mais reflete o pensamento de um pequeno grupo da subcomissão do que aquilo que realmente lá foi tratado. Esse documento, pela sua ortodoxia, talvez não fosse aceito na União Soviética, atualmente um país que está-se liberalizando, e que inclusive se abre à iniciativa privada. No parecer da Subcomissão de Saúde, no que se refere à previdência, à seguridade, simplesmente não existe a iniciativa privada. É evidente que esses assuntos serão tratados a nível de subcomissão e de comissão. Entretanto, se levanto essas preocupações é porque o que começa errado dificilmente termina certo. Sei que terá o crivo da subcomissão, terá as emendas, da comissão geral e, depois, será apreciado a nível da Comissão de Sistematização, mas estou aqui alertando para isto, que hoje está depondo contra o nosso trabalho. Estamos perdendo a respeitabilidade, a credibilidade perante a opinião pública e seremos cobrados por isso. Quero fazer este registro para alertar meus colegas para que estejam atentos, por ocasião da votação dos relatórios, já que as propostas não foram levadas ao nosso conhecimento, no seio da Subcomissão, propugnar para que se possa em prol do que a sociedade está a pedir. Esta é a minha preocupação”.***

O deputado, vinculado ao Centrão explicita que nesse embate no interior da ANC, o projeto defendido pelo relator trazia uma ortodoxia, ou seja, uma ruptura com uma concepção de mundo até então vigente, contendo nessa proposta os elementos fundamentais para construir uma total, diferente e integral concepção de mundo (conforme concepção gramsciana de ortodoxia).

Uma ofensiva sobre a Constituinte foi traçada pela PNS, esclarecendo as posições do movimento popular da saúde e alertando para o retrocesso representado pelo projeto do Centrão, e esta marcou os dias que antecederam a votação. Sindicatos, conselhos e associações profissionais, instituições científicas, universidades, CUT, confederação de moradores, todos mandaram representante, umas 60 pessoas. Dezenas de constituintes compareceram. Ficou decidido na Plenária que, caso o Centrão aprovasse seu projeto, seriam apresentadas emendas ao texto final. “Não imaginem que será um doce de coco”, alertava Mário Covas. “Vocês terão que se desdobrar em seus estados, porque as grandes batalhas serão travadas no 7º e 8º capítulos, onde os textos são mais dissonantes”.

As principais temáticas discutidas na PNS foram: a relação público-privado, a questão da saúde ser um direito de todos e dever do Estado, o SUS estatal, a universalidade, a integralidade, a equidade, a relação do SUS com os hospitais universitários, a formação profissional, a articulação com o setor educação, a fármaco-vigilância, o controle social, o financiamento da saúde.

5.2.1. A intersectorialidade na agenda da Plenária Nacional de Saúde

A intersectorialidade perpassou toda a ação da PNS. Como um espaço plural, e portanto intersectorial, a plenária traz em sua estrutura o princípio da intersectorialidade como estruturante ao próprio processo.

*Quando a PNS não é hegemônica por um único setor, porque senão ela seria um espaço de uma determinada entidade, de uma determinada corporação e ao mesmo tempo os outros setores seriam parceiros dela. **A intersectorialidade pressupõe você ter um conjunto de atores sociais ou sujeitos políticos, né...que atuam numa mesma condição de agente político, de agente social e ao mesmo tempo esses mesmos agentes com condições de interferir no processo e no resultado do que você está pretendendo. A PNS tinha essa intersectorialidade sim (PT1).***

Em relação aos setores que participavam da PNS PT2 elenca os seguintes:

As entidades sindicais, entidades do movimento popular em saúde, a associação médica, a federação nacional dos médicos, a federação nacional dos enfermeiros, a união nacional dos estudantes, a ANDES, partidos políticos sendo todos da esquerda e alguns partidos do centrão, a ABRASCO, o CEBES (PT2).

O espaço da PNS pode ser considerado como aglutinador de força política e social em torno da bandeira de luta “Saúde e Democracia”. Era um espaço também onde os temas em torno de mudanças na sociedade brasileira e na política de saúde estavam em debate trazendo a tona conflitos de interesses entre diferentes setores. Aliado a isso, podemos verificar que a PNS apesar de englobar principalmente instituições relacionadas ao setor saúde também envolvia outros setores como a união nacional dos estudantes e o movimento sindical – setores esses que não se relacionavam diretamente a saúde. Desse modo, nota-se que a PNS mantinha um caráter de envolver outros setores sociais para além do setor saúde visando a

requerer por parte do Estado direitos sociais como o direito a saúde, ao mesmo tempo em que designa a esse mesmo Estado a responsabilidade de prover sua efetivação. Nesse sentido, PT2 ratifica que a intersectorialidade na PNS foi debatida como responsabilidade do Estado em termos de sua efetivação.

Assim, podemos contrapor esse significado de intersectorialidade ao defendido pelas conferências internacionais de saúde como a de Ottawa. Esta última não explicita em seu texto que a responsabilidade pela efetivação da intersectorialidade seria do Estado. Ottawa ratifica que os dirigentes dos diferentes setores deveriam promover uma **ação coordenada entre o governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia**. Desse modo, notamos um significado diferente de intersectorialidade. Este significado nos remete a pensar o projeto de reforma sanitária como um processo que dispararia mudanças tanto no âmbito político amplo (mudanças societais) quanto na esfera da gestão dos serviços de saúde (nuance técnica). As mudanças políticas deveriam fomentar mudanças técnicas nos processos de gerir a política de saúde cuja responsabilidade seria do Estado como ente que congregaria essas demandas e representaria a sociedade civil organizada. Portanto, nota-se um debate diferenciado de intersectorialidade como configurado pelas conferências internacionais.

Sobre a questão das conferências internacionais e a influência das mesmas no delineamento de propostas para o setor saúde brasileiro, Paim (1986) no processo de construção de propostas para o fomento de um novo sistema de saúde no Brasil nos lembra que as conferências internacionais e suas definições – especialmente Alma-Ata e sua meta de Saúde para todos no ano 2000 – que originalmente poderiam ter um sentido de controle social (controlar a população e a política de saúde) - poderiam ser recriadas visando a configurar uma proposta com um conteúdo realmente transformador. Mas, desde que fosse definida pelos trabalhadores e seus aliados históricos. Assim, o conteúdo das conferências poderia ser modificado (se fosse de interesse da sociedade civil organizada) para criar um novo conteúdo. Isso remete a uma reflexão de que a política que estava sendo proposta pelo movimento pela reforma sanitária deveria englobar as demandas e reivindicações da sociedade brasileira organizada e não ser uma mera cópia de

modelos e princípios elencados por conferências patrocinadas pelas Organização Mundial de Saúde e organismos internacionais.

PT1,, ao ser questionado em relação a influência de organismos internacionais no delineamento das ações da PNS e especificamente no fomento do debate da intersetorialidade, responde que

Objetivamente, nós também trazíamos ali um certo comportamento nacionalista. Portanto, nenhum peso posso lhe assegurar no período da PNS...das concepções trazidas por organismos internacionais...Especialmente pelas ONGs que atuavam no setor...pelo contrário...essas não eram bem vistas (PT1).

PT2, ao lembrar sobre o espaço da PNS e relacioná-lo à intersetorialidade, afirma que esta tinha uma dimensão tanto política quanto técnica:

*Envolvia toda uma **articulação**, uma **discussão** com as diversas **representações que compunham a PNS**, ou seja, uma discussão com outros setores, que tem um jeito de ser e de se organizar e uma cultura inclusive...e práticas, técnicas de implementar alguns conceitos (PT2).*

Destacam-se aqui as dimensões práticas da ação cotidiana da PNS – articulação, discussão, O aspecto técnico da intersetorialidade é expresso pelo participante da PNS como a implementação de conceitos defendidos pelo movimento pela reforma sanitária em termos concretos/operacionais. Tratava-se de como expressar na prática cotidiana conceitos que estavam sendo formulados ou reformulados no âmbito de proposições teóricas, no campo abstrato. Já o aspecto político é visto como a capacidade que a PNS tinha de fomentar discussão entre setores sociais que tem diferentes formas de organização e expressão em torno de uma luta política que defendia o direito a saúde como dever do Estado e direito de todos, democracia e mudanças sociais.

Entretanto, após relatar sobre o significado da intersetorialidade dentro da PNS, PT2 relata ainda que a intersetorialidade não foi uma grande discussão da PNS.

A intenção, a grande discussão da PNS era que o sistema era público Estatal, então essa foi a grande discussão. Mas, durante o processo de implementação do SUS nós já sabíamos de que precisávamos buscar: disparar um processo de

descentralização de fato dos recursos e das responsabilidades das políticas e ao mesmo tempo você atuar nos espaços do Estado para a intersetorialidade.

Relacionando a ausência da intersetorialidade como grande questão debatida na PNS, PT2 argumenta que

*mesmo que ela não se expressa com este nome em todos os momentos, mas **ela era como você articular a aplicação deste conceito no Estado brasileiro que historicamente a gente não trabalha junto.** Que ainda isso continua sendo um desafio hoje. A **intersetorialidade é um desafio**, a universalidade, a equidade. Mas, essas questões já eram tratadas.*

A entrevistada sinaliza o trabalho em conjunto com diferentes setores como um desafio. Esse desafio já era evidenciado pelo projeto político ostentado pelo movimento sanitário. O mesmo sabia que se a reforma sanitária não avançasse do ponto de vista político e a sociedade brasileira nesse âmbito passasse por um processo de mudanças amplas em termos de uma construção de uma nova ordem societária, a reforma sanitária não seria concretizada e corria-se o risco de torná-la uma reforma meramente administrativa. Era preciso efetuar mudanças amplas. Com modificações técnicas, teóricas, políticas e a construção de uma nova consciência sanitária, a reforma sanitária se consolidaria. As palavras de Arouca ratificam esse argumento:

[...] O que nos interessa nessa reforma sanitária, imaginando que ela seja um projeto nacional – não é uma modernização administrativa das instituições, nem simplesmente acabar com fraudes (embora isso seja fundamental); nem somente recuperar a dignidade de um serviço público. É como se estivéssemos andando numa maria fumaça, quase que caindo pelas beiras da estrada e, sem parar, a transformássemos numa grande locomotiva que nos levasse para o futuro (BRASIL, 1986, p. 42).

PT2, ao ser questionada sobre a intersetorialidade como pauta de discussão da PNL, responde exemplificando:

*Quando nós discutimos, por exemplo, **a relação dos hospitais universitários com o novo sistema que estava se desenhando na legislação**, uma das discussões que chegava fortemente era essa questão da educação. E tanto que na lei tem o seguinte **“Comissões intersetoriais”**, aquelas comissões eram os temas que apareciam com maior frequência, porque **a fármaco-vigilância ela depende de você ter uma articulação na ciência e tecnologia, na produção de conhecimento, na questão da produção industrial**, é uma questão muito ampla a*

questão dos medicamentos que é também externa ao setor saúde, ela é um insumo como as vacinas e outros medicamentos, mas ela perpassava vários setores, especialmente a ciência e a tecnologia.

Em seu discurso inter cruzam os seguintes setores: Saúde, Educação, Ciência e tecnologia, setor industrial. Destaca-se aqui uma outra dimensão: a relação público-privado. O tema da inter setorialidade se faz presente na agenda da PNS.

As comissões inter setoriais⁴⁵, previstas na lei orgânica da saúde (lei 8080/90, artigo 12,13 e 14), foram criadas em âmbito nacional, “subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil [...] As comissões inter setoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [...] A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões inter setoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: I - alimentação e nutrição; II - saneamento e meio ambiente; III - vigilância sanitária e farmacoe epidemiologia; IV - recursos humanos; V - ciência e tecnologia; e VI - saúde do trabalhador [...] Foram criadas também Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior [...] Cada uma dessas comissões tem por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições” (BRASIL, 1990, p. 5).

Isso indica que a necessidade da saúde de articular com outras áreas de conhecimento vinculadas tanto ao setor saúde como fora do setor saúde. A lei não oferece o conceito de inter setorialidade, mas a criação das comissões inter setoriais ratificavam uma de suas dimensões: a nuance técnica de articulação entre políticas e programas.

A PNS, concluem dois entrevistados, é um espaço e uma prática inter setorial

⁴⁵ As comissões do Conselho Nacional de Saúde – CNS – estão constituídas pela Lei nº 8.080/90, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde. Com o objetivo de assessorar o pleno do CNS, fornecem subsídios de discussão para deliberar sobre a formulação da estratégia e controle da execução de políticas públicas de saúde. Atualmente existem mais de 20 comissões em funcionamento (BRASIL, 2009).

Eu posso dizer assim...que a PNS ela se caracteriza como um espaço intersetorial de discussão política, da política de saúde no Brasil, dentro de um contexto de avanço da cidadania no país. Eu não tenho a menor dúvida de que isso caracteriza essa intersetorialidade.

Nota-se que o entrevistado caracteriza o espaço da PNS como um local de discussão da política de saúde no Brasil. Isso pode ser expresso nas palavras de Rodriguez Neto (1997, p. 84) ao se reportar a PNS: [...] a Plenária fazia uma avaliação [...] mais profunda dos textos em discussão para se poder opinar sobre as sutilezas de redação que estavam em jogo.

Mas como um processo contraditório, a intersetorialidade também se fez ausente na PNS. Dois dos entrevistados (A1 e PCB1) afirmaram nas entrevistas que a intersetorialidade não foi discutida na PNS:

Afirma A1 que:

*A intersetorialidade não foi discutida e não é uma decorrência natural da determinação social. Por isso foi sempre um **conceito vazio**. **A própria noção de Seguridade social que poderia ser um avanço em termos da concretização da intersetorialidade não foi aceita pela Plenária e movimento sanitário**. Consideravam um golpe e uma ameaça ao SUS e à construção de um ministério da saúde fortalecido. Temiam a existência de um só ministério da Seguridade Social.*

Durante processo de institucionalização da política de saúde o movimento sanitário não tinha apenas um posicionamento no que diz respeito a noção de seguridade social a ser instituída na constituição federal de 1988. Uma frente do movimento sanitário acreditava que o conceito de seguridade social como estruturado a partir das políticas de Assistência Social, Saúde e Previdência Social era dotado de reducionismos. Isso porque ficaram de fora do conceito outras políticas sociais. Isso pode ser explicitado na fala de Rodriguez Neto (1988, p. 198):

[...] Eu, pessoalmente não concordo com o conceito de seguridade social e não concordo com a maneira casuística que eu falo, porque introduziram ali dentro apenas Saúde, Previdência Social e Assistência Social; quando poderiam introduzir o idoso, a família, o deficiente, o índio, tudo isso. A própria educação, lazer, esportes, são várias concepções que poderiam estar ali.

Além de ratificarem o reducionismo no conceito de Seguridade Social remetem o conceito as forças políticas a favor da manutenção das estruturas do antigo Ministério da Previdência Social ao qual seria apenas acrescido o Ministério da Saúde. Assim, temiam que a saúde ficasse relegada a um plano secundário em relação às outras políticas. Essa frente acreditava que teoricamente o ideal seria a estruturação de um conceito de seguridade social que englobasse políticas que garantissem qualidade de vida para a população na perspectiva de direito social. Entretanto, alegavam que as forças políticas vivenciadas naquele momento histórico não eram suficientemente fortes para definir as questões da repartição equânime dos orçamentos para cada política social inscrita na seguridade. Desse modo, acreditavam que era necessário brigar por percentuais definidos para a saúde. Isso porque havia a suspeita por parte do movimento sanitário de que a inserção da saúde no campo da seguridade social poderia ser um golpe visando a instaurar uma política de saúde contrária a defendida pelo movimento sanitário como lembra a entrevistada A1 em sua fala.

Entretanto, havia uma outra frente do movimento sanitário, que apesar de reconhecer a possível existência de um golpe, consideravam o conceito de seguridade social como um grande avanço da Constituição de 1988 por instituir uma concepção mais abrangente de política social. Acreditavam que [...] senão nós estaríamos brigando sozinhos e as outras coisas que são fundamentais para a saúde estariam relegadas à burocracia. Para mim é um avanço [...] (FLEURY, 1988, p. 198).

Ao enfatizar que a intersectorialidade não é uma condição natural da determinação social, A1 nos remete a pensarmos a intersectorialidade como uma categoria que ostenta várias dimensões. Assim, a saúde dentro do conceito emanado pela Constituição Federal de 1988 pressupõe a intersectorialidade. Entretanto, por esta última não ser uma condição natural da determinação social (assim mesmo que ela seja imprescindível para a operacionalização do conceito de saúde, ela naturalmente não será instituída) mas uma categoria que remete a, por exemplo, questões culturais, políticas sua operacionalização torna-se um desafio. Durante a PNS o foco era a instituição das questões contidas no relatório final da 8ª conferência nacional de saúde na constituição e como já descrito anteriormente, havia o temor da

existência de um golpe que não oferecesse a saúde a atenção reivindicada pelo movimento sanitário. Segundo A1 esse foi um dos motivos pelos quais “**a saúde sempre procurou se isolar, o que impede o avanço da intersectorialidade. Na época da Plenária isso era equivocado, como denunciei muitas vezes**”.

De acordo com Fleury (1988) o movimento sanitário no processo de institucionalização da política de saúde deveria ter contribuído mais com os outros setores principalmente em decorrência desse movimento possuir uma discussão técnica e política ampla em relação aos outros movimentos sociais. Nesse aspecto, a autora lembra a necessidade do Movimento Sanitário ter expressado uma maior visibilidade dentro da área de políticas sociais como um todo. A luta do Movimento Sanitário relata essa autora, foi muito específica e com pouca articulação com as outras áreas. Isso acarretou uma limitação, pois o conceito de saúde defendido é amplo e envolve as outras políticas sociais. Entretanto, a luta do Movimento Sanitário permaneceu no âmbito do setor saúde.

Por exemplo, na ata da Assembléia Nacional Constituinte nº 65 (de maio de 1987, p.337-338) a proposta da PNS aparece assim representada pelo constituinte, deputado Eduardo Jorge (PT-SP).

“Sr. Presidente, Srs. Constituintes: Ontem, em ato público, onde estavam presentes dezenas de entidades de trabalhadores e entidades do setor saúde de todo o Brasil, se constituiu uma frente popular pela reforma sanitária. O ato público foi realizado na Câmara Federal, em Brasília, e compareceram vários Constituintes, Deputados e Senadores.

Foi aprovado um manifesto e um articulado às propostas à Constituinte. Esse articulado será base para coleta de milhares de assinaturas do povo e será transformado num "projeto de iniciativa popular à Constituinte".

A seguir, passo a ler o manifesto, a lista de entidades presentes e suas propostas:

Manifesto

Politicamente comprometidos com a superação das péssimas condições de vida e saúde da maioria da população brasileira, as entidades e movimentos populares que compõem a Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte assumem neste momento histórico a luta unitária pela inclusão das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde no texto da futura Constituição, como condição mínima e indispensável para assegurar o pleno exercício do direito à saúde, o qual implica na garantia pelo Estado de:

– condições dignas de trabalho, alimentação, moradia, educação, transporte, meio ambiente, repouso, lazer e segurança, além do direito à liberdade, à livre organização e expressão, ao conhecimento e controle dos trabalhadores sobre processo e o ambiente de trabalho, bem como o acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. Plenamente conscientes das dificuldades que se levantarão aos nossos objetivos, conclamamos constituintes, outras entidades e movimentos populares a se unirem à nossa luta pela aprovação dos seguintes princípios, no texto constitucional e na legislação complementar.

1 – A saúde é um direito de todos os indivíduos e da população em geral sem qualquer discriminação, cabendo ao Estado o dever de assegurá-la.

2 – O direito à saúde significa a garantia pelo Estado de condições dignas de vida, de trabalho e acesso universal aos insumos, ações e serviços de promoção, proteção, recuperação, bem como de reabilitação da saúde, em todos os níveis.

3 – **As ações e serviços de saúde formarão um sistema único de saúde, estatal, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, como comando político-administrativo único em cada um dos níveis: federal, estadual e municipal.**

4 – Será garantido, nesse sistema, **a participação em nível decisório, dos setores organizados da sociedade civil**, quanto à formulação, gestão, controle e avaliação das políticas de Saúde.

5 – Os recursos para o financiamento do sistema nacional de saúde serão provenientes da receita tributária da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, nunca inferiores a 10% do PIB e se constituirão num fundo único de saúde, a ser administrado de forma colegiada pelos órgãos públicos e entidades representativas da Sociedade. Os recursos da Previdência Social atualmente destinados ao financiamento do sistema nacional de saúde serão substituídos gradualmente por recursos dessas fontes referidas anteriormente.

6 – **A indústria farmacêutica será estatizada.** Para tanto passa a constituir monopólio do Estado, a importação de matéria-prima químico-farmacêutica, a produção e distribuição de medicamentos, insumos ógicos, sangue e hemoderivados e outros insumos essenciais para o setor. O Estado deverá assegurar o desenvolvimento de uma indústria química de base, sob seu controle, com vistas a garantir a soberania nacional no setor químico e farmacêutico. Deverão ser fortalecidas as indústrias de equipamentos de saúde estatais

7 – O poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos do sistema nacional de saúde. Enquanto não se atingir a meta da estatização, os prestadores e produtores de bens e serviços passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo de saúde, seguindo a política estabelecida pelo sistema de saúde e regidos por contrato de direito público, garantindo-se o controle dos usuários neste setor, através de seus segmentos organizados.

8 – O Sistema Único de Saúde contará com uma política de Recursos Humanos que preveja: concurso público, carreiras multiprofissionais, isonomia salarial, direito à sindicalização e greve, para os trabalhadores de saúde.

9 – As ações de proteção, segurança e higiene do trabalho que visam a evitar doenças e acidentes decorrentes do trabalho, passam a fazer parte do Sistema Único de Saúde.

Central Única dos Trabalhadores; Central Geral dos Trabalhadores; Federação Nacional dos Médicos; Federação Nacional dos Farmacêuticos; Conselho Federal de Medicina; Federação Nacional dos Farmacêuticos; Associação Brasileira de Enfermagem; Federação Nacional dos Psicólogos; Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior; Associação dos Sanitaristas do Brasil; Federação Brasileira de Nutrição; Coordenação Nacional das Entidades e Associações Pré-Sindicais de Enfermagem; Partido Comunista Brasileiro; Partido Comunista do Brasil; Partido dos Trabalhadores; Partido Socialista Brasileiro; Plenária Entidades do Rio Grande do Sul; Plenária Entidades da Paraíba; Plenária Entidades e Movimentos de Saúde de São Paulo; Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica; Conselho Regional de Medicina – Rio de Janeiro; Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro; Associação Paulista de Saúde Pública; Sindicato dos Médicos de São Paulo; Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal; Sindicato dos Farmacêuticos de Brasília; Centro de Ser. da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente – RS; Sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal; Conselho Regional de Medicina – DF; Sindicato dos Psicólogos do Distrito Federal; Sindicato dos Médicos do Distrito Federal; Sindicato dos Nutricionistas do Distrito Federal; Conselho Regional de Odontologia – GO; Sindicato dos Enfermeiros de Goiás; Associação dos Médicos Residentes do Rio de Janeiro; Movimento Popular de Saúde – SP; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Núcleo de Estudos de Saúde Pública –

UnB; Associação Ser. da Fundação Oswaldo Cruz; Federação Nacional das Associações de Servidores da Previdência (FENASP); Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Goiás; Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Santa Catarina; Sindicato dos Médicos de Alagoas; Sindicato dos Assistentes Sociais do DF; Associação dos Servidores da Previdência Social de Goiás.

Nesse sentido, A1 relata que a intersetorialidade é um conceito vazio dentro da PNS porque ela não foi discutida e no momento da institucionalização da política de saúde a luta passou a ser mais setorial (no âmbito da saúde) do que intersetorial (da

saúde relacionada a todas as políticas sociais). Por outro lado, o conceito de saúde tal como definido no documento, trazia a necessidade do setor saúde ser pensado dentro de sua estrutura como também as articulações com amplos e diferentes setores. Assim, a intersectorialidade manteve-se como desprovida de visibilidade no debate e com ausência de um significado (conceito) defendido pelo movimento sanitário. Defendia-se a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, problematizando esses conceitos. Mas, a intersectorialidade não foi debatida segundo A1:

*Na luta política pela defesa da saúde sempre se privilegiou uma **visão setorial**, temendo que a intersectorialidade fosse uma ameaça ao fortalecimento do setor saúde. Então, havia uma versão quase idílica da concepção ampliada da saúde, como está na Constituição, mas nenhuma medida concreta para operacionalizá-la, nem mesmo o caminho da Seguridade Social, que, ainda que parcial, poderia ser um primeiro passo [...] essa discussão estava ausente de nossas preocupações, o que afeta até hoje o desenvolvimento insular da saúde.*

A1 traz para o debate a existência de contradições dentro do movimento sanitário ao relatar que apesar do mesmo defender e ratificar a necessidade do conceito ampliado de saúde, não houve um debate de como o mesmo poderia ser operacionalizado. O entrevistado traz para o debate uma negação a discussão de intersectorialidade durante o processo de existência da PNS.

Outro entrevistado que nega a existência do debate da intersectorialidade na PNS é PCB1 ao afirmar que:

Ela não foi alvo de debate porque foi muito... isso na minha memória...porque passaram-se muitos anos...mas, que eu me lembre a conquista de direitos negados por cada setor fazia parte de uma conquista global de toda a sociedade. Então o direito a uma melhor educação pública, ao saneamento básico, moradia, ao trabalho, o que hoje são chamados de setores esses direitos eram todos assumidos simultaneamente como direitos à saúde (PCB1).

PCB1 nos lembra que naquela periodicidade os movimentos sociais estavam aglutinados em torno de lutas políticas a favor da expansão de direitos sociais. O movimento sanitário buscava a legitimação do direito à saúde na Constituição Federal de 1988, porém sabia da importância dos outros setores para a efetivação do próprio conceito de saúde que estava sendo posto como diretriz a ser almejada

pela sociedade. Assim, o movimento sanitário se manteve aliado aos outros segmentos da sociedade civil organizada que defendiam a expansão dos direitos sociais.

Para defender seu argumento, PCB1 reafirma que a Reforma Sanitária, dentro do seu projeto societário, reconhece as atividades do conjunto dos setores da sociedade dentro de um contexto de avanço da cidadania e do que Arouca chamava de processo civilizatório:

*Esse processo civilizatório...que é o rumo histórico da sociedade que vai se conscientizando dos seus direitos e é...ao se conscientizarem dos seus direitos de cidadania no seio da sociedade civil....o conjunto da sociedade vai se apropriando dos aparelhos do Estado de um modo geral e o Estado...apropriado pela sociedade...ele vai usando as áreas de conhecimentos e técnicas de cada setor simultaneamente de uma maneira integrada para o benefício do conjunto da sociedade...quer dizer...**Esse Estado não fragmenta os setores**...ele encara os setores de uma maneira simultânea...podem até ter tecnologias diferentes, por exemplo, setor saúde, meio ambiente, setor educação, setor moradia, setor trabalho. São setores que do ponto de vista do conhecimento, que de técnicas tem diferenciações, mas que em uma sociedade que se democratiza o próprio Estado nesta sociedade assume essa visualização dos setores e o desenvolvimento dos setores de uma maneira simultânea em benefício da sociedade. Essa sociedade que não fragmenta os setores reconhece as diferenciações dos conhecimentos e técnicas específicas, mas não fragmenta em setores. Essa é uma visão política e ideológica da reforma sanitária.*

Esse posicionamento aparece em depoimento dado por este entrevistado ao projeto “memória e patrimônio da saúde pública no Brasil”. Em depoimento sobre Arouca e seu papel durante a Constituinte.

“Não só foi muito importante como foi decisivo, se ele ficasse estritamente setorial ele não teria podido evoluir de mobilização da sociedade para obter do Estado a conquista de um novo espaço dentro do estado para se (...) **Foi o lado intersetorial, foi a saúde vista do ângulo da produção social da doença** como a doença é socialmente produzida por **falhas no saneamento, falhas na alimentação, falhas na educação, falhas na moradia, falhas nas relações de trabalho, e todas as falhas da qualidade de vida de direito e cidadania somadas são falhas do ponto de vista intersetorial** e foi na 8ª Conferência que foi a luta pela (...) da Constituinte, foi uma **luta tipicamente intersetorial**. Foi uma luta que o Arouca fala, (...) **Era uma luta civilizatória**. A reforma sanitária brasileira não era uma reforma do setor de saúde, era uma reforma do setor de saúde puxando e pressionando por reforma nos demais setores, numa visão de processo civilizatório. Essa é uma frase antológica do Arouca. E isso deu a força política suficiente para a aprovação do SUS, que trazia já nos primeiros artigos da constituição e depois da futura, do que

depois viria a ser Lei orgânica de saúde, os primeiros artigos, **a definição de saúde mostra toda a intersectorialidade dela já no texto legal**, do texto constitucional. Então, essa visão do Arouca de **processo civilizatório, do intersectorial foi fundamental** durante todo os anos 80 até ao final dos anos 80 ainda, os conservadores, a elite brasileira, com segmentos conservadores, que estavam perdendo terreno nessas conquistas constitucionais, retomaram as suas estratégias de dominância, as suas estratégias de elite brasileira, já ligadas a um processo internacional conservador, que estava sentindo um avanço muito além de elites, dentro do processo da constituição brasileira, no ano de 89, houve uma pressão conservadora para que o presidente da república não enviasse ao Congresso Nacional um projeto de lei orgânica da saúde que foi uma obrigação constitucional, da constituição obrigou seis meses de prazo para que o governo da república enviasse o projeto de lei orgânica da saúde, e passaram quase um ano e meio que o Governo Federal não enviava⁴⁶.

Suas palavras nos fazem remeter a Rodriguez Neto (2003) quando enfatiza que o movimento sanitário busca a conquista objetiva de direitos sociais na perspectiva da cidadania não como o objetivo final (já que a cidadania no contexto do capitalismo não comporta a desagregação da ordem, do direito), mas como a possibilidade real do exercício da contra-hegemonia. Ratifica ainda, que o declínio do sistema capitalista constituiria o fim e somente a partir dessa ruptura com o mesmo, a cidadania plena poderia ser alcançada pela sociedade. Nesse sentido, a saúde, apreendida como expressão individual e coletiva do sucesso do usufruto equânime das riquezas materiais e intelectuais (ciência e tecnologia) deixaria de ser algo **'setorial'** para ser o próprio objetivo da nação juntamente com as demandas dos outros setores (RODRIGUEZ NETO, 2003). Assim, o debate se inscrevia subsumido à concepção de Estado defendida pelo MRS.

O debate que a PNS enfrentou no interior da ANC estruturava-se entre projetos de política de saúde estatal ou privatizante.

Além dessa visão política e ideológica da reforma sanitária, PCB1 afirma a existência de uma outra vertente que é a da sociedade que em seu rumo histórico não efetiva essa consciência:

*Uma outra visão política e ideológica...é uma sociedade que em seu conjunto...ela não se conscientiza dessa visão de um processo civilizatório mais avançado...**ela é frágil do ponto de vista da consciência política** e ideológica...ela ainda está em um momento menos desenvolvido do processo de conscientização...essa sociedade*

⁴⁶ Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Disponível: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/index.htm>

*então com essa fragilidade ela não consegue se apropriar do Estado. **O Estado passa a ser apropriado por uma minoria que são as elites.***

Uma vez apropriado pelas elites, o Estado irá favorecer aos interesses da mesma e nesse sentido, as políticas sociais e sua gestão estarão a mercê das necessidades dessas classes sociais organicamente atreladas ao capital. Isso em termos da intersetorialidade é vislumbrado na adoção de um significado que contempla apenas a dimensão técnica da categoria a favor da otimização dos recursos financeiros destinados ao custeio das políticas sociais. Mas, ao assumir uma dimensão técnica, possibilita que seja desvelada suas limitações e intencionalidades.

Entre intencionalidades, limites e possibilidades, a intersetorialidade é um tema que requer maior aprofundamento. Ou como diria Fernando Pessoa, "pedras no caminho? guardos todas, um dia vou construir um castelo..."

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início dessa dissertação trazia a certeza de algo (a possibilidade de um conceito adequado de intersectorialidade) que o processo de construção fez ruir. Ao me defrontar com a complexa categoria chamada intersectorialidade (intersector em inglês), várias respostas tiveram que ser construídas (algumas ainda parciais).

Ao iniciarmos este estudo buscávamos encontrar um conceito de intersectorialidade que pudéssemos tomá-lo como referencial do nosso caminho do pensamento. Nesse sentido, na incessante busca pelo conceito nos direcionamos as conferências internacionais de saúde, realizamos a análise dos documentos, mas não encontramos nelas o conceito que buscávamos. Isso porque não há um conceito definido de intersectorialidade, mas apenas pressupostos que nos indicavam um possível conceito sinalizado pelas conferências internacionais. E, como os pressupostos e conceitos são oriundos de abstrações teóricas e trazem no interior delas maneiras diferenciadas de enxergar a realidade e, conseqüentemente, projetos políticos diferentes discordamos do que era colocado como intersectorialidade nas conferências.

A partir disso, continuamos na busca pelo conceito através da leitura de materiais como livros e artigos que tratavam da temática. Nesse percurso, descobrimos que na literatura brasileira dois autores ganham destaque na produção de conhecimento sobre a categoria intersectorialidade: Junqueira (1997) e Inojosa (2001). Também não concordamos com o conceito de intersectorialidade proposto pelos autores e ficava expresso pela leitura dos materiais escritos por eles que a definição de intersectorialidade partia dos pressupostos apreendidos das conferências internacionais de Alma-Ata e de Promoção da Saúde.

Posteriormente, o diálogo com Andrade trouxe importantes contribuições para à discussão dessa categoria no âmbito da política de saúde brasileira, mas este contraditoriamente, não a define. Ele faz uma revisão teórica sobre o assunto e nela contém os conceitos de outros autores (todos com o enfoque partindo de pressupostos das conferências internacionais e de autores como Junqueira e

Inojosa), mas o autor não se posiciona sobre a concordância ou discordância desses conceitos que para nós se mostravam dotados de reducionismos.

Esses conceitos foram considerados reducionistas porque trazem apenas uma dimensão da intersectorialidade: a dimensão técnica e burocrática de articulação entre os setores. Concordamos que a intersectorialidade possui sim uma nuance técnica. Entretanto, ao focamos apenas uma dimensão da categoria estamos esvaziando as outras dimensões contidas nela como a econômica, política, ideológica, cultural. Assim, a intersectorialidade foi definida nesse estudo como ação política e técnica de articulação entre setores visando a construção, reafirmação ou oposição a projetos coletivos que potencializam ou obstaculizam interesses coletivos.

A partir do entendimento do conceito que atribuímos a intersectorialidade, podemos assim nos contrapor ao conceito formulado por Inojosa e Junqueira por apresentarem apenas a nuance técnica e burocrática da intersectorialidade. Após chegar a esse ponto, era preciso retomar então as questões norteadoras:

Como o argumento em torno da intersectorialidade foi construído no processo de formulação da política de saúde?

Qual a concepção de intersectorialidade presente na Plenária Nacional de Saúde?

Podemos sinalizar que o debate da intersectorialidade no processo de construção da política de saúde brasileira pode ser dividido em dois eixos: a discussão fomentada pela 7ª conferência nacional de saúde e a discussão de intersectorialidade subliminar desenvolvida pelo movimento sanitário e presente no processo constituinte, momento de ápice da ação da PNS.

Na 7ª conferência nacional de saúde o argumento em torno da intersectorialidade foi construído através de argumentações que priorizaram o aspecto meramente técnico de articulação entre os setores visando a ampliação do acesso a saúde para a população pobre brasileira. Tal argumento estava baseado nas proposições disseminadas pela organização mundial de saúde na conferência de Alma-Ata e escondia por traz de um discurso propagador de soluções para os problemas de

saúde do povo brasileiro. A intersectorialidade assim, ostentava um direcionamento político a favor da disseminação de um projeto político específico em forte propagação a partir de meados da década de 1980: o projeto neoliberal. Esse projeto, ao ratificar a intersectorialidade como articulação técnica entre setores, trazia na sua essência uma dimensão política a favor do fomento de uma política de saúde focalizada nos mais pobres e deixava uma marca comum de esconder a essência dos problemas sociais vivenciados pela população brasileira sejam eles econômicos, políticos, de gestão democrática. O problema da não existência de saúde ou de intersectorialidade passa a ser visto como um problema de má administração dos recursos públicos: falta de eficácia, eficiência e vontade política (aqui entendida no sentido pragmático).

Entretanto, ao adentrarmos o olhar para os materiais que expressam a voz do movimento pela reforma sanitária notamos que a discussão da intersectorialidade com essa nomenclatura não aparece tão explicitamente como ocorrido na 7ª conferência. O argumento aqui muda. A intersectorialidade não foi debatida como algo isolado ela aparece subliminar quando se discutia, por exemplo, a necessidade da realização de mudanças sociais amplas que não congregariam apenas o setor saúde, mudanças na economia e a construção de uma nova cultura embasada na consciência sanitária. Os setores como imagem de uma futura sociedade sem fragmentação em termos de setor seriam capazes de se articular em torno de projetos que englobariam aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais para a consolidação de uma nova sociedade. Essa última passaria por um processo civilizatório em que a consciência sanitária seria apenas um dos aspectos de cidadania ostentado pela população. Logo, a intersectorialidade nesse processo, seria consolidada quando a sociedade adquirisse esse grau de maturidade em um processo desenvolvido naturalmente sem a pressão ou o mando governamental para efetuar-la. Por outro lado, o MRS também discutia e se opunha à intersectorialidade como articulação harmônica entre setor público estatal e setor privado. Explícita o conflito entre projetos societários antagônicos. Nesse sentido, quer no momento da 7ª CNS quer no processo constituinte, a intersectorialidade evidenciava aquilo que ora se oculta ora se quer fazer ver – a dimensão política inscrita nessa ação. Tal ação, longe de ser uma dimensão estratégica gerencial por si mesma, é resultante de processos de negociação que se constroem em torno da

partilha de projetos societários – à esquerda ou à direita (ou todas as nuances possíveis).

Ao iniciarmos esse estudo pretendíamos encontrar um significado da intersectorialidade na PNS. Entretanto, ao chegarmos a esta etapa final percebemos a não existência de um significado único de intersectorialidade, mas a existência de vários significados de acordo com os sujeitos políticos entrevistados. Aos que defendiam a incorporação da intersectorialidade na PNS ficou delineado que a mesma estava revertida de pelo menos 3 dimensões: dimensão política, dimensão econômica, social e cultural. Aos que diziam que ela não foi discutida um significado aponta que apesar do movimento sanitário acreditar que seria importante a agregação de uma luta entre todas os setores sociais, no processo de institucionalização da política de saúde na constituição federal de 1988 temia-se que a saúde não sendo especificada na CF e mantendo um orçamento conjunto com outras áreas poderia ficar relegada ao segundo plano. Parte-se aí para uma luta setorial e não intersectorial visando a garantir a consolidação da demanda específica da saúde.

Esse significado de que o movimento sanitário, apesar de ratificar a importância da intersectorialidade, por exemplo, para a afirmação do conceito ampliado de saúde no momento da sua luta política na constituinte, travou reivindicações eminentemente setoriais, revela as contradições existentes no interior do movimento sanitário e conseqüentemente o significado de intersectorialidade debatido/ discutido ou não pelo mesmo no interior da PNS.

Assim, chegamos ao final com duas certezas (e muitas incertezas): a) a necessidade de aprofundar o debate teórico da categoria intersectorialidade por parte da academia é urgente. Sem isso, reproduziremos acriticamente um conceito que se coloca hoje reduzido e esvaziado de seu sentido político; b) que as respostas aqui construídas são limitadas, pois enfrentaram três desafios: a construção do caminho da intersectorialidade na saúde; a proposição (ainda incipiente) de um conceito de intersectorialidade (visto que ousamos discordar dos autores lidos) e a ausência das atas da PNS (que nos fez recorrer aos documentos da ANC e aos depoimentos a fatos de mais de 20 anos).

Enfim, fomos fiéis aqui a Monteiro Lobato.

*"Nada de imitar seja lá quem for. (...) Temos de ser nós mesmos (...) Ser núcleo de cometa, não cauda. Puxar fila, não seguir."
(Carta a Godofredo Rangel, São Paulo, 15/11/1904)*

7. REFERÊNCIAS

AMMANN, S. B. **Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil**. 10.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI Jr, L. (Orgs). A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In:_____. **Bases da saúde coletiva**. Rio de Janeiro: UEL, 2001. p. 27 – 59.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

AROUCA, S. Salud en lãs sociedades en transición. **Revista Cubana de Salud Pública**, Havana, v. 34, n. 1, 2008.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 111-141, 1999.

BEHRING, E. R. **Política social no capitalismo tardio**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BURLANY, L. Segurança Alimentar e Nutricional: intersectorialidade e as ações de nutrição. **Saúde em Revista**, Rio de Janeiro, v.12, n. 6, p. 9 – 15, 2004.

BRASIL. **VII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

_____. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Ata da Assembléia Nacional Constituinte**. Brasília: Senado Federal, 1987.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **As Conferências ao longo da história**. 2007
Disponível em: [http:// conselho.saude.gov.br](http://conselho.saude.gov.br). Capturado em 10/05/2009.

_____. Histórico do CNS. Disponível em
<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>. Capturado em 10/05/2009.

BRAVO, M.I. de S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: CORTEZ, 1996.

BRAVO, M. I. de S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 197 – 216.

CAJUEIRO, J. P. de M. **Saúde Pública no Brasil nos anos noventa**: um estudo da política e de seus limites e condicionantes macroeconômicos. 2004. Dissertação (Mestrado em Economia Social) – Instituto de Economia da UNICAMP, Campinas, 2004.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CASTRO, Maria Helena Guimarães de. **Conflitos e Interesses na Implementação da Reforma da Política de Saúde**. Saúde em Debate. São Paulo, n. 35, p. 15-21, julho 92.

CATANI, A. M. **O que é Capitalismo**. 34.ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 1994, p. 135.

CEBES. **A Questão Democrática na Área da Saúde**. Rio de Janeiro, 1980.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A.C. (Orgs). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 225 – 244.

DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

DESLANDES, S.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: DESLANDES, S. F. ; MINAYO, M. C. S. **Caminhos do Pensamento**: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.195–221.

DINIZ, E. **Globalização, Reformas Econômicas e Elites Empresariais: Brasil anos 1990**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

DOIMO, A. M. ; RODRIGUES, M.M.A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. **Rev. Política e Sociedade**, Santa Catarina, v. 2, n. 3, outubro, 95-115, 2003.

DOMINGUES, J. **A percepção dos trabalhadores do programa saúde da família sobre a intersetorialidade**. 2006. 230 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

ESCOREL, S.; BLOCH, R.A. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S; EDLER, F.C.; SUÁREZ (Orgs). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.83-119.

FALEIROS, V. de P. **O que é política social**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FALEIROS et al. **Histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARIA, R. **História os caminhos do homem**. Belo Horizonte: Lê, 1991.

FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. Subprefeituras da cidade de São Paulo e políticas públicas para a qualidade de vida. **CEPEDOC**, São Paulo, 2003.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: _____. **Saúde e democracia**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 25-41.

_____. **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

GARCIA, M. L. T.; SIQUEIRA, M. M.; **Atualização do Levantamento das Instituições Especializadas em Dependência Química no Estado do Espírito Santo**. Relatório final/MPES, Vitória, 2006.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GRUPPI, L. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Rio de Janeiro: graal, 1980.

HOBBSAWM, Eric. **Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1999**. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

HOFFMANN, E. **O trabalho das Assistentes Sociais no Programa Saúde da Família – PSF na Região Norte do Estado do Rio Grande do Sul**. 2007. 127f Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós – Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 1983. p.77.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1994.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n.22, p.102-110, 2001.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n. 6, p. 31 – 46, 1997.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 24-116.

LOWY, M. **As Aventuras de Karl Marx Contra o Barão de Munchhausen**. 3 ed. São Paulo: Busca Vida, 1988.

MARQUES, R. M.; MENDES, A.. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 163 – 171, 2002.

MARTINS, E. P. **O Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo no Processo Decisório (1997-2000): um Estudo Exploratório**. 2002. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MATTOS, R. de A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: MATTOS, R. A. ; PINHEIRO, R. (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 39 - 64.

MAY, T. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MINAYO, M. C. de S. Entre Vãos de Águia e Passos de Elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: DESLANDES, S. F. ; MINAYO, M. C. S. **Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.17 –27.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. In: TEIXEIRA, M. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. cap.2, p.40-72.

_____. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 5.ed. São Paulo: CORTEZ, 2005.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, J. Para uma teoria da reforma sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. In: Fleury, S. (Org.). **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. p.202-209.

OLIVEIRA, P.S. Caminhos de construção da pesquisa em ciências humanas. In: _____. **Metodologia das Ciências Humanas**. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-26.

OMS. **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, 1978.

_____. **Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986.

_____. **Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Adelaide, 1988.

_____. **Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Sundsvall, 1991.

_____. **A carta de Bangkok para a promoção da saúde em um mundo globalizado**. Bangkok, 2005.

OPAS. **Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. Santafé, 1992.

PAIM, J. S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Revista Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 1, p. 18 – 24, mar. 1989.

PAIM, J. S. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury, S. (Org.). **Saúde e Democracia**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 11 – 24.

PAIS, T. D.; WESTPHAL, M. F. (Org.). **Capela Saudável**: gestão de políticas públicas integradas e participativas. São Paulo: Edusp, 2006.

PAOLI, M. C. Movimentos Sociais no Brasil: em busca de um estatuto político. In: Hellmann, M.(Org.). **Movimentos Sociais e Democracia no Brasil**. São Paulo: Marco Zero, 1994. p. 24 – 55.

PAULO NETTO, J. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Ditadura e Serviço Social**: uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad. Pesquisa**. n. 114, 2001.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: _____ **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 65 – 112.

PORTELLI, H. **Gramsci e o Bloco Histórico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

REZENDE, M. J. **As metas socioeconômicas denominadas objetivos de desenvolvimento do milênio da ONU**: os percalços de um projeto de combate à pobreza absoluta e a exclusão social. Toluca: Convergência Universidad, 2007.

RIZZOTO, M. L. F. **O Banco mundial e as políticas de saúde nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. 226f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós – Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RODRIGUEZ NETO, E. A Via do Parlamento. In: Fleury, S (Org.). **Saúde e democracia**. São Paulo: Lemos, 1997. p.63 – 91.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. São Paulo: Fiocruz, 2003.

ROLNICK, R. **Cidade**: Planejamento urbano – morar, atuar, viver. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/articles.php?storyid=588>> Acesso em: 16 mar.2008.

SADER, E. **A vingança da História**. São Paulo: Boitempo, 2003.

SANTANA, C. R. O aprofundamento das relações do Brasil com os países do Oriente Médio durante os dois choques do petróleo da década de 1970: um exemplo

de ação pragmática. **Revista Brasileira de Política Internacional**, São Paulo, v. 49, n.2, 2006.

SANTOS, O. A. **Democracia e governo local**: dilemas da reforma municipal no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

SERRATE, P. C. Comprensión conceptual y factores que intervienen em El desarrollo de La intersectorialidad. **Revista Cubana de Salud Pública**, La Havana, v. 33, n. 2, 2007.

SILVA, L. M. V.; FERREIRA, V. S. C. Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso. In: SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. de A. (Org). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.103-150.

SILVA, V. C. **O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES**: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. 2004. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SOARES, L. T. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOARES, L. T.; NORONHA, J. C. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

STEIN, R. H. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 23, n.54, p.75-96, jul.1997.

VENÂNCIO, V. A. S. “**A descentralização do Setor Saúde no município de Campos dos Goytacazes na década de 90**”. 2001. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

VIEIRA, E. **Democracia e Política Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

WANDERLEY, M. B. **Metamorfoses do desenvolvimento de comunidade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PT1, PT2 E PCB1

- 1- Como você descreve a sua participação no Movimento pela Reforma Sanitária?
- 2- Qual a importância da PNS para o Movimento pela Reforma Sanitária?
- 3- Como surgiu a PNS?
- 4- Como era composta a PNS?
- 5- Qual o tempo de funcionamento da PNS?
- 6- Quais as principais temáticas discutidas?
- 7- Qual o papel da PNS no interior da ANC?
- 8- A intersectorialidade foi alvo de debate na PNS?

APÊNDICE 2

Roteiro de Entrevista PARA A1.

1-O que a Senhora poderia me contar sobre a Plenária Nacional de Saúde (PNS)?

- Como surge? Como você visualizava aquele espaço? Como você entra naquele espaço?

2- Qual o papel da PNS no processo de defesa dos princípios e diretrizes do Movimento sanitário?

3- Quais os principais tópicos da agenda do movimento sanitário?

4 – A intersectorialidade foi discutida na PNS? Em caso positivo, qual o conceito de intersectorialidade debatido pela PNS ?

5 – Um participante x da PNS disse que a intersectorialidade consistia naquela periodicidade histórica na articulação entre o movimento sanitário, movimentos sociais vinculados a área da saúde ou não, parlamentares visando a consolidação de estratégias políticas para a mudança da consciência sanitária da população e o ratificar da saúde como direito social universal. Disse ainda, que a intersectorialidade era uma estratégia cuja finalidade como imagem-objetivo era a transformação da ordem societal capitalista, onde não haveria um setor responsável pela saúde, mas esta última seria o próprio objetivo da nação.

Desse modo, você concorda com essa definição de intersectorialidade ? (naquele momento histórico – década de 1970 e 1980).

6-O que você diria a uma pesquisadora que busca entender a intersectorialidade naquele momento histórico?

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa solicitar sua participação na pesquisa que tem como objetivo analisar como a intersectorialidade foi discutida no processo de construção da política de saúde brasileira nas décadas de 70 e 80 do século XX.

Por intermédio deste termo são-lhes garantidos os seguintes direitos:

- 1- Solicitar a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa;
- 2- Sigilo sobre o seu nome;
- 3- Ampla possibilidade de negar-se a responder quaisquer questionamento.
- 4- Opção de solicitar que determinadas falas ou declarações sejam excluídas;
- 5- Desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

Declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e entender que serei resguardado pelo sigilo do meu nome. Poderei pedir a qualquer tempo, esclarecimentos sobre a pesquisa, recusar a dar informações que considere prejudiciais a minha pessoa ou desistir de participar. Fico ciente que uma cópia deste termo ficará retida pela pesquisadora.

....., _____ de _____ de 200__

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador _____

