

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOSELIA SOARES

**A DIFÍCIL CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE: com a
palavra a Câmara Territorial de Maruípe em Vitória-ES.**

VITÓRIA
2010

JOSELIA SOARES

**A DIFÍCIL CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE: com a
palavra a Câmara Territorial de Maruípe em Vitória-ES.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.
Orientadora: Prof^a Dr^a Maristela Dalbello Araújo.

VITÓRIA
2010

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

Soares, Joselia, 1983-

S676d A difícil construção da intersectorialidade : com a palavra a
Câmara Territorial de Maruípe em Vitória-ES / Joselia Soares. –
2010.

102 f. : il.

Orientador: Maristela Dalbello de Araújo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Promoção da saúde. 2. Políticas públicas. 3. Ação
Intersectorial. I. Araújo, Maristela Dalbello de. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 614

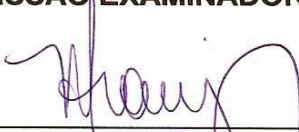
JOSELIA SOARES

**A DIFÍCIL CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE: com
a palavra a Câmara Territorial de Maruípe em Vitória-ES.**

Dissertação de mestrado submetida à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

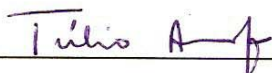
Aprovada em 30 de Julho de 2010.

COMISSÃO EXAMINADORA



Profª. Drª. Maristela Dalbello de Araújo - Orientadora

Universidade Federal do Espírito Santo



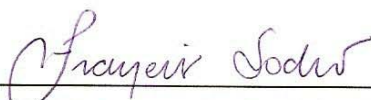
Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo – 1º Examinador

Universidade Federal do Espírito Santo



Profª. Drª Lilian Rose Margotto - 2º Examinador

Universidade Federal do Espírito Santo



Profª. Drª. Francis Sodré – 1º Suplente

Universidade Federal do Espírito Santo



Profª. Drª Gisele Girardi – 2º Suplente

Universidade Federal do Espírito Santo

Dedicatória

Aos bons encontros que valeram a pena.

Agradecimentos

Agradeço à Deus pela força e a Nossa Senhora pela companhia. Obrigada a minha família - pai, mãe e irmão pela compreensão e pela paciência. Agradeço aos amigos pelo carinho, pela alegria, por ajudar a vida ser mais leve nesse período de pesquisa, em especial a Carol Dadalto amiga-irmã. Ao grupo de pesquisa GEMTES pelas discussões, pela partilha do saber, do fazer e do afeto, Alexandra sempre carinhosa, Bruninha, Marina, Túlio, Helaynne, Alana, Nathália, Denilda e todos que passaram pelo grupo e que deixaram sua contribuição. À Rachel pela ajuda com os discursos, Renato pela colaboração de ultima hora.

Obrigada Maristela pela disponibilidade e pela coragem. Por acreditar e apostar nessa pesquisa com a cara que ela tem. Obrigada ao professor Túlio por todos os bons encontros que foram consoladores. Aos professores que participaram da minha qualificação. Agradeço a turma 2006/2 de psicologia, por todas as contribuições nesse ultimo período do estágio em docência, vocês me ensinaram muito. Obrigada a Analuiza, Carol, Paola, Nathália e Luciani pelo apoio e compreensão.

Obrigada a Câmara Territorial de Maruípe, aos participantes que me receberam e que também apostaram nesta pesquisa. Enfim, obrigada a todos que de alguma forma estiveram presentes nessa jornada.

RESUMO

SOARES, J. **A DIFÍCIL CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE:** com a palavra a Câmara Territorial de Maruípe em Vitória-ES. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010, 102 p.

Esta pesquisa analisou a compreensão que os participantes da Câmara Territorial da Região de Maruípe (Vitória/ES), têm a respeito da Intersetorialidade e verificou como esta tem sido considerada na proposição e execução das ações de Promoção da Saúde no território. A Promoção da Saúde visa ações dirigidas aos determinantes sociais da saúde que devem proporcionar acesso às condições básicas de existência. Entretanto, para que se possam atingir os determinantes sociais, são necessárias ações intersetoriais. As ações intersetoriais pressupõem uma integração de diferentes atores e setores na resolução de um determinado problema local, por meio de um funcionamento organizacional em rede. No campo das políticas sociais, a gestão em redes tem sido vista como solução para administrar projetos, visando conter problemas complexos centrais e locais. O município de Vitória-ES vem realizando uma experiência nesse sentido - as Câmaras Territoriais, que são espaços em que os gestores se reúnem a fim de lidar com as questões comuns de seu território, buscam resolver os problemas de forma intersetorial, e isso depende do entendimento que os seus participantes têm a respeito da Intersetorialidade. Foram realizadas onze entrevistas semi-estruturadas, analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, que consiste na reunião de trechos dos depoimentos individuais de forma a comporem um discurso único, para expressar uma representação coerente acerca do nosso tema de pesquisa. A análise apontou um consenso discursivo entre a Câmara e os teóricos da Intersetorialidade. Para a Câmara a intersectorialidade “é articular-se a parceiros dentro do território para resolução de problemas”. No entanto, tensões e dificuldades são apontadas nesse processo. Dizem respeito a eleição de prioridades, até o desfecho da ação intersectorial, visto que demanda compromisso dos participantes e delicadas relações com a comunidade. A Câmara se considera um lugar de formação diferenciado, por meio da troca de experiências. Um espaço de articulação e de formação de redes. Entretanto, por vezes se sente impotente frente aos problemas no seu território, tais como a violência decorrente do tráfico de drogas. Considera que a intersectorialidade é algo difícil de se alcançar, porém é uma possibilidade mais avançada na tentativa de se contrapor ao isolamento de políticas públicas desarticuladas.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Ação Intersetorial; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

SOARES, J. **THE DIFFICULT CONSTRUCTION OF THE INTERSECTORIALITY:** with a word the Territorial Board of Maruípe in Vitória-ES. Collective Health master dissertation – Collective Health Pos-graduation Program, Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2010, 102 p.

This research examined the understanding that participants in the Maruípe Region's Territorial Board (Vitória / ES) have about the intersectoriality and noted how this has been considered in the proposition and implementation of actions for Health Promotion in the territory. Health Promotion actions target social determinants of health to provide access to the basic conditions of existence. However, to help them achieve the social determinantes, intersectorial actions are needed. To solve a particular local problem, the intersectorial actions suppose an integration of different actors and sectors by means of working in a networked organization. In the field of social policies, managing in a networked way has been seen as a solution to manage complex central and local problems. The city of Vitória-ES has been conducting an experiment on this - the Territorial Boards, which are places in which the managers get together in order to deal with common issues of their territories, try to solve the problems in an intersectorial way, and this depends on the understanding of what the participants perceive as intersectoriality. Eleven semi-structured interviews were conducted and analyzed by a Collective Subject Discourse, which consists in gathering the individual testimonies in order to compose a single discourse to express a coherent representation regarding the research topic. The analysis results suggest a discursive consensus between the Board members and the Intersectoriality theorists. To the board members, intersectoriality "is articulating to partners within the territory to solve problems." However, tensions and difficulties were detected in this process. They involve the selection of priorities until the intersectorial action's end. This is so because it demands commitment from the participants and a delicate relationship with the community. The Board is considered by its members as a differentiated training place because the training takes place by means of experience exchange. However, its members feel that the board is helpless when confronted by its territory's problems, such as the violence stemmed by the drug traffic. They consider that the intersectoriality is difficult to achieve, nevertheless it is a more advanced attempt to counteract the isolation caused by disarticulated public policies.

Keywords: Health Promotion; Intersectorial Action; Health Management.

LISTA DE SIGLAS

CAJUN – Projeto Caminhando Juntos.

CCS - Centro de Ciências da Saúde.

CIVIT - Centro Industrial de Vitória.

CNDSS - Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde.

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CST - Companhia Siderurgica Tubarão.

CT - Câmara Territorial.

CVRD - Companhia Vale do Rio Doce

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo.

DSS - Determinantes Sociais da Saúde.

ECH - Expressão Chave.

GEMTES - Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde.

HUCAM - Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes.

IC - Idéia Central.

MEC - Ministério da Educação.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ONG – Organização Não Governamental.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde.

PMV – Prefeitura Municipal de Vitória

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde.

SEMAS - Secretaria Municipal de Assistencia Social.

SEME - Secretaria Municipal de Educação.

SEMMAM - Secretaria Municipal de Meio Ambiente.

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde.

SEMCID - Secretaria Municipal de Cidadania.

SEMSU - Secretaria Municipal Segurança Urbana.

SETGER - Secretaria Municipal de Geração de Renda.

SETRAN - Secretaria Municipal de Transito.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidades Básicas de Saúde.

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2. 1 Promoção da Saúde: aspectos conceituais.....	13
2.2 Determinantes Sociais da Saúde uma questão em debate	21
2.3 Intersetorialidade: definição e controvérsias	26
2.4 Território como categoria de planejamento	33
2.5 Gestão em redes: um desafio a ser conquistado	37
3. OBJETIVOS.....	45
4. METODOLOGIA	46
4.1 Pressupostos Metodológicos	46
4.2 Procedimentos Metodológicos	49
4.2.1 Trajetória Metodológica	49
4.2.2 Coleta de Dados.....	50
4.2.3 Sujeitos.....	50
4.2.4 Instrumentos.....	51
4.2.5 Análise dos dados	52
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	54
5.1 A Câmara Territorial de Maruípe olha para si mesma.....	60
5.1.1 Idéia Central (IC) 1: Conhecer o trabalho do outro.....	60
5.1.2 Idéia Central (IC) 2: A CT ajuda a fazer um trabalho em rede	61
5.1.3 Idéia Central (IC) 3: A Câmara é um espaço para discussão.....	62
5.1.4 Idéia Central (IC) 4: A CT é um espaço de formação e busca de soluções.....	63
5.1.4 Idéia Central (IC) 5: A CT em ação	65
5.2 O Território de Maruípe	66

5.2.1 Idéia Central (IC) 1: Limites do Território.....	66
5.2.2 Idéia Central (IC) 2: O tráfico de drogas.....	68
5.2.3 Idéia Central (IC) 3: A CT se sente impotente.....	69
5.2.4 Idéia Central (IC) 4: Aliança com a comunidade	69
5.2.5 Idéia Central (IC) 5: O problema da participação	70
5.2.6 Idéia Central (IC) 6: Formação de lideranças	71
5.3 Gestores.....	73
5.3.1 Idéia Central (IC) 1: Mediação com a comunidade	73
5.3.2 Idéia Central (IC) 2: Gestor é o diretor do equipamento.....	76
5.3.3 Idéia Central (IC) 3: A dificuldade na construção da rede	77
5.3.4 Idéia Central (IC) 4: A não participação deve-se ao despreparo dos gestores	78
5.4 Intersetorialidade	80
5.4.1 Idéia Central (IC) 1: Intersetorialidade é parceria.....	80
5.4.2 Idéia Central (IC) 2: É difícil fazer intersetorialidade	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
7. REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICE A – Termo de consentimento individual para as entrevistas.....	93
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista aos participantes da CT	94
ANEXO A – Termo de autorização da pesquisa	95
ANEXO B – Gráfico descritivo dos DSS.....	97
ANEXO C - Mapa da regionalização administrativa da PMV.....	98
ANEXO D - Divisão administrativa da região de Maruípe	99
ANEXO E - Organograma esquemático da gestão na PMV.	100
ANEXO F - Divisão de Maruípe em poligonais.....	101
ANEXO G - Mapa da regionalização de saúde da PMV	102

1. INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da Intersetorialidade se deu a partir da participação em projeto de pesquisa de Iniciação Científica sobre o tema da Promoção da saúde. Tal pesquisa visou verificar e descrever as atividades qualificadas como de Promoção da Saúde que são desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em um dos municípios da Grande Vitória /ES (SOARES; DALBELLO-ARAUJO, 2008). O desenrolar desse trabalho contou também com trocas e discussões no Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde (GEMTES).

A literatura estudada proporcionou a percepção de que existem formas distintas de se entender a Promoção da Saúde. Um conjunto de definições evidencia um entendimento amplo do processo saúde-doença e cuidado e de seus determinantes. Esse entendimento propõe articulação dos saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução dos múltiplos problemas de saúde. Nesse sentido, a via principal para lidar com esses entraves é a Intersetorialidade (BUSS, 2000; CZERESNIA, 2003; CARVALHO, 2004).

Compreendemos que a Intersetorialidade é um meio de responder aos problemas de saúde que estão intimamente relacionados aos problemas sociais, pois leva em consideração a amplitude e a complexidade do processo saúde-doença e dos determinantes da saúde.

Naquela pesquisa foram entrevistados os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde, a fim de verificar quais ações de Promoção da Saúde se realizavam no âmbito da unidade sob sua coordenação. Foi constatada indiferenciação conceitual entre ações de Promoção da Saúde e ações de Prevenção de Doenças. Muitas das ações preventivas eram consideradas por eles como ações de Promoção da Saúde. Além disso, as ações que se aproximavam mais da Promoção da Saúde escapavam às possibilidades de realização unicamente pelo setor saúde.

Muitos autores frisam com frequência que é necessário extravasar o limite setorial para o enfrentamento dos problemas de saúde. Tanto as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quanto os textos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001; 2004; 2006a), apontam a Intersetorialidade como ferramenta na concretização das ações em Promoção da Saúde. Igualmente autores como Buss (2000), Czeresnia (2003), Carvalho (2004) assinalam que promover saúde não é somente responsabilidade do setor saúde, ou da Secretaria de Saúde, mas também de outras secretarias/ setores governamentais e da sociedade como um todo. Assim, motivada por essas inquietações, surgiu o interesse em prosseguir os estudos sobre essa temática durante o mestrado.

Em um evento da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), em novembro de 2008, organizado pela Secretaria de Saúde desse município, tomamos conhecimento da existência das “Câmaras Territoriais”. Estas foram apresentadas como um coletivo organizado para a Intersetorialidade, que visa o bem-estar e qualidade de vida para a população do município por meio de ações realizadas em conjunto entre as secretarias da PMV. Vislumbramos assim, dentro da proposta de trabalho das Câmaras Territoriais, um interessante campo de pesquisa que se enquadrou dentro da temática desse estudo. Desta forma, iniciamos o estudo em uma das regiões do município de Vitória na qual se encontra alocada uma das oito Câmaras Territoriais do município, com o intuito de investigar a temática da intersetorialidade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2. 1 Promoção da Saúde: aspectos conceituais.

A Promoção da Saúde tem sido entendida, nos últimos 30 anos, como uma estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde que afetam as populações. Essa estratégia considera o processo de saúde-doença de forma ampla. Considera também os seus determinantes e a articulação de diversos saberes, tanto técnicos quanto populares, ressalta a importância de mobilizar recursos públicos, privados e comunitários para enfrentar os problemas de saúde (BUSS, 2000).

O termo Promoção da Saúde foi inicialmente utilizado para caracterizar um dos níveis da medicina preventiva. Essa noção de Promoção da Saúde iniciou-se com o pensamento preventivo sobre a saúde, ou seja, prevenindo-se contra doenças o indivíduo alcançaria saúde. De acordo com o modelo da história natural da doença, sistematizado por Leavell e Clark (1976), a prevenção de doenças foi dividida em níveis, e o primeiro nível de prevenção foi considerado e nomeado “*promoção da saúde*”. Nesse nível, as ações destinavam-se a evitar agentes primários causadores de uma enfermidade. Em geral, tal nível recomendava ações sanitárias abrangentes no ambiente físico, como, por exemplo, ações de saneamento e tratamento da água. Assim, evitariam contaminações que pudessem afetar o organismo do indivíduo, causando-lhe alguma doença.

Com o passar do tempo, esse pensamento preventivo contra doenças deu vazão a uma série de ações medicalizadas, ações essas que interferiram na visão do processo saúde-doença, e, por consequência, influenciaram os serviços de saúde prestados à população. Os parâmetros às ações em saúde foram, gradualmente, baseando-se em evitar doenças, além de curar enfermidades. Nesse contexto a epidemiologia ganhou força como ferramenta norteadora de ações para evitar doenças. Esses parâmetros e ações interferiram na vida social dos indivíduos e populações, demandando serviços especializados para evitar doenças que, além de recomendar mudanças de comportamentos, implicou também em modificações nas estruturas urbanas.

Mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado provocou mudanças na compreensão das necessidades em saúde. Assim, a Promoção da Saúde vem sendo elucidada como uma reação contra a medicalização da vida social, e como uma resposta setorial que articula diferentes recursos técnicos e disposições ideológicas (BUSS, 2000).

A Promoção da Saúde é compreendida hoje como uma estratégia que visa fomentar saúde à população. As estratégias desse projeto devem ser baseadas na transformação das condições de vida e trabalho, de modo a fomentar a saúde do indivíduo e da população. Essas estratégias demandam uma abordagem intersetorial que envolvem seguimentos governamentais e não-governamentais para concretizar as ações em Promoção da Saúde.

Esse pensamento tomou corpo e se difundiu mundialmente nos últimos anos, a partir das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, que se expressam por meio de documentos de referência sobre esse tema. Esses documentos têm influenciado políticas de saúde em vários países, inclusive no Brasil influenciou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A discussão sobre Promoção da Saúde eclodiu como marco inicial e oficial, na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, no ano de 1978. Essa conferência sinalizou a importância de os governos se envolverem no esforço de promover saúde a todos os povos do mundo. A Declaração de Alma-Ata afirma que “[...] a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (OPAS, 1978, p.1).

Em 1986 em Ottawa, Canadá, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. A Carta de Ottawa abordou os pré-requisitos para a saúde os considerados determinantes da saúde.

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - Ecossistema Estável – Recursos Sustentáveis - Justiça Social e Equidade O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (OPAS, 1986, p. 1-2).

A carta aponta ainda a necessidade do envolvimento de outros setores e atores sociais para o alcance da saúde.

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, 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. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades (OPAS, 1986, p.2).

Na Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1988, na Austrália, discutiu-se o tema das “políticas públicas saudáveis”. Essa discussão propôs a criação de ambientes físico, político, cultural, econômico e social, favoráveis à qualidade de vida. Desta conferência derivou a Declaração de Adelaide que concebe saúde como um investimento social.

A saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social. Os governos devem investir recursos em políticas públicas saudáveis e em promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos seus cidadãos. Um princípio básico de justiça social é assegurar que a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória. Ao mesmo tempo, isto aumentará, de maneira geral, a produtividade da sociedade tanto em termos sociais como econômicos (OPAS, 1988, p.1).

Esse documento coloca em relevo a necessidade de comprometimento das políticas públicas com a saúde, e também destaca o envolvimento de diversos setores como responsáveis por promover saúde.

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 pública saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. As políticas saudáveis facilitam

opções saudáveis de vida para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde. Para formular políticas públicas saudáveis, os setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial. Estes setores deveriam ser responsabilizados pelas consequências de suas decisões políticas sobre a saúde da população. Deveriam, também, dar tanta atenção à saúde quanto aos assuntos econômicos (OPAS, 1988, p.1-2).

A terceira conferência internacional ocorreu na Suécia, no ano de 1991, dela proveio a Declaração de Sundsvall, que defende a criação de ambientes – físicos, sociais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde, e assinala a interdependência entre esses ambientes e a saúde considerando-os inseparáveis. Esse documento também ressalta que buscar a equidade é um dos princípios básicos que devem reger as estratégias de saúde para todos. Desse modo, é necessário superar a pobreza por meio do desenvolvimento sustentável e da distribuição mais equitativa de recursos. O documento ainda afirma que as iniciativas de ações de Promoção da Saúde, devem ocupar outros setores além do setor saúde de forma que outros atores assumam responsabilidades em promover saúde.

A solução destes imensos problemas repousa na ação social para a saúde e na mobilização de recursos e criatividade de indivíduos e comunidades. Para materializar este potencial faz-se necessária uma profunda mudança na maneira como se encara atualmente a saúde e o ambiente, além de um claro e forte compromisso político com políticas sustentáveis de saúde e ambiente. As soluções estão além de um sistema de saúde nos moldes tradicionais. As iniciativas devem vir de todos os setores que possam contribuir para a criação de um ambiente mais favorável e fomentador de saúde, e devem ser levadas a cabo pelas pessoas nas suas comunidades, nacionalmente pelos governos e ONGs, e, globalmente, através das organizações internacionais. As ações devem envolver, predominantemente, setores como a educação, transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura (OPAS, 1991, p.2).

Em 1992, na Colômbia ocorreu outra conferência internacional. Esta conferência abordou a Promoção da Saúde na Região das Américas que resultou no documento chamado - Declaração de Santafé de Bogotá. Este foi o documento de lançamento da Promoção da Saúde na América Latina, e abordou a realidade do subdesenvolvimento dessa região.

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. A região, desgarrada pela iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, enfrenta a deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com um aumento de riscos para a saúde e uma redução de recursos para enfrentá-los. Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento (OPAS, 1992, p. 1).

A *Declaração de Jakarta* é o documento que decorreu da Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1997, na Indonésia. Este documento pretendeu reexaminar os determinantes da saúde, e direcionar o enfrentamento dos desafios da Promoção da Saúde no século XXI. Sobre os determinantes, a conferência aponta que:

Os pré-requisitos para a saúde são: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde (OPAS, 1997, p.2).

Essa declaração reafirma a necessidade de parcerias para o desenvolvimento social e da saúde entre os diferentes setores, entre todos os níveis de governo e sociedade.

A Quinta conferência internacional ocorreu na Cidade do México, em 2000. A Declaração do México estabeleceu diretrizes que visam priorizar a Promoção da Saúde nas políticas e programas tanto locais, como regionais, nacionais e internacionais, além de ampliar parcerias com todos os setores na efetivação da Promoção da Saúde (OPAS, 2000; BRASIL, 2001).

No ano de 2005, em Bangkok, ocorreu a Sexta conferência internacional. A Carta de Bangkok identifica necessidades em abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da Promoção da Saúde (WHO, 2005).

Atualmente compreende-se a Promoção da Saúde principalmente de duas formas: atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos e ações que visam transformar as condições de vida das populações.

Na primeira forma apontada, os programas ou atividades de Promoção da Saúde concentram-se principalmente em atividades educativas relacionadas a mudanças dos estilos de vida, visando modificar comportamentos tidos como de risco. Essas ações focam os estilos de vida das pessoas e se assemelham com ações de prevenção de doenças, como, por exemplo, campanhas para evitar grande quantidade de ingestão de sal para prevenir hipertensão, dieta para pessoas com diabetes, não fumar para prevenir câncer de pulmão, proteger-se contra DSTs etc (BUSS 2000, BRASIL, 2006a; IGLESIAS, 2009).

Já a segunda forma de entendimento concebe a Promoção da Saúde como produto de fatores relacionados com a qualidade de vida. Isto implica que as pessoas devem minimamente ter condições de vida adequadas às necessidades básicas para viver, sejam essas necessidades biológicas ou sociais, como um padrão adequado de alimentação e nutrição, ambiente físico limpo, habitação adequada e saneamento básico, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, apoio social para famílias e indivíduos, um ambiente de paz e segurança dentre outros aspectos determinantes e condicionantes da saúde (BUSS, 2000; BRASIL, 2001).

Todos esses documentos, decorrentes das conferências sobre Promoção da Saúde, demarcam uma compreensão ampla do processo saúde-doença e insistem na necessidade do envolvimento de vários setores, além do setor saúde, na busca por melhores condições de existência das populações humanas. Por meio da leitura minuciosa destes documentos percebe-se a afirmação de que as ações de Promoção da Saúde devem ser realizadas por meio de parcerias intersetoriais. Constatam também diretrizes que colocam o setor saúde como mediador e articulador dos demais setores, para o cumprimento das ações amplas de Promoção da Saúde.

Contudo, esse lugar de mediação que a saúde se coloca, pode estar imerso em jogos de forças e interesses, visando estabelecer lugar de “poder/ saber”, estabelecendo hierarquias verticalizadas entre os setores. Assim, estar-se-ia reproduzindo os aspectos que nos são impostos no regime medicamentoso da vida, que é substancialmente criticado, inclusive, pelo próprio setor saúde.

Os documentos apontam, de forma enfática, para a existência dos fatores determinantes da saúde, fatores esses que superam a abordagem meramente preventiva de doenças, pois reconhecem e dão relevo aos âmbitos sociais, econômicos, políticos e ambientais, sobrepujando a primazia do fator biológico em seu elo como fator determinante da saúde. Essa percepção aponta para novas formas de compreender a saúde e de buscá-la.

Em alguns pontos as cartas sugerem operacionalizações com ações relacionadas à mudança nos estilos de vida individuais, e relacionadas à prevenção de doenças específicas prevalentes em grandes populações. Essas proposições demarcam as limitações e contradições presentes no discurso das conferências. Mostram também o jogo de forças em que está imersa a noção do que se almeja promover, e qual o ideal de saúde ao qual se referem essas proposições. Além disso, incitam a necessidade de estudos que se debrucem sobre esta problemática, que possam verificar como esta noção se materializa concretamente em ações promocionais, qual o seu grau de abertura para a inclusão de aspectos sociais, econômicos e a real possibilidade de parcerias que ultrapassem o setor saúde.

Há algum tempo é observada a amplitude dos fatores ambientais que influenciam a saúde, mesmo se formos medi-la pelo aspecto da doença. Os fatores ambientais influenciam nas situações de morbidade e mortalidade de indivíduos e populações. Isso já poderia justificar a necessidade de modificação dos ambientes, e das condições de existência para preservação da vida em sociedade.

A Promoção da Saúde entende a saúde como um conceito socialmente produzido, logo, as políticas em saúde não deveriam se fechar nos aspectos técnicos da biomedicina. Mas, precisariam levar em conta aspectos políticos, sociais, ambientais do processo saúde-doença e cuidado, que abrangem não somente os serviços técnicos do setor saúde. É também imprescindível que os diversos setores governamentais e os setores privados pensem suas políticas e ações de forma sustentável e benéfica à saúde de toda a população. Saúde é algo que abrange a sociedade como um todo para além dos muros dos hospitais, das unidades de saúde e dos prontos atendimentos. Saúde atravessa as escolas, o trânsito, os espaços de decisões políticas, a economia,

os espaços de expressões culturais e religiosas, os territórios, as casas, o trabalho, etc. Saúde envolve muitos outros espaços além do espaço médico no qual a confinaram historicamente. Desta forma, saúde abarca outros atores sociais, demais setores governamentais e não-governamentais.

Diante dessa complexidade, questiona-se como promovê-la? Visto que promover é “dar impulso, favorecer o progresso, fomentar ou trabalhar a favor de algo” (BARSA, 1998). Como fazer isso pelo estado de saúde do indivíduo e das populações humanas?

[...] Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas (CZERESNIA, 2003, p. 46).

Os conteúdos das cartas referentes às Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde devem servir de instrumento de trabalho para gestores, gerentes e trabalhadores da saúde e interessados na área. As Conferências ressaltam também, a necessidade de extrapolar essa área de conhecimento, pois saúde é um recurso de vida imprescindível ao desenvolvimento humano, e, portanto, do interesse de todos. As políticas de outros setores devem valorizar a manutenção desse recurso ao elaborar e colocar em prática as ações (BRASIL, 2001).

As ações políticas devem estar coordenadas para a preservação da vida não apenas no sentido biológico, mas precisam considerar o ser humano em sua complexidade bio-psico-sociológica como diz Morin (1979). Fala-se de um ser vivo que se define como um sistema autopoietico, ou seja, que se cria e cujo fazer é a criação de si (KASTRUP, 1999). O homem se cria e cria seu ambiente, tornando-se, portanto, responsável por ele.

Em linhas gerais, é muito mais difícil viver condições ambientais onde a vida não se expande, onde não há equilíbrio que abrace esse ser complexo que é bio-psico-social-cultural. Dessa forma, não se pode viver sob quaisquer condições. A própria Declaração dos Direitos Humanos (1948) denuncia quesitos fundamentais às boas condições de vida. As ações políticas que contrariam esses princípios, não respondem à necessidade de manutenção da vida e da harmonia do convívio social.

Assim, a Promoção da Saúde procura identificar e enfrentar os macro-determinantes do processo de saúde-doença, no sentido de transformá-los favoravelmente na direção da saúde. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho. Ao contrário das ações de prevenção, que se limita a almejar indivíduos isentos de doenças. Contudo, evitar doenças não garante que o indivíduo tenha boas opções de escolhas na forma de viver e de estar em sociedade (CZERESNIA, 2003).

Pensar os determinantes da saúde e de que forma pode-se pensar a prática, significa também refletir sobre quais são as opções a serem oferecidas à população, uma vez que sem opções não há escolhas. As opções das quais falamos, caracterizam-se ainda em opções básicas e mínimas que as pessoas necessitam para viver de forma saudável, apesar dessa verdade, muitas realidades sociais se apresentam carentes desse mínimo. Pensar nos determinantes da saúde é pensar num desafio gerado por tensões que buscam através de modelos explicativos facilitar intervenções das políticas públicas.

2.2 Determinantes Sociais da Saúde, uma questão em debate.

As definições a cerca dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). “[...] expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos, e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (BUSS; FILHO, 2007, p.78).

A noção dos determinantes sociais da saúde surgiu, assim como o discurso da Promoção da Saúde, no bojo da crítica às necessidades em saúde e de como alcançá-la. Assim, o conceito de determinantes sociais de saúde apareceu a partir de uma série de comentários publicados nos anos 70 e no início dos anos 80, que destacavam as limitações das intervenções sobre a saúde, quando orientadas pelo risco de doença nos indivíduos. As críticas afirmavam que para compreender e melhorar a saúde, é necessário focalizar as populações, com pesquisas e ações de políticas direcionadas às sociedades aos quais esses indivíduos pertencem.

Sugeriu-se um movimento "contrário à correnteza", no que diz respeito tanto aos fatores de risco individuais quanto a padrões e modelos sociais que moldam as chances das pessoas serem saudáveis. Um ponto comum a essas críticas foi o argumento de a atenção médica não ser o principal fator de auxílio à saúde das pessoas. Pelo contrário, o conceito de determinantes sociais está ligado aos "fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes" (CNDSS, 2005a, p.5).

Existe no Brasil uma comissão criada para trabalhar especificamente com os DSS. Trata-se da Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) criada pelo decreto presidencial (BRASIL, 2006b). Essa comissão é composta por 16 especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país, e foram nomeadas pelo Ministro da Saúde. A comissão conta com um grupo intersetorial que abarca os ministérios da Casa Civil, Cidades, Ciência e Tecnologia, Cultura, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Educação, Esporte, Fazenda, Meio Ambiente e também engloba outros órgãos como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS.

Segundo a CNDSS (2005a), as políticas dos sistemas de saúde raramente incluem intervenções sobre os determinantes da saúde. As ações realizadas direta ou indiretamente pelo sistema de saúde sobre os determinantes sociais da saúde são limitadas, havendo poucas diretrizes nesse sentido. A comissão destaca também o papel importante e central dos sistemas de saúde na interlocução com outros setores sociais.

Os modelos explicativos sobre a determinação social da saúde visam traduzir a relação dos fatores que afetam a saúde. Tais fatores influenciam de forma determinante nos estados de saúde de um indivíduo e de uma população.

Para a Comissão Nacional os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da

OMS adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; FILHO, 2007, p.78).

Para melhor entendimento e operação sobre os DSS, modelos explicativos sobre esse tema foram elaborados. Dentre esses modelos, Buss e Filho (2007) destacam os modelos de *Dahlgren e Whitehead* e o de *Diderichsen*. Segundo os autores, esses dois modelos permitem identificar pontos de intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos. A Comissão Nacional adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead como base para organizar suas atividades e os conteúdos teóricos.

Apesar da existência de outros modelos mais complexos, que buscam explicar com maiores detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis de DSS e a gênese das iniquidades, a escolha do modelo de Dahlgren e Whitehead se justificou por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos DSS (CNDSS, 2005b).

No modelo de Dahlgren e Whitehead, representado graficamente (ANEXO B), os DSS estão dispostos em diferentes camadas. Na base (1ª camada) estão situados os indivíduos com suas características peculiares de idade, sexo e fatores hereditários. Na camada imediatamente externa (2ª camada) estão os comportamentos e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como uma responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc (BUSS; FILHO, 2007).

Na próxima camada (3ª camada) estão as redes comunitárias e de apoio, que anunciam o nível de coesão social. Essas redes consideram os arranjos sócio-relacionais feitos mediante novas realidades que se apresentam na sociedade. Atualmente, temos a realidade das grandes cidades e dos novos arranjos sociais como

as associações e as redes de amizades. Ambas se tornaram famílias extensas devido a fragilidade do núcleo familiar dos sujeitos.

No próximo nível (4ª camada), estão os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, oferta de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais como saúde e educação. As pessoas em desvantagem social correm riscos diferenciados, que são criados por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e menor acesso aos serviços. Finalmente, no último nível (5ª camada), estão os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que influenciam consideravelmente nas outras camadas.

O artifício utilizado pelos autores que delimita os determinantes sociais dividindo-os por camadas reforça também o discurso da setorialidade. Em relação ao modelo social da saúde este se apresenta limitado, pois conforma uma falta de conexão entre as camadas. Se for necessário pensar um modelo de determinação social da saúde, este não deve reforçar a compartimentalização, indo de encontro ao discurso da Intersectorialidade que visa integração. Não se pode tratar o fragmento como se fosse o todo.

Pensar essa separação impede a formação da rede necessária na concretização da Intersectorialidade. Os determinantes sociais não são camadas, mas encontram-se exatamente dentro do discurso indesejado da fragmentação, uma vez que se luta por uma política pública por inteiro e que por isso tem-se tentado integrar as políticas. A Demarcação em camadas aponta que cada fragmento converse com ele mesmo, ou seja, a saúde com ela mesma, a cultura com ela mesma entre outros, e não com o todo.

Esta década vem assistindo à expansão de políticas e programas voltados para populações de maior vulnerabilidade social. O alvo de várias dessas iniciativas é muitas vezes um mesmo grupo populacional e ocorre em um mesmo espaço, os problemas sociais tematizados são abordados de forma setorializada, fragmentada, carentes de articulação entre si. O próprio modelo de organização do nível federal horizontalizado e com poucas instâncias de articulação interna produz uma forma de intervenção que tende à competição entre os agentes públicos, à redundância de ações, à ineficiência

do gasto público e à baixa qualidade dos serviços prestados à população. Há inúmeros fenômenos que concorrem para a produção das condições de saúde da população, e que no Brasil são objeto de programas e ações de órgãos pertencentes a diferentes setores sociais. No entanto, estas intervenções não costumam ser categorizadas como sendo da saúde *stricto sensu* e tampouco costumam ser percebidas, pela população em geral, como determinantes para as condições de saúde. Dessa forma, programas e políticas sociais que embora freqüentemente tenham abrangência intersetorial, apresentam efetividade limitada, não conseguindo atuar adequadamente sobre os mecanismos determinantes das iniquidades em saúde (CNDSS, 2005b).

Diante disso, a necessidade de enfrentar iniquidades impostas às populações é eminentemente imprescindível, especialmente para países em que as desigualdades sociais forem injustas, violando os direitos humanos. Segundo Carvalho (2004), a realidade brasileira deve incorporar estratégias de Promoção da Saúde, que visem superar as raízes estruturais da iniquidade na saúde por meio de mudanças estruturais. Mas questionamos como enfrentar o embate da lógica neoliberal vigente para a transformação dos ambientes políticos, econômicos, físicos, culturais e sociais?

Temos então, um impasse de interesses entre necessidades em saúde e interesses econômicos. Medidas intersetoriais têm-se apresentado como respostas a esses questionamentos, inclusive as diretrizes para a transformação nas condições de vida e trabalho do discurso da Promoção da Saúde apontam na direção da Intersetorialidade.

Várias pesquisas assinalam a ineficácia do setor saúde para dar soluções aos problemas que estão na gênese das determinações sociais da saúde. A Promoção da Saúde é apontada como instrumento de avanço para o setor saúde, priorizando a atenção básica, e designando às Unidades Básicas de Saúde ações a serem cumpridas. No entanto, verificou-se carência no envolvimento dos atores interessados na avaliação sobre a pertinência das ações impostas, apesar do empenho de muitos profissionais. Observou-se também, um hiato entre os serviços oferecidos à população e o que esta considera importante para viver, o resultado tem sido o esvaziamento de usuários nas ações propostas. Além disso, o profissional de saúde cumpre determinações do Ministério da Saúde, que são desconexas da real necessidade da

população. Essas ações apresentam caráter normativo, não contribuem à autonomia dos sujeitos e estão longe de provocar verdadeiras mudanças nas condições de existência da população. Assim, há um engessamento de ambos os lados, tanto dos profissionais, quanto dos usuários (DALBELLO, 2005; PEIXOTO-PINTO, 2008; SOARES; DALBELLO-ARAÚJO, 2008; GUERRA; DALBELLO-ARAÚJO, 2008; IGLESIAS, 2009).

Em vista disso, decidimos avançar nessa discussão, trilhando o caminho da Intersetorialidade. Como foi posto anteriormente, as próprias Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde já apontavam a Intersetorialidade como ferramenta fundamental na concretização da Promoção da Saúde, no entanto, poucos foram os avanços que seguiram essa direção. Assim essa pesquisa se propõe a estudar como se dá a construção da intersetorialidade com vistas a Promoção da Saúde.

2.3 Intersetorialidade: definição e controvérsias.

Intersetorialidade é definida, segundo Junqueira (1997, p.31) como “[...] uma possibilidade de encaminhar a resolução dos problemas da população, situada em determinado território, de maneira integrada”. As causas desses problemas são múltiplas e não podem ser tratadas somente sob uma ótica, mas as respostas devem assumir uma dimensão ampla. Apesar dos problemas sociais manifestarem-se setorialmente, a solução destes problemas está na dependência da ação de mais de uma política, demandando uma maneira integrada de resolvê-los. Porém, para que isso ocorra é necessário ordenar as estruturas de poder das políticas públicas.

A lógica intersetorial de atuação deve referir-se basicamente à população e ao espaço onde se situa. Assim, a base populacional e geográfica permite que se identifiquem os problemas e as possibilidades de solução para atingir uma vida com qualidade. Ainda segundo Junqueira (1997), o município é um espaço definido territorial e socialmente, e é nele que se concretizará a integração interinstitucional e a ação intersetorial. É o espaço de atuação do Estado no encontro com o cidadão. Este por sua vez, deve ter acesso aos seus direitos constitucionais e aos serviços que lhe garantem esses direitos.

A descentralização administrativa é uma possibilidade de mudança de uma política setorial. Para tanto é necessário que as políticas sociais atuem de forma integrada. Além disso, entende que as iniciativas estritamente estatais não garantem equidade diante das necessidades sociais.

Tratar os cidadãos, situados num mesmo território, e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços. Mas isso só não basta. São necessários um novo saber e um novo fazer, que envolva mudanças de valores, de cultura como um fenômeno ativo, vivo, através do qual as pessoas criam e recriam os mundos dentro dos quais vivem (JUNQUEIRA, 1997, p.37).

Para Inojosa (2001), a Intersetorialidade é uma articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, visando buscar alcançar resultados integrados, transpondo a idéia de transdisciplinaridade para o campo das organizações. O objetivo é mais do que juntar setores, mas é de criar uma nova dinâmica para o aparato governamental com base territorial e populacional. O planejamento deve ser participativo e deve agregar outros atores de vários segmentos da população.

O aparato governamental preocupa-se com cada uma de suas fatias e seus produtos, isoladamente. Dificilmente conseguimos perceber, nos vários níveis de governo, a prática da avaliação de resultados. Faz-se a avaliação dos produtos oferecidos: quantas consultas foram realizadas, quantas cestas básicas estão sendo distribuídas, quais as obras terminadas. Mas, de fato, que diferença isso fez para o grupo que vive em tal região, com tal perfil, para segmento tal ou qual, que tem determinadas características? (INOJOSA, 2001, p. 104).

Afirma-se assim a necessidade de mudanças no projeto político para as políticas públicas sob a ótica da redução das desigualdades, repartindo as riquezas e revertendo o quadro da exclusão social. Além disso, associa a Intersetorialidade com o processo de transdisciplinaridade na superação da disjunção histórica de um todo, causada pela setorialização. Esse processo de separação é reflexo da repartição do conhecimento em disciplinas cada vez mais específicas, que perdem ao longo do tempo, a noção do todo. Segundo Gallo (1997), as disciplinas cada vez mais se fecham, enxergam os fenômenos de forma fragmentada e não os concebem em sua unidade.

A Interdisciplinaridade não deve somente propor uma visão mais completa dos fenômenos da doença, por exemplo, mas deve ir para além das fronteiras da disciplinarização, deve romper com a estruturação hierárquica de saberes. Isso implica que cada saber deve ter voz decisória, quebrando assim, com as teias de poder. No enfrentamento do fenômeno saúde/doença, articular as competências individuais não é tarefa fácil, pois não é uma simples contraposição de domínios científicos, mas um confronto de saberes. A defesa do especialismo deve superar a defesa dos espaços de atuação (SPINK, 1992).

Abreu (2009) considera limitada a leitura que Inojosa (2001) e Junqueira (1997) fazem sobre a Intersetorialidade, por entender que estes se limitam ao aspecto técnico e burocrático da Intersetorialidade.

Eles se limitam a discutir sua eficácia, eficiência e possibilidade de com ela obtermos a superação de problemas sociais. Não negamos aqui a existência da dimensão instrumental ou técnica da intersetorialidade. Entretanto, ao priorizar apenas essa lateralidade de intersetorialidade, nega-se a sua multideterminação social, ao mesmo tempo em que não são exploradas as contradições inerentes aos processos sociais e a intersetorialidade nesses processos (ABREU, 2009, p. 123).

Ao fazer uma leitura sobre o debate da Intersetorialidade no processo de construção da política de saúde brasileira, Abreu (2009) dividiu-a em dois eixos. Um baseado no aspecto técnico de articulação entre os setores e outro baseado na necessidade de mudanças societais.

O primeiro eixo, baseado na 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980), priorizou o aspecto técnico da articulação entre os setores. Essa priorização orientou-se pelo projeto político neoliberal, que por sua vez, não buscava soluções eficientes para os problemas econômicos, políticos, e de gestão democrática da população brasileira. Desta forma, o problema da Intersetorialidade era visto como um problema de má administração dos recursos públicos, esvaziado de sentido político.

O segundo eixo proposto por Abreu (2009) baseou-se no movimento da reforma sanitária, que sublinhou a necessidade de mudanças societais amplas, agregando aspectos democráticos civilizatórios e não somente administrativos. Esse projeto contraria a política de interesses neoliberais. No entanto,

[...] a pesar do movimento sanitário acreditar que seria importante a agregação de uma luta entre todos 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 Constituição Federal 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 (ABREU, 2009, p. 174).

Assim como percebemos contradições nos discursos sobre Promoção da Saúde, também apontamos diferentes entendimentos da importância da Intersetorialidade. Os interesses econômicos têm sido colocados a frente das necessidades de democracia e da busca por melhores condições de vida. Tanto a Promoção da Saúde quanto a Intersetorialidade tem caráter relativamente recente na realidade brasileira, mas já existem ponderações críticas sobre ambas.

Augusto (2003) aponta que apesar de ser obvio a importância da Intersetorialidade faltam ainda práticas nessa direção. Isso nos obriga a pensar o porquê a maioria das ações governamentais são demasiadamente fragmentadas e de efetividade duvidosa. O governo se apresenta setorializado e, portanto, suas respostas aos problemas sociais complexos aparecem igualmente partidas.

O termo setor refere-se, nessa pesquisa, aos segmentos de governo que abrangem esferas como: saúde, educação, habitação, saneamento básico; segurança alimentar; segurança urbana; emprego e renda; acesso a cultura; transporte coletivo; assistência social; meio ambiente; participação e controle social. No Brasil, temos os ministérios do governo federal, por meio destes são prestados serviços à população. Os Estados e Prefeituras atuam na prestação de serviços relacionados às esferas citadas através das secretarias. Então, ao utilizarmos o termo setor, estamos nos referindo especialmente a essas esferas que são reguladas pelos órgãos governamentais, ou seja, secretarias e ministérios.

A articulação entre os setores deve considerar as necessidades e as demandas de uma determinada população estabelecida em um território para propor ações e respostas aos problemas.

O Sistema Único de Saúde – SUS aponta para a articulação de órgãos envolvidos com a solução de um problema num território, envolve a sociedade no planejamento e na avaliação, exige competência técnica gerencial e exige acúmulo de conhecimento, com permanente esforço de pesquisa para a compreensão crítica do próprio fazer. As intervenções em epidemiologia, Saneamento, Alimentação, Urbanismo, Planejamento, Gestão, Educação em Saúde, Prevenção de Transtornos ao Processo Saúde/doença precisam ser transferidas para os verdadeiros donos de tais conhecimentos que é a população de um território, de um estado, de um país (SAMPAIO, 2001, p. 21).

A participação popular não deve se restringir às diretrizes ministeriais ou aos mandatos de secretarias. Deve haver uma luta por direitos e conquistas daquilo que se almeja. A Intersetorialidade deve também abarcar a fração de gestores reconhecidos, ou seja, pessoas que gerem os aparatos ou equipamentos de serviços públicos, mas também a população que deles usufrui, na medida em que ela é também gestora, possui responsabilidade social e é uma atora institucional.

O consenso de todos em relação ao tema da intersetorialidade está bem posto na agenda discursiva e teórica, porém na prática cotidiana das instituições e órgãos da administração pública municipal, são enfrentadas dificuldades múltiplas para a implementação de uma gestão compartilhada. Mesmo as administrações que fazem uma opção política pela democratização do poder, participação popular e intervenção intersetorial, na hora da efetivação da ação, enfrentam muitas dificuldades e barreiras. Intersetorialidade é uma proposta de mudança de paradigma da ação local, que agrega conhecimentos múltiplos, através de estratégias de rendimento e ampliação do enfoque de uma política em nível local e municipal, levando em conta a realidade sócio-cultural e incorporando todas as ações intersetoriais adotadas pelo poder político local que contribuem para um impacto real na melhoria da qualidade de vida (SAMPAIO, 2001, p. 23).

Desta forma, pensar em Intersetorialidade é pensar nos desafios globais dos problemas e seus entraves, e em como agir localmente diante dessa realidade. O tema da Intersetorialidade está intrinsecamente relacionado com o da Promoção da Saúde em todas as possibilidades, sejam elas se submeter às formas de dominação neoliberal ou fomentar a democracia, ou na tentativa de conciliar ambas. Pode-se pensar em Intersetorialidade para agir de uma forma que se reduzam os custos de gastos com assistências de vários setores, ou de forma a reverter as desigualdades, em busca do bem-estar, da saúde e da qualidade de vida. Em outras palavras, os setores podem até se “juntar”, porém podem não apresentar propostas efetivas de mudanças em vista de

melhorias à população. Corre-se o risco de apenas unir os setores em ações para economizar tempo, dinheiro e para otimização administrativa.

Nesse sentido, questionamos quais os limites na efetivação da Intersetorialidade e da Promoção da Saúde? Eles podem ser transpostos? Estarão as ações e serviços sendo planejados e articulados em prol de uma cultura política que se apóia na redução das iniquidades? Estão sendo considerados a participação e o “empoderamento” comunitário?

As políticas sociais são parte do processo estatal de alocação e distribuição de valores. Elas intervêm no hiato derivado dos desequilíbrios na distribuição. O Sistema Único de Saúde – SUS é uma política social e foi pensado em sua origem como um processo de democratização da sociedade. Todavia, entraves se colocaram na concretização dessa política em vista da setorialização.

[...] a Constituição de 1998, ao definir saúde, o faz de forma intersetorial. O conceito de saúde plasmado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e legitimado na Constituição ao mesmo tempo em que 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 bem como formular políticas de saúde destinadas a promover nos campos econômico e social a observância de ser saúde – nessa concepção ampla – um dever do Estado. Desde então se vive o dilema de aplicação na prática desse conceito intersetorial a partir de um Estado organizado sob a égide da especialização e da setorialização (ANDRADE, 2006, p.170-171).

Andrade (2006), em seu estudo, conclui que a proposta da Promoção da Saúde e o discurso da Intersetorialidade se deparam com aparatos de Estado que funcionam em sua maioria numa lógica setorial e verticalmente hierarquizadas. Peixoto-Pinto (2008) ressalta ainda que a Promoção da Saúde é um processo discursivo que produz uma tensão paradigmática. Isso também parece ser uma afirmativa para a Intersetorialidade.

A política social pode ser considerada como uma política dos governos que exerce impacto direto sobre o bem-estar dos cidadãos, proporcionando serviços e renda. Seu núcleo central seria formado por assistência social, previdência e serviços básicos, como educação, saúde e saneamento. Política Social envolve-se com a garantia dos

direitos de cidadania, abarcando os serviços básicos e medidas de regulação das relações de trabalho, da economia, da participação da sociedade na decisão e no controle de políticas e programas sociais, englobando meios e canais jurídicos, políticos e institucionais (VALLA; STOTZ; ALGEBAILLE, 2005).

A discussão em torno desse tema tem implicações e campos de ações que envolvem todos os setores e não somente o setor saúde. É necessário, portanto, transformar as causas econômicas, sociais, físicas e políticas. No entanto, “[...] a formulação de políticas de saúde nas sociedades capitalistas é orientada para a seleção de demandas e a incorporação de propostas que não contrariem a lógica da reprodução econômica e social em curso” (TEIXEIRA, 2001 apud FREITAS, 2003, p.152). Essas demandas são incorporadas também em diversos outros setores e campos de ação dos Estados, prefeituras e sociedade em geral.

Segundo Andrade (2006), a forma atual de operacionalização da Intersetorialidade e da Promoção da Saúde aparece em ações territoriais municipais, baseadas na descentralização que visa a transferência das funções do Estado para o governo local.

[...] o município, como ente federado, tem capacidade para realizar, na sua esfera de autonomia e compartilhando essa responsabilidade com as outras esferas de governo, os preceitos constitucionais de formulação e implementação de políticas públicas intersetoriais que visem propiciar maior bem-estar e saúde à população brasileira (ANDRADE, 2006, p.27).

O protagonismo municipal é recente na história brasileira e ainda existem poucas referências de âmbito municipal de operacionalização de ações que extrapolem políticas setoriais. Com a NOB 01/96 o município passou a ser responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e pelas intervenções saneadoras em seu território (ANDRADE, 2006).

De acordo com Filho e Abramovay (2003), o município é a menor instância governamental passível de executar políticas públicas, devendo ser uma unidade eficiente para controlar gastos setoriais e localizados. No Brasil, a história de articulação entre as políticas setoriais e território se conforma, até os dias de hoje, principalmente em distribuir incentivos e conceder isenções, havendo uma ausência institucional destinada à articulação local de diferentes atores.

Para Junqueira (1997), o município se constitui como um espaço definido territorial e socialmente. E é nele que concretizará a integração interinstitucional e a ação intersetorial. Essa integração deve ser mediada por novos paradigmas, e viabilizada por meio de um processo dinâmico entre os sujeitos nas instituições e em suas práticas.

Articular ações para Intersectorialidade exige a criação de uma nova forma de agir frente os desafios de um dado território. Exige uma relação diferenciada com os cidadão que se encontram situados em um território, viabilizando um planejamento de soluções aos problemas de maneira articulada com os diversos atores sociais e serviços. Para isso é necessário a construção de um novo saber, um novo fazer, envolvendo mudanças de valores de forma que as pessoas possam criar e recriar os mundos nos quais estão inseridas (JUNQUEIRA, 1997).

Esta pesquisa teve por foco o estudo de um espaço que foi criado pela Prefeitura Municipal de Vitória denominado Câmara Territorial (CT), que pretende criar estratégias de intervenção em resposta as necessidades populacionais do município. A Câmara conta com a integração entre gestores de diferentes setores de um dado território com uma meta comum por meio de ações intersectoriais.

Dentro da proposta da CT entrevistamos a possibilidade de verificar um protagonismo municipal diferenciado em um dado território, por meio de ações mais integradas, com maior potencialidade de envolvimento dos diferentes atores institucionais e sociais. Para tanto, é necessário o entendimento da dinâmica de um território, bem como a compreensão de sua constituição e conceituação.

2.3 Território como categoria de planejamento

O ponto de partida para adentrarmos no entendimento sobre “território” consiste em entendermos algumas diferenciações desse termo, que é compreendido de diferentes formas dependendo da vertente em que se situa e em relação a outros termos que a este se relacionam, mas que não se equivalem. O elemento fundamental para essa discussão é a clareza de que território não é um dado natural, mas sim uma construção.

“O território é antes de tudo uma relação que envolve apropriação, domínio, identidade, pertencimento, demarcação, separação” (HEIDRICH, 2004, p. 3).

O alcance das atuais noções de território se deu a partir de todo um processo histórico de partilha do mundo em unidades territoriais que se deram em forma de Estados-nações e colônias. A princípio vigorava a necessidade de delimitação, de apropriação de um lugar físico tendo em vista os recursos naturais, para a conquista de condições de sobrevivência e para o próprio habitat. Dessa forma, presenciou-se uma disputa pelos recursos que se caracterizou em uma relação de territorialização, vinculando-se e desvinculando-se grupos de determinados espaços (HEIDRICH, 2004).

Segundo Santos (2000), a condição original do espaço se dá através das relações entre objetos e ações, que se caracterizam pela ocupação e apropriação. Assim, se formaram as primeiras formas geográficas, com seus limites e fronteiras. O Estado passou a institucionalizar espaço e sociedade. As sociedades passaram a se distinguir umas das outras e passou-se a regular também os limites dos espaços públicos e privados. De tal modo, não deveriam os interesses privados prevalecer sobre os interesses públicos, e para tanto, o Estado se colocou entre os interesses privados. Esse dado se configura em um padrão territorial que caracterizam noções de sociedade civil e de cidadania, o que antes era autônomo passa a fazer parte de um sistema.

Com o advento da modernidade, e junto com ela a industrialização, o capitalismo moderno e a globalização, as relações que antes se estabeleciam foram bombardeadas por novos fluxos de informações, tecnologias, de divisão do trabalho e formações de redes de arranjos político-econômicos, foram-se construindo e propagando formas homogêneas de ser e estar no mundo, como ou sem resistência. O mundo mudou frente às novas integrações sócio-espaciais em diferentes escalas. As relações se rearranjaram diante da modernização e tudo que a acompanhou, ou seja, os vínculos cidadão-sociedade foram refeitos e o tempo de acesso as informações se tornaram cada vez mais rápidos diante da incorporação de novas tecnologias e vinculações entre os lugares. Entretanto, nem todos os lugares e pessoas participam dessa nova compreensão de tempo e espaço, nem todos acompanham esses fluxos.

A nova integração técnica e científica e de informação, proporcionou alterações na forma de estar, ser e fazer na sociedade, nas relações entre as pessoas e com os diferentes espaços, nos vínculos que as pessoas têm em relação a cidade e aos bairros. Todos esses acontecimentos ocasionaram significativa perda da coesão comunitária e ruptura da solidariedade territorial (HEIDRICH, 2004).

Assim, por exemplo, enquanto a política local interessa aos agentes hegemônicos como uma possibilidade de adequação da cidade à globalização, às classes populares e às pessoas do lugar, interessa a consolidação de um espaço de garantia do emprego e da qualidade de vida. A solidariedade existente em função da convivência dos grupos no mesmo território torna-se relativa, à medida que o uso de novas tecnologias possibilita a substituição da contigüidade física pelo tempo compartilhado no espaço de fluxos (HEIDRICH, 2004, p.17).

Atualmente encontramos formas diferentes de entender os conceitos de território, e de espaço. São formas que em alguns aspectos se congruem e em outros se divergem. Segundo Haesbaert e Limonad (2007), podem-se apontar três abordagens conceituais básicas para a compreensão de território. A primeira e majoritária considera território como um espaço delimitado e controlado, por meio do qual se exerce algum poder, especialmente de caráter estatal, essa concepção privilegia a dimensão jurídica e política. Nesse âmbito, a territorialização se dá através do Estado-nação e das diversas organizações políticas que visam relações de regulação e dominação política. A segunda abordagem privilegia a dimensão cultural, ela é produto da apropriação do espaço pelo imaginário levando em consideração a identidade social. Sua territorialização conta com a atuação de indivíduos e grupos étnico-culturais estabelecendo relações de identificação culturais. A terceira e minoritária segue a divisão territorial do trabalho, bem como a divisão das classes sociais e relações de produção, concebe o território como produto espacial do embate entre classes sociais e da relação entre capital e trabalho.

Uma ocorrência parece consenso, território não é o mesmo que espaço. Território se encontra no âmbito das relações de domínio e apropriação de um espaço sob uma organização em comunidade. Já o espaço é mais do que uma propriedade da matéria como um lugar físico e com suas características, é uma condição. Podemos destacar espaço como um meio social, cultural, político (HEIDRICH, 1998).

Haesbaert e Limonad (2007) destacam que território é sempre concomitante a apropriação num sentido mais simbólico, e ao domínio seguindo um aspecto mais concreto, político-econômico de um espaço socialmente partilhado. O território é uma construção sócio-histórica a partir das relações de poder (concreto e simbólico) que envolvem, ao mesmo tempo, sociedade e espaço geográfico (que também é sempre, de alguma forma, natureza). O território possui, portanto, uma dimensão subjetiva (identidade territorial) e objetiva (dominação do espaço) por meio de instrumentos de ação político-econômica.

No período pós-moderno evidenciou-se uma fragilização das identidades. Esta considerada como uma construção cultural, responde a uma necessidade existencial que os grupos têm sobre eles mesmos e sobre os outros, para dar um sentido à sua existência. Isso se dá através dos discursos que possuem traços da vida material, da organização social e do universo dos valores e crenças da coletividade. O sentimento identitário proporciona a sensação de pertencimento que se ancora a uma dada realidade espacial (CLAVAL, 1999).

A passagem para a pós-modernidade veio acompanhada de um declínio de identidade. Os discursos identitários têm expressado um déficit de sentido do mundo de hoje e revela-se perigoso por suas conseqüências políticas. As sociedades vivem agora em regimes democráticos que nenhuma ideologia conclama ultrapassar, apesar de os discursos identitários contemporâneos se pretenderem militantes. À medida que o universo no qual as pessoas vivem é limitado, mais a identidade é vivida sob a forma da necessidade, e assim o indivíduo segue vivendo em meio às imposições das disciplinas, valores e modos de ser. A vida é agora organizada por relações institucionais que se pressupõem em todos os níveis, e a maior parte das estruturas conhecidas da vida coletiva se traduz através de formas de territorialidade. Problemas do território e a questão da identidade são inseparáveis, as representações que fazem certas porções do espaço humanizado dos territórios são inseparáveis da construção das identidades (CLAVAL, 1999).

O entendimento do território é fundamental para apartar o risco de alienação e da perda do sentido da existência individual e coletiva, e a renúncia ao futuro. Vivemos hoje na

democracia de mercado em que o território é o suporte de redes que levam regras e as normas de utilização egoísta, verticalidades (SANTOS; SILVEIRA, 2006).

Ao longo do tempo o Estado vem intermediando territorialidades entre público e privado, incorporando e se adequando as massas informativas das comunicações e normas mercadológicas transculturais e transnacionais. O Brasil por toda a sua história enfrenta e sempre enfrentou problemas sociais graves, e não foi diferente com o advento da industrialização e abertura de mercado. Apesar de o país enriquecer, viu-se enfrentar problemas de degradação ambiental e uma queda significativa do nível de saúde de sua população. Os problemas da urbanização em torno das capitais e de centros industriais ocasionou sérios agravos em vários aspectos das cidades como transporte, moradia (favelização), renda, saúde dos trabalhadores entre outros problemas que requerem uma atenção integral do governo, visto que os problemas abarcam diferentes esferas da sociedade. O Estado tem se organizado também assim, por setores, em meio aos interesses comerciais e às demandas sociais de sua população.

Em nível local, acompanha-se certa descentralização do poder e tem-se esperado que os municípios assumam tarefas de gestão de seu povo, estabelecidos em seu território municipal. No caso de nosso campo de estudos nos ativemos a uma região administrativa da cidade-capital do Estado do Espírito Santo, que é denominada pela PMV de região de Maruípe. Esta região constituiu uma Câmara Territorial específica, (CT de Maruípe) composta por representantes de várias secretarias da prefeitura. O trabalho da CT lança mão de interações com os diferentes atores territoriais através de uma gestão mais integrada, em redes.

2.4 Gestão em redes: um desafio a ser conquistado

A rede se configura como um fenômeno político imbricado nas organizações e instituições. As redes de políticas sociais têm origem primária nos processos de descentralização e democratização da sociedade, especialmente latino-americanas nas ultimas décadas. Existem tentativas de formação de redes dentro do aparato governamental, que se dão em forma de acordos entre os ministérios para o controle e

avaliação das políticas, envolvendo órgãos estatais descentralizados e organizações da sociedade civil. Tendo em vista que nenhum dos atores possui um controle global dos processos e dos recursos, a rede se mostra uma importante via de trabalho (FLEURY; OUYERNEY, 2007).

Segundo Fleury e Ouyerney (2007), no campo das políticas sociais as redes tem sido vistas como solução para administrar políticas e projetos de poucos recursos, conterem problemas complexos por meio da interação de agentes públicos e privados, centrais e locais e também para a participação cidadã. A criação da rede bem como sua manutenção se depara com tensões geradas no estabelecimento de consensos, de regras, decisões coletivas, e de prioridades especialmente frente a gerencias policêntricas. O termo “redes” tem sido utilizado para definir o universo de relações sócio afetivas de um indivíduo. Na gestão intergovernamental a rede é vista como um produto da junção de disciplinas e como um modelo de gestão das políticas, de governança que envolve níveis locais e globais.

As vantagens e desvantagens da proliferação das redes políticas envolvem problemas de gestão. As características fundamentais das redes são a horizontalidade e a interdependência entre os participantes da rede com a formação de parcerias, diferindo-se de outros formatos de gestão. As vantagens da rede se configuram na pluralidade de atores mobilizando recursos e propiciando diversidade de opiniões sobre um determinado problema. Na rede as prioridades se dão de forma mais democrática podendo envolver organizações menores e mais próximas dos problemas, as estratégias são estabelecidas por consensos e negociações entre os participantes. Além disso, pode-se contar com instâncias públicas sem necessariamente criar uma estrutura burocrática. A rede é mais flexível, adaptativa e volátil, permitindo articulações no planejamento, execução e controle na gestão. Na estrutura horizontal da rede, os participantes contam com maior autonomia. As desvantagens da rede se definem em relação a limitações na eficácia, visto que o fato de a rede envolver maior número de participantes pode ocorrer problemas em relação ao uso de recursos (FLEURY; OUYERNEY, 2007).

Além disso, no Brasil, segundo Filho e Abramovay (2003), em geral as agências públicas no âmbito das políticas setoriais, que se organizam para distribuir recursos e conceder isenções, estão historicamente voltadas à centralização das iniciativas, coexistindo com a falta de articulação real com as experiências locais vividas pelos diversos atores.

A formulação de consensos pode ocorrer de forma lenta interferindo na resolução de problemas que requerem soluções mais rápidas. A distribuição das responsabilidades podem não garantir o cumprimento dos objetivos, e a flexibilidade da rede pode acarretar o afastamento dos participantes em relação aos objetivos dessa, comprometendo a eficiência de alguma ação da rede, e até ocasionar a deserção de parceiros (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

A rede pode ser do tipo mediada, em que a coordenação é feita entre os participantes que assumem posições iguais, e pode ser também mediada de modo que exista uma coordenação iniciada por uma autoridade imposta de maneira vertical ou de maneira articulada e horizontal sem sobreposição aos demais membros. É necessário estabelecer canais de comunicação entre os membros da rede para o fortalecimento desta. Os canais informais dos relacionamentos pessoais são importantes instrumentos para a coordenação da rede (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Em geral, em nossa cultura ocidental, quando pensamos em uma estrutura organizacional, a estrutura organizativa mais usual é a estrutura piramidal, que consiste em pessoas ou entidades organizadas em níveis hierárquicos superpostos, de forma que cada nível compreendendo menos integrantes do inferior, assim como aparece na figura de uma pirâmide. O ápice da pirâmide tende a concentrar um único integrante, o “chefe”. A comunicação entre integrantes através dos diferentes níveis da pirâmide acontece de maneira vertical, cima para baixo ou de baixo para cima. Essa forma de se organizar se detém historicamente a uma forma dominante nas culturas organizacionais sob uma perspectiva de poder e contra-poder, essa forma de funcionamento é especialmente presente nas organizações sociais, e as ações políticas são tradicionalmente piramidais (WHITAKER, 1993).

O que a organização piramidal superpõe, de fato, são níveis de poder de decisão, e com ele a responsabilidade pela realização dos objetivos perseguidos. Esse poder e essa responsabilidade vão se concentrando, da base da pirâmide ao seu topo, passando por instâncias intermediárias, de modo inversamente proporcional ao número dos que se encontram em cada nível. Na estrutura organizacional em rede, todos têm o mesmo poder de decisão, e todos têm o mesmo nível de responsabilidade, estabelecendo-se assim uma relação de co-responsabilidade no alcance dos objetivos da rede. Nela não são estabelecidos níveis de importância e de poder, mas sim tipos diferentes de responsabilidade (WHITAKER, 1993).

A luta pelo poder e a competição se estabelecem para “subir” na pirâmide. Disso decorrem lutas fragilizantes que podem paralisar uma ação por meio do bloqueio da circulação de informações. Nas estruturas em rede a livre circulação de informações é a condição básica de sua existência, portanto não se sobe a um nível mais alto que os demais. A rede pressupõe-se uma forma organizativa em que seus integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais. O conjunto dessas conexões se apresentam como uma malha de fios diversificados que se espalham pelos lados sem que se possa dizer quem é o integrante central, principal, ao contrário da pirâmide, não há um “chefe”, mas sim um anseio coletivo por alcançar algum objetivo. Além disso, as redes são necessariamente abertas horizontalmente, permitindo entrada de novos participantes (WHITAKER, 1993).

Cada ator da rede tem seus objetivos particulares, no entanto, a participação na rede não é consequência de um comportamento para atingir o objetivo particular-organizacional. Ao contrário, a rede requer a sustentação de um objetivo maior que envolve valores compartilhados além dos objetivos particulares que continuam. Os conflitos na rede são inevitáveis e podem levar, quanto a sua composição e participação, a marginalização de grupos, instituições, pessoas e mesmo regiões, ficando assim a política nas mãos de somente uma elite (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Sabendo que na origem das políticas sociais estão implicados os processos de descentralização e democratização da sociedade, insta analisar a relação estabelecida entre Estado e sociedade. Segundo Dagnino; Oliveira e Panfichi (2006), no debate

contemporâneo sobre a democracia na América Latina, é identificada uma separação da sociedade civil em relação a sociedade política, por meio de uma dicotomia que se estabelece um Estado visto como homogêneo e da sociedade civil também homogeneizada, mas que, no entanto, são heterogêneos. Registra-se uma “confluência perversa” em relação aos projetos democratizantes e os projetos neoliberais.

Existe um fracasso em relação ao neoliberalismo quanto a distribuição de riquezas que torna os governos democráticos frágeis, por isso o modelo autoritário ainda não cessou do substrato cultural. No projeto neoliberal verifica-se a necessidade de ajustar a economia em função da expansão do grande capital internacional, especialmente no Terceiro Mundo, liberando o mercado como quem vai organizar a vida em sociedade. Além disso, transferem-se as responsabilidades do Estado para a sociedade civil e para o setor privado (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006).

Essa transferência de lógica de mercado como organizador da vida social e política transformam os governos em “provedores de serviços” e os cidadãos em “clientes”, “usuários”. Observa-se também que o projeto neoliberal tem como princípio a adoção de uma perspectiva privatista e individualista, redefinindo assim, o significado de coletivo e de participação social, bem como a noção de cidadania, havendo uma anulação dos direitos universais. A Cidadania se reduz a uma caridade e não um exercício de direito, visto que o Estado isenta-se gradativamente de garantir os direitos em um processo de despolitização (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006).

A teoria democrática limita o conceito de política à luta pelo poder entendido como a obtenção da autorização a da representação por meio das eleições.

[...] Uma vez alcançada a democracia representativa, a sociedade civil ativada deixa seu espaço de ação para a sociedade política, a qual assume as causas e os interesses da sociedade civil e monopoliza as funções da representação legítima. [...] Ao conceber a democracia como mero exercício de representação política (eleitoralmente autorizada) no campo do Estado, se reproduz uma separação conceitual entre a sociedade civil e a sociedade política que impede a análise das continuidades entre elas e, portanto, o entendimento da democratização como um processo que se origina na sociedade mesma e a transforma (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006, p.18).

O princípio da cidadania em que o Estado é expressão da vontade do povo através do voto não são contemplados. As políticas postas nos aparatos do Estado dialogam sob pressão e mobilização de diversos seguimentos da sociedade civil (LUZ, 2007).

O fundamento da democracia participativa é a ampliação do conceito de política mediante a participação cidadã, bem como a deliberação em espaços públicos, visando um sistema articulado de instâncias de intervenção dos cidadãos nas decisões que lhes concernem e na vigilância do exercício do governo. Desenha-se assim, um projeto democrático que não funcione apenas para o cumprimento das promessas de Estado democrático de direito, mas para propor mudanças na forma de pensar e exercer a política, o poder e a participação da sociedade. (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006).

Houve historicamente uma oposição entre sociedade e Estado decorrentes da fase dos regimes autoritários. Mas a continuidade dessa oposição, mesmo depois da superação dessa conjuntura autoritária, deu margem à outra relação com o Estado, este por sua vez de inimigo passou a ser um ente administrativo homogêneo e indiferenciado, uma instituição com a qual se deve cooperar, pois este passou a ser visto como um ente que responde com legitimidade às necessidades da cidadania. Essa visão homogeneizante destitui a sociedade de politização nessa relação com o Estado. A sociedade civil, por sua vez, não é um ator coletivo e homogêneo, mas um conjunto heterogêneo de múltiplos atores sociais, que atuam em diferentes espaços com canais próprios de articulação com os sistemas político e econômico, que formam uma rede de movimentos sociais e associações diversificadas e de diferentes padrões culturais dominantes (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006).

O tipo de relacionamento que se estabelece entre a sociedade civil e a sociedade política é direto, com a maior ou menor coincidência entre os projetos políticos existentes em ambas as esferas. Na ausência dessa correspondência de projetos, outra possibilidade de ação conjunta decorre da coincidência conjuntura de interesses, isto é, da criação de alianças de caráter instrumental entre setores da sociedade civil e do Estado (DAGNINO; OLIVEIRA; PANFICHI, 2006, p.38).

A descentralização ganhou relevância na Constituição de 1988, após anos de centralismo político, financeiro e administrativo. Esse processo descentralizador abriu oportunidades para maior participação cidadã, inovações no campo da gestão pública,

levando em conta a realidade e as potencialidades locais, houve a profissionalização da burocracia, consubstanciadas pela seleção meritocrática e universal através do concurso público e um maior esforço na capacitação da alta burocracia. Entretanto foram criadas falsas isonomias como, por exemplo, a incorporação de gratificações, benefícios e legislações que distanciaram a burocracia da população (ABRUCIO, 2007).

Para Abrucio (2007) é necessária a profissionalização do alto escalão governamental para o bom desempenho das políticas públicas. Deve-se também incluir pessoas de fora da máquina pública em uma parcela dos cargos públicos, uma vez que além de o eleito precisar colocar pessoas de sua confiança e que compartilhem de suas idéias no escalão governamental, possa-se ter uma oxigenação da administração pública ao inserir profissionais do mercado de trabalho e da academia para agregar novos conhecimentos e técnicas.

No entanto, para além dos avanços democráticos no Brasil, há uma conexão frágil entre eleitores e eleitos favorecendo o clientelismo e o patrimonialismo em várias instâncias de poder. O principal instrumento utilizado para a efetividade das políticas públicas é a gestão por resultados que é orientada por metas e indicadores. A utilização desse instrumento se configura em uma revolução gerencial que depende de um convencimento dos diversos atores políticos, sociais e de mudanças na cultura política. A administração pública brasileira será mais efetiva se for cobrada e controlada pela sociedade, para combater os problemas que o Estado enfrenta no mundo contemporâneo (ABRUCIO, 2007).

Segundo Rezende (2007) os constantes desafios sociais, financeiros e políticos nos municípios têm exigido dos seus gestores uma atuação mais competente para propiciar qualidade de vida adequada aos seus munícipes. A participação da comunidade, os planejamentos municipais e as informações sistematizadas podem facilitar a gestão das prefeituras e dos municípios. A participação dos munícipes na condução do município é uma necessidade inexorável.

A informação é o capital intelectual das prefeituras e municípios. O compartilhamento de conhecimentos pelos gestores locais, servidores municipais, cidadãos entre outros

atores que se interessam pelo município é um desafio para os municípios, devido a rotatividade de governantes que altera o compartilhamento de experiências bem sucedidas e dos conhecimentos acumulados. Outro ponto é que para redefinir problemas e soluções que afetem o ambiente, o conhecimento é formado de dentro para fora nas prefeituras /municípios (REZENDE, 2007).

Dentro da idéia de gestão, o mais importante é o processo de aprendizagem atravessados pelas as inovações. A idéia de gestão não deve se confundir com a idéia de administração. Gestão é uma questão própria dos humanos para se colocar algo em funcionamento, que implica imprevisibilidade e possibilidade de criação. Já a idéia de administração se passa pela noção de ordem administrativa implementada pelos governos instituídos (MINAYO-GOMEZ, BARROS, 2002).

A gestão em redes implica em gerir estruturas flexíveis voltadas para a eficiência coletiva. A Gestão burocrática tradicional é conhecida por ser mais rígida, cerceada pelas regras e previsível, ao passo que a rede tem potencial de adaptação a condições em transformação, bem como flexibilidade e capacidade de inovação [...] (AGRANOFF; MCGUIRE, 1999 apud FLEURY; OUVENEY, 2007, p. 95).

A rede, portanto, trata de uma forma organizativa com um objetivo que deve ser coletivo e engendrado por certa autonomia dos seus componentes. Trata-se, então, de uma forma de gerir, de se relacionar, de se colocar politicamente em relação ao outro. Entendemos que esse funcionamento pode viabilizar a operacionalização da intersetorialidade, agenciando, espera-se, respostas às necessidades territoriais e determinantes à Promoção da Saúde de uma coletividade. Diante disso, visamos analisar o discurso que a Câmara Territorial de Maruípe tem sobre si mesma e qual a potencialidade que esta tem para conjugar todos esses elementos.

3. OBJETIVOS

Este estudo se propôs:

- Analisar a compreensão que os participantes da Câmara Territorial da região de Maruípe em Vitória-ES têm a respeito do conceito de Intersetorialidade.
- Verificar de que maneira a Intersetorialidade tem sido considerada na formulação das ações em Promoção da Saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 Pressupostos Metodológicos

A ciência tornou-se, na sociedade ocidental, a forma hegemônica da construção da realidade por proporcionar critérios de verdade. Apesar disso, nos perguntamos ainda quais as soluções dos problemas fundamentais da pobreza, das iniquidades, da violência etc (MINAYO, 2007). Tais questionamentos têm-se desdobrado em pesquisas e objetos de estudos cada vez mais apurados, delimitados e cuja responsabilidade social se fazem presentes.

Para resguardar a cientificidade da realidade trazida na pesquisa, lançamos mão de métodos de compreensão da realidade pesquisada, partindo de um paradigma emergente que carrega em seu bojo o diploma de autenticidade científica, assim como o paradigma dominante. O paradigma emergente acessa sujeitos históricos e dinâmicos, bem como os fenômenos sociais que são construídos e alimentados por crenças, valores, atos, representações e intenções dos homens (SANTOS, 2003).

Nessa pesquisa, o acesso a esses itens se deu a partir de inserções do pesquisador no ambiente do campo de pesquisa, no contato com as pessoas desse campo e na relação com o objeto de estudo pesquisado e analisado. Escolhemos compreender o objeto que se constitui no pensamento coletivo em relação à Intersetorialidade, a partir dos pontos de vista dos participantes da Câmara Territorial (CT) de Maruípe. Em vista disso, encontramos na pesquisa qualitativa o escopo que possibilita a investigação desse objeto. Optamos, então, por realizar uma pesquisa de cunho qualitativo.

Segundo Bauer e Gaskell (2003), a finalidade de uma pesquisa qualitativa é explorar o espectro de opiniões e das representações sobre um determinado assunto. No caso desta pesquisa exploramos o tema da Intersetorialidade baseando-nos no agir humano. Para Leopardi (2001), esse agir visa sentidos e valores que não são captados por relações de causa e efeito, nem com o uso de instrumental estatístico. “[...] A abordagem qualitativa só pode ser empregada para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis mais pelo seu grau de complexidade interna do que pela sua expressão quantitativa” (MINAYO, 1993, p. 245). Em consonância com os objetivos

desse estudo, compreender os dados colhidos no campo foi fundamental para efetivarmos essa pesquisa.

[...] a principal característica das pesquisas qualitativas é o fato de que estas seguem a tradição compreensiva ou interpretativa. Isto significa que essas pesquisas partem do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado (ALVEZ-MAZZOTTI; GEWANDSNAJDER, 1998, p.131).

Nesse sentido, a fala revela condições estruturais de sistemas de valores, normas e símbolos, e, ao mesmo tempo, transmite, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Portanto, a fala cotidiana nas relações afetivas e técnicas, nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos é o material primordial da investigação qualitativa (MINAYO, 2007).

Essa pesquisa trata de um campo social em saúde. Esse campo é representado segundo Minayo (2007), por atores como instituições políticas, serviços, profissionais e usuários, em consonância com o interesse do poder público em conhecer, regular, controlar ou articular-se a sociedade civil para solucionar as mazelas sociais presentes no capitalismo e aprofundadas no atual período pós-industrialização.

Na forma qualitativa de pesquisa, o espaço de respostas é livre ao ponto de podermos captar os meandros semânticos das opiniões e dar livre acesso aos valores, crenças e pontos de vista que vem a tona em uma entrevista mais aberta. Dessa forma, a pesquisa qualitativa veio ao encontro do nosso objetivo como método mais adequado para lidar com o objeto deste estudo, visto que de fato, almejamos acessar os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade.

O pensamento coletivo é uma variável qualitativa, e para pesquisar qualitativamente esse objeto utilizamos como recurso o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma proposta de organizar e tabular dados qualitativos e verbais, no caso dessa pesquisa advindos das entrevistas. “O DSC é, assim, uma estratégia metodológica que, utilizando uma estratégia discursiva, visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário” (LEFEVRE;

LEFEVRE, 2005, p.19). Escolhemos, então, uma forma mais aberta de pesquisar e isso nos permitiu que as respostas viessem em forma de discursos. Esses discursos foram analisados a partir do material (texto) derivado das entrevistas individuais.

Sabemos que a fala revela condições estruturais de sistemas de valores, normas e símbolos, e, ao mesmo tempo, transmite, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Portanto, a fala cotidiana nas relações afetivas e técnicas, nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos é o material primordial da investigação qualitativa (MINAYO, 2007).

Desta forma, a entrevista é a base para a coleta de dados (falas), que é nosso material de análise.

O emprego da entrevista qualitativa para mapear e compreender o mundo da vida dos respondentes é o ponto de entrada para o cientista social que introduz, então, esquemas interpretativos para compreender as narrativas dos atores em termos mais conceituais e abstratos, muitas vezes em relação a outras observações. A entrevista qualitativa, pois, fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas com contextos sociais específicos (BAUER; GASKELL, 2002, p.65).

A utilização da entrevista do tipo semi-estruturada mostra-se como uma ferramenta pertinente em relação aos objetivos dessa pesquisa.

A entrevista semi-estruturada é uma das bases metodológicas da pesquisa qualitativa. As questões são levadas na situação de entrevista de forma mais ou menos abertas como forma de um guia. O ponto de partida do método é a suposição de que os *inputs* que caracterizam entrevistas ou questionários padronizados, e que restringem o momento, a seqüência ou o modo de lidar com os tópicos obscurecem, ao invés de esclarecer, o ponto de vista do sujeito (FLICK, 2004, p. 106).

Utilizamos, portanto, entrevistas do tipo *semi-estruturada*. Esta modalidade de entrevista obedeceu a um roteiro de perguntas (semi-abertas) que facilitou a abordagem das questões na conversa. Esse roteiro foi elaborado em conformidade com os objetivos da pesquisa e ajudou a elucidar os discursos no momento da entrevista.

4.2 Procedimentos Metodológicos

4.2.1 Trajetória Metodológica

A trajetória metodológica dessa pesquisa se deu a partir do conhecimento da Câmara Territorial de Maruípe. Esse conhecimento foi alcançado por intermédio de um evento promovido pela PMV ocorrido em novembro de 2008, que abordou temas a respeito da Promoção da Saúde. Também mediante o grupo GEMTES conseguimos acesso a algumas informações sobre a CT de Maruípe, campo pesquisado. A partir de então se iniciaram os procedimentos práticos da pesquisa que abarcou elaboração de um projeto avaliado pelo comitê de ética em pesquisa e autorizado pela prefeitura.

Nesse processo atravessamos uma trajetória de afinação com os objetivos da pesquisa, refinamento das perguntas de entrevistas, de forma que estas abarcassem os objetivos deste estudo, de lapidação do roteiro de entrevista e de balizamentos da escolha metodológica antes e após o exame de qualificação. Esse trajeto ajudou a moldar a própria pesquisa e a forma de fazê-la, visto que a CT é uma nova experiência de gestão.

Após a autorização de pesquisa, na medida em que fomos entrando em contato com o campo, conversando informalmente com pessoas participantes da CT, e assistindo as reuniões da câmara, fomos entendendo o processo e a dinâmica que perfaz esse espaço.

Como a CT é algo novo no corpo político-administrativo da PMV, não havia, até então, documentos oficiais referentes a ela. Isso dificultou inicialmente a construção do projeto, no entanto, à medida o campo foi se desenvolvendo, foi possível o acesso a documentos referentes a câmara ainda não publicados, mas utilizados entre os participantes da CT em encontros internos da prefeitura. Outras informações complementares também foram adquiridas a partir do contato com alguns entrevistados, que entregavam algum documento escrito sobre a história e modo de funcionamento da CT.

4.2.2 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada durante o período de setembro de 2009 a março de 2010. Essa coleta se desenrolou em diferentes espaços na região de Maruípe em Vitória-ES. Participamos de duas reuniões que se deram em uma escola municipal da PMV e outra no auditório da Secretaria de Educação. Participamos também de reunião específica entre a CT de Maruípe e as lideranças populares dessa região. Essa reunião ocorreu em uma sala nas dependências da sede da Secretaria Municipal de Cidadania.

A realização das entrevistas individuais se deu nos locais de trabalho dos participantes da CT de Maruípe, ou seja, equipamentos públicos e no caso dos participantes que não possuíam equipamento, a entrevista foi realizada na própria secretaria a qual o entrevistado faz parte. Houve um caso especial em que a entrevistada optou por conceder a entrevista fora das dependências do equipamento em que trabalha.

As entrevistas foram pré-agendadas pessoalmente. Na maioria das vezes, ao final de alguma reunião da CT, o participante foi abordado e convidado à entrevista, e nesse momento fazia-se o agendamento imediato nos dias e locais de sua conveniência. Devido a esse contato pessoal houve maior receptividade em relação a pesquisadora.

A pesquisa foi facilitada também pela coordenadora da Câmara que nos apresentou aos participantes em reunião. Esse procedimento foi de fundamental importância no contato com os entrevistados, visto que já se efetivava ali um contato inicial entre pesquisador e entrevistado, facilitando o momento posterior da entrevista.

4.2.3 Sujeitos

As entrevistas foram dirigidas aos participantes da CT de Maruípe. Ao participar de três reuniões regulares da CT dessa região, percebemos certa rotatividade. Na primeira reunião havia cerca de 45 participantes, na segunda reunião 30 e na última cerca de 20 participantes presentes na reunião. O critério de escolha dos entrevistados se deu pela representatividade de cada secretaria da PMV que se fazia presente na CT de Maruípe.

Buscou-se entrevistar um participante de cada secretaria representada na CT: Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS); Secretaria Municipal de Educação (SEME);

Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS); Secretaria Municipal de Meio Ambiente (SEMMAM); Secretaria Municipal de Cidadania (SENCID); Secretaria Municipal de Geração de Renda (SETGER); Secretaria Municipal de Trânsito (SETRAN) e Secretaria Municipal Segurança Urbana (SENSU). No caso da SEMUS, SEMAS e SEME foram entrevistadas duas pessoas de cada, visto que estas secretarias possuem maior número de equipamentos no território e por isso esperava-se maior número de participantes dessas secretarias na CT de Maruípe.

Assim, foi realizado um total de onze entrevistas. Dois participantes das secretarias SEMUS, SEMAS e SEME, um participante das seguintes SEMMAM, SENCID, SETGER, SETRAN e SENSU.

Algumas das secretarias participantes da CT de Maruípe não possuem equipamento no território e por isso havia apenas um representante na CT, buscou-se então, entrevistar esse representante. Durante as reuniões circulavam listas de frequência que identificavam o participante e a secretaria a qual pertence. De posse dessa lista, a identificação foi facilitada. Conhecendo já alguns participantes, esses indicavam outro participante a ser entrevistado, e assim por diante, sempre obedecendo ao critério de representatividade de cada secretaria que possui acento na CT de Maruípe.

Esses onze entrevistados são pessoas inseridas em projetos e serviços públicos que atendem essa região e interferem significativamente na dinâmica da cidade. Em contrapartida, existem demais instâncias e atores importantes que não estão alocados na CT, e, portanto, não participam como as demais secretarias das discussões pertinentes ao bem estar da população local.

4.2.4 Instrumentos

Utilizamos um *Diário de Campo* durante todo o percurso da pesquisa. Nele foram registradas informações sobre a dinâmica de funcionamento da CT, impressões, informações e conversas informais e algumas impressões das entrevistas individuais.

As entrevistas individuais seguiram um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE B), e foram realizadas e gravadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (APÊNDICE A), conforme a Resolução 196/96 contendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos e aprovado sob o número 077/09.

4.2.5 Análise dos Dados

Buscamos a melhor forma para analisar os dados das entrevistas e das observações feitas em relação ao trabalho de campo. Assim, optamos por lançar mão dos discursos individuais, e trabalhamos de forma que esses discursos expressassem as características globais do pensamento desse grupo. Em outras palavras, buscamos fazer com que a Câmara falasse através dos discursos individuais utilizando como estratégia de análise a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Assim, tivemos um panorama do entendimento da Câmara Territorial de Maruípe frente a sua proposta intersetorial de trabalho.

Desta forma, as entrevistas foram transcritas integralmente e analisadas por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O DSC é um discurso-síntese, redigido em primeira pessoa, resultado da reunião dos discursos individuais, visando tornar mais clara uma representação social e/ou imaginária, obtendo um pensamento coletivo, sugerindo uma pessoa coletiva, falando como se fosse um sujeito individual (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

Para elaborar o DSC partimos dos discursos brutos selecionando figuras metodológicas que são: Idéias Centrais (ICs) presentes em cada discurso individual, bem como Expressões Chaves (ECHs).

Segundo Lefevre e Lefevre (2005), a IC é uma descrição sucinta e objetiva do sentido do discurso, e esse pode ter mais de uma IC. Ela tem a função de descrever o sentido de um depoimento e não de interpretá-lo. As ECHs são trechos das transcrições literais do discurso que são sublinhadas com diferentes cores, que se referem às questões da pesquisa, revelando a essência do depoimento. Essas expressões são provas empíricas que comprovam as ICs.

Assim, após a transcrição literal das entrevistas, para a síntese do DSC foram identificados em cada uma das entrevistas as ICs e ECHs. Elucidando por etapas, foram realizados os seguintes passos: Primeiro – o preparo foi realizado com a etapa da transcrição literal das entrevistas, cada entrevista teve uma duração média de quarenta e cinco minutos. Assim, as transcrições renderam um material denso para análise. Segundo – houve seleções de Expressões-chaves, ou seja, as falas foram separadas por temas. Cada ECH foi grifada de uma cor específica de acordo com a legenda da cor dada ao tema, por exemplo, as ECH que se relacionavam com Intersetorialidade foram grifadas de amarelo e assim por diante. Terceiro – foi realizado um ordenamento das ECHs grifadas de todos os entrevistados de acordo com a temática. Então, sendo em número de onze os entrevistados, foram separados das onze entrevistas todas as ECHs que se convergiam à temática da Intersetorialidade em um só enquadramento, e assim também foi feito com os demais temas. Quarto – foram eleitas as idéias centrais seguindo o critério do sentido expresso pelas ECH de acordo com o tema abordado.

Após esse passo, esses elementos foram agrupados usando o critério de semelhanças, formando conjuntos homogêneos. Todos esses elementos foram tabulados e enquadrados em categorias, em seguida foi escrito de forma corrida unindo-se os conjuntos de discursos, formando-se um único e grande discurso complementar que aparenta ser de apenas uma pessoa, no caso dessa pesquisa, na pessoa da Câmara Territorial de Maruípe.

Dessa forma, reconstruímos os pedaços dos depoimentos individuais fazendo como um quebra-cabeça, para expressar uma representação coerente a cerca do nosso tema de pesquisa. Mesmo quando os discursos não são semelhantes e complementares, esses formam uma matriz de posicionamento.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Essa pesquisa se deu em um território conhecido como “Região de Maruípe”. Essa região é historicamente reconhecida como campo de atuação de pesquisadores e estagiários de diversos cursos de graduação da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), especialmente dos cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) como cursos do campo da saúde. Nesta região encontra-se localizado o Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM), que é um hospital escola (universitário). Além disso, o campus do Centro Biomédico (CBM) da UFES se localiza nas imediações desse hospital.

Tendo em vista a importante relação entre Universidade e a região de Maruípe, nos ativemos a esse território, que se localiza na região metropolitana de Vitória, capital do estado do Espírito Santo. Essa região foi eleita também pelo acúmulo de conhecimentos de pesquisas em saúde, que têm sido desenvolvidas ao longo dos últimos dez anos, envolvendo acadêmicos e mestrandos da UFES e por meio do grupo de pesquisa GEMTES. Visamos assim, através desse estudo, integrar os conhecimentos referentes a essa região, a fim de construirmos um panorama complementar utilizando os conhecimentos já estabelecidos sobre ela.

O território capixaba foi ocupado, nos três primeiros séculos após o descobrimento, apenas na faixa litorânea. Nesta faixa foram erguidos os primeiros centros urbanos, dentre eles Vitória. O cultivo do café pelos imigrantes foi um dos principais motivos para a interiorização da população capixaba. Entretanto, nas ultimas quatro décadas, houve uma desvalorização do café, acarretando também a erradicação dos cafezais, processo que também ocorreu em outros estados do país. Em vista disso, muitas famílias que ocupavam o interior migraram para os núcleos urbanos do litoral em busca de trabalho e renda para seu sustento, configurou-se assim, um processo de urbanização relacionada a alguns municípios que em seu conjunto formam hoje a “Grande Vitória” (MOREIRA; PERRONE, 2001).

A imigração foi incentivada principalmente por grandes projetos industriais como a Companhia Siderurgica Tubarão (CST), Aracruz Celulose, Companhia Vale do Rio

Doce (CVRD) e Centro Industrial de Vitória (CIVIT), que estão presentes na região da Grande Vitória. Esses projetos por demandarem determinada mão-de-obra, propiciaram crescimento acelerado das regiões em seu entorno ocasionando o êxodo rural sem, contudo, haver condições de infra-estrutura para acolher essa massa de trabalhadores juntamente com suas famílias. Com isso testemunhou-se uma degradação ambiental, desemprego, favelização, marginalização, ou seja, não houve um desenvolvimento social que acompanhasse a densidade dessa migração. Assim, a Grande Vitória, passou a enfrentar vários problemas de ordem social, tais como menores abandonados, poluição, ocupação em áreas de riscos como os morros, destinação inadequada do lixo e esgoto, especulação imobiliária, desvio de dinheiro público e tráfico de drogas. Ao longo do desenvolvimento e modernização da cidade, para o enfrentamento dessa realidade ainda atual, tem sido desenvolvidos projetos sociais, no entanto ainda existem grandes desafios a serem superados. (MOREIRA; PERRONE, 2001).

Na região de Maruípe esse contexto também se faz presente, esta é uma das regiões pioneiras em ocupação desorganizada decorrente de invasões nos morros e mangues próximos. Os bairros que compõem essa região têm como características serem de classe média baixa e classe baixa, com acesso a equipamentos institucionais como escolas e aos serviços públicos de saúde, parques, etc (VITÓRIA, 2008).

Visando uma melhor gestão das questões sociais, a PMV instituiu em outubro de 2007, após projetos pilotos, um espaço de discussão denominado Câmara Territorial, que visa possibilitar a integração das políticas e projetos que se encontram diluídos nos serviços prestados pelos projetos e equipamentos públicos, com objetivo de proporcionar um atendimento integrado à população. Trata-se de um encontro no qual os gestores locais como diretores de UBSs, Escolas, administradores de Parques Municipais e outros equipamentos públicos, programas e projetos implementados na região, agrupam-se para discutir, integrar e implementar as políticas públicas em nível local, estabelecendo interfaces necessárias entre as secretarias que compõem a Câmara Territorial (VITÓRIA, 2009). “O objetivo das câmaras é viabilizar a integração das equipes, propor ações a serem implementadas de forma compartilhada, visando o enfrentamento de uma determinada problemática ou especificidade local” (VITÓRIA, 2010).

As Câmaras Territoriais encontram-se dentro de um modelo de gestão da PMV organizada em coletivos de trabalho (ANEXO E). Esse modelo é composto por instâncias estratégicas, táticas e operacionais. As CTs surgem como esferas locais de articulação entre o nível estratégico e o nível tático-operacional (VITÓRIA, 2009).

O atual modelo de gestão, adotado pela PMV a partir do ano de 2005, trouxe por objetivo fortalecer a democracia e expandir a cidadania, apresentando uma perspectiva de promoção do desenvolvimento e o alcance de maiores índices de inclusão social. Esse modelo orienta que um conjunto de instâncias e fóruns coletivos de trabalho busquem o fortalecimento e uma interlocução permanente entre os secretários e subsecretários de governos, gerentes de áreas e gestores locais, responsáveis diretamente pelo atendimento e prestação de serviços aos cidadãos (VITÓRIA, 2010).

Em Vitória, o planejamento da gestão, os projetos e as ações encontram-se estruturados em três eixos estratégicos, são eles: democratização da gestão pública, desenvolvimento sustentável com inclusão social, defesa da vida e respeito aos direitos humanos. A partir desses eixos foram criados os comitês temáticos que são compostos pelos secretários de cada área envolvida, com o objetivo de analisar, formular, debater, deliberar sobre a integração de programas, seu gerenciamento e o monitoramento das ações estratégicas. Os comitês temáticos são: comitê de políticas sociais, comitê de desenvolvimento econômico e urbano e comitê de atividades meio (VITÓRIA, 2010).

Segundo a PMV, a CT é uma instância que se encontra no nível operacional na gestão da cidade, juntamente com o comitê executivo e os comitês gestores das secretarias. O comitê executivo é responsável pelas condutas administrativas, ou seja, pelo controle interno e racionalização dos gastos públicos. Os comitês gestores são instituídos em cada secretaria e se compõem em espaços de análise e de divulgação das ações estratégicas estabelecidas nos comitês temáticos e secretariado, promovendo também integração das ações de governo. Junto a isso, outras instâncias como os conselhos locais de saúde, a assistência social, a escola, o orçamento participativo, devem se configurar como espaços de compartilhamento das responsabilidades da gestão na cidade com os cidadãos (VITÓRIA, 2010). Pode-se, diante do exposto, dizer que

existem níveis na organização da gestão, que se configuram como instâncias estratificadas que se relacionam de forma hierárquica.

A CT tem por atribuição subsidiar e encaminhar as propostas e decisões para as várias secretarias e para os comitês de políticas sociais e de desenvolvimento econômico e urbano, a fim de contribuir para o aprimoramento das políticas públicas. A CT deve otimizar recursos humanos, materiais, financeiros, organizativos e políticos através de uma gestão integrada e intersetorial. Deve também estruturar ações governamentais que atendam às necessidades apontadas pela sociedade, considerando o território, os eixos estratégicos do governo e o público-alvo. Também é atribuição da CT garantir o protagonismo dos gestores e equipes locais e proporcionar em algum momento, um espaço para escutar a comunidade local sobre a avaliação que esta faz a respeito dos principais problemas territoriais e as propostas que têm para a melhoria da situação local (VITÓRIA, 2009).

A participação na CT é restrita aos gestores locais, por entender que estes ocupam cargos estratégicos na orientação e aplicação da política pública, proporcionando maior controle da proposta de governo da PMV em relação aos serviços prestados à população. Dentro dessa proposta existe uma CT para cada uma das oito regiões administrativas de Vitória (ANEXO C). Cada CT tem sido coordenada por um secretário específico, existindo também um coordenador geral de todas as câmaras territoriais, que tem como atribuição ser o “elo” entre as CTs e o comitê de políticas sociais.

Os coordenadores das CTs devem enviar convocatória para todas as reuniões, enviar atas das reuniões para os participantes, monitorar o planejamento da CT, fazer a ligação entre modelo de gestão, planejamento estratégico do governo municipal e a operacionalização das ações no território (VITÓRIA, 2009).

A primeira Câmara Territorial foi instalada em 05 de abril de 2006, na região de São Pedro, com o objetivo de ser um espaço governamental de integração e troca de experiências num determinado território, visando trazer e disseminar conhecimento sócio-econômico e político devido a necessidade de nivelar informações para os gestores públicos que atuam na região, permitindo o entendimento das questões vivenciadas e das demandas da população do território. Em fevereiro de 2007, foi

criada a Câmara Territorial de Maruípe, as demais câmaras das outras regiões administrativas da cidade foram criadas em outubro de 2007 (VITÓRIA, 2009).

Ao objetivar um nivelamento das informações, a CT aponta para um funcionamento fragmentado que é posto historicamente. Assinala também a não circulação efetiva de informações e conhecimento das potencialidades dos programas e serviços prestados e inclusive o conhecimento dos gestores que coordenam localmente os projetos. Em vista disso, pontua que conhecer é o passo primordial para entender e pensar a realidade local sob uma ótica multifacetada e também para implementar medidas mais resolutivas no território, visto que este se compõe de uma realidade complexa.

A CT é um espaço criado que visa ser uma estratégia de apreensão da realidade local de forma mais plural, pois abarca em sua composição, profissionais de formações específicas alocados em diferentes setores, e estes por sua vez trabalham visando objetos específicos no corpo territorial que, ao mesmo tempo, fazem parte de um todo dentro da realidade territorial que é “espacial” e relacional. Essa consideração remete-se a idéia de multidisciplinaridade, de interdisciplinaridade e de transdisciplinaridade, que atravessam o fazer dos setores e na relação entre os setores.

A CT conta com uma rotina em que diferentes setores se encontram para trabalhar de forma mais integrada e intersetorial. A participação regular nas reuniões da CT está restrita a pessoas que ocupam cargos gerenciais da PMV. Nas reuniões mensais da CT, é permitida, apenas de forma excepcional, a participação de estruturas que não compõem o grupo governamental tais como as Organizações não governamentais (ONGs), conselhos municipais e outros, para participar de debates específicos (VITÓRIA, 2009). Salientamos que essa participação segue de acordo com a pauta e interesses da CT.

Segundo a prefeitura, a CT é um diferencial dentro das políticas públicas do município, visto que a Câmara é uma instância criada para o avanço das políticas públicas, a integração e a Intersectorialidade das ações. A PMV espera que a CT possibilite a construção de um diagnóstico único do território em relação à população a ser atendida, a unificação dos dados, possibilitando um resultado mais efetivo nos diversos territórios da cidade. E com isso gerar maior impacto positivo para a população dando-lhe

visibilidade dos resultados, dos projetos que são desenvolvidos e respeitando a integralidade no atendimento à população. A divulgação da concepção de políticas integradas no território, possibilita o exercício da prática integrada e viabiliza a consolidação de indicadores integrados, facilitando o processo de avaliação das ações, articulando projetos estratégicos de inclusão social, racionalizando e otimizando recursos, ampliando o campo de ação das políticas públicas e contribuindo para aprofundar o diálogo com a sociedade civil (VITÓRIA 2009).

Segundo a PMV algumas ações estratégicas como, por exemplo, as de enfrentamento à violência, exigem ações integradas como premissa básica, pois a política pública isoladamente, com suas ações específicas, não consegue modificar uma realidade complexa. E quanto mais articulado estiver o governo municipal, mais efetivos serão os resultados (VITÓRIA 2009).

Diante das atribuições da CT e de sua rotina, percebemos a possibilidade de uma manifestação real da Intersetorialidade, que surge dentro de um aparato governamental de forma institucionalizada. Assim, encontramos uma abertura para a compreensão do fenômeno da intersectorialidade, partindo da prática dos participantes da CT de Maruípe.

Durante as reuniões foi observada grande rotatividade dos participantes, mas também a presença de um grupo fixo de pessoas que frequenta as reuniões. Observamos também que o número de participantes da CT não se equipara ao número de equipamentos e projetos presentes no território de Maruípe. Isso acarreta que alguns setores não estejam representados. Esse é um dos pontos desafiadores em relação à CT de Maruípe, ou seja, o envolvimento na participação dos próprios gestores nas reuniões.

De acordo com o método do Discurso do Sujeito Coletivo, a CT de Maruípe se expressa através de seu discurso, a representação que tem a respeito de si própria e do seu próprio funcionamento, perpassando sua realidade vivencial. Expressa também sua opinião e experiência em relação a intersectorialidade, bem como seu pensamento em relação ao seu próprio território. Esses pensamentos foram categorizados em idéias centrais seguidas das expressões chaves que revelaram os sistemas de valores estruturais da CT de Maruípe.

5.1 A Câmara Territorial de Maruípe olha para si mesma.

5.1.1 Idéia Central (IC) 1: Conhecer o trabalho do outro

A CT de Maruípe, ao falar sobre si, relatou que sua existência proporcionou integração e conhecimento do trabalho dos diversos serviços prestados em seu território, através do contato com os gestores locais. Essa integração possibilitou saber como esses trabalhos têm acontecido, qual a dinâmica de funcionamento dos equipamentos públicos e dos projetos atuantes no território de Maruípe, estreitando relações entre as pessoas que gerenciam esses trabalhos. Durante o relato, a CT de Maruípe demonstrou um “encantamento” por conhecer e se comunicar com as pessoas dos diversos serviços que a compõe, e relatou que a não comunicação entre esses atores era algo que proporcionava um retrabalho e um isolamento dos diversos atores.

[...] A Câmara surgiu de uma demanda [...] de estreitar os laços entre as secretarias, de um saber o que o outro está fazendo, de conhecer o trabalho, de se integrar nesse trabalho, [...] de acabar com os feudos internos. [...] Dentre as várias coisas que nós percebíamos era um certo “re-trabalho”, [...] trabalho isolado, [...] empreendendo recursos humanos e financeiros num mesmo lugar, fazendo a mesma coisa por mais de um setor. [...] Esses atores não se comunicavam, não tinham esse espaço (CT de Maruípe).

A relação entre os atores é esperada de uma formação em rede. Os participantes de uma rede podem se encontrar pessoalmente para debater questões ou para festejar. Tais encontros propiciam relações interpessoais de amizade e podem ser decisivos para a sua consolidação. (WHITAKER, 1993). Além disso, a intensidade do vínculo se relaciona ao grau em que os membros se percebem como independentes ou interdependentes. Os vínculos mais tênues implicam em interações mais distantes. Na medida que a rede se institucionaliza, torna-se necessário maior esforço de intensidade dos vínculos e compartilhamento de poder para empreender ações coletivas (FLEURY; OUVREY, 2007).

O “encantamento” observado na CT contrasta com a lógica segmentada das políticas públicas, uma vez que a integração e conhecimento se dão na busca de ações intersetoriais e programas transversais que devem ser priorizados dentro da lógica da gestão em redes. Para esse fim, devem-se buscar alianças que enfrentem um modelo

administrativo fragmentador. Segundo Abrucio (2007), esse fracionamento aparece na lógica das políticas e toma corpo nos aparatos ministeriais e nas secretarias, aumentando o poder político de cada área, criando nichos monopolistas de poder e tornando-se um conjunto de “caixinhas” com pouca comunicação entre si. Todavia, esses nichos se deparam com limites setoriais ao enfrentarem a realidade social que é complexa e multideterminada.

5.1.2 Idéia Central (IC) 2: A CT ajuda a fazer um trabalho em rede.

A CT de Maruípe parece reconhecer a necessidade de integração diante da demanda social que se apresenta em seu território. Repete em seu discurso que não cabe apenas a alçada de um setor a resolução dos problemas, mas que se pode “abranger as responsabilidades”, compartilhando com outros o encargo de “cuidar” e atender a população em suas necessidades e demandas. Para a CT, o fato de conhecer o trabalho do outro, no caso, os outros setores atuantes em seu território, possibilita a comunicação e a articulação dos trabalhos, trocas de informações e criação de formas de agir a fim de otimizar os trabalhos.

A Câmara Territorial tem ajudado muito, porque ela tende a diminuir distâncias [...] Você passa a conhecer. [...] melhorar o diálogo, a comunicação, [...] você tem uma referencia, você sabe quem é a pessoa que está falando [...] se não tivesse a Câmara as pessoas não saberiam quem é quem. Quando você liga: *Quer falar com quem? Você é quem? Vou ver se pode.* Sabe, fica aquele joguinho. Quando já viu fica mais fácil você se relacionar com a pessoa, [...] então a gente consegue fazer um vínculo, trabalhar em rede, conhecer o trabalho das outras pessoas [...]. Isso não quer dizer que nós vamos tirar de tal região, tal secretaria, não. Nós vamos unir esforços e vamos fazer juntos um só, e aí você consegue abrir o leque e abranger as responsabilidades. [...] É ali que você faz articulação, é ali que você conhece, e é ali que você determina (CT de Maruípe).

Para a articulação dos trabalhos, a CT tem apostado na discussão de temas sociais como forma de aplainamento do conhecimento entre os seus participantes, através da divulgação das informações técnicas dos serviços prestados pelos programas, projetos e equipamentos alocados no território.

A articulação, segundo a CT, proporciona o estreitamento das relações, viabiliza maior fluidez da rede nos diferentes serviços, essa idéia fica mais clara à medida que a CT expressa - “Quando já viu [a pessoa] fica mais fácil você se relacionar [...]. Então a gente consegue fazer um vínculo, trabalhar em rede” - escapando de uma relação falaciosa do poder.

5.1.3 Idéia Central (IC) 3: A Câmara é um espaço para discussão.

A CT afirma que as discussões proporcionam a construção de uma linguagem comum, na qual os representantes dos setores podem afinar suas idéias e entrelaçar seus conhecimentos. Essa nova linguagem se forma a partir da compreensão dos termos e informações compartilhadas entre os participantes da CT e a partir da percepção que cada setor tem em relação a temas variados que perpassam o território.

Segundo Whitaker (1993), a partir de uma rede organizada para a circulação de informações ou para a formação de seus membros pode-se proporcionar o surgimento de ações conjuntas não previstas em seus objetivos iniciais, esse fenômeno também foi observado no processo por nós acompanhado. Uma vez que a CT relata que “A socialização das informações e também o aprofundamento de determinadas questões [...] podem chegar lá na ponta, nas práticas, e servir de referencial”.

[...] A câmara é o lugar de discutir a implementação das políticas. [...] A CT constrói uma comunidade de sentidos, de significados, de como você pensa a realidade social daquele território, [...] onde os gestores locais vão discutir, vão integrar, vão trocar, vão aprofundar, vão estabelecer parceria, vão se conhecer e facilitar os encaminhamentos. [...] Então, a socialização das informações e também o aprofundamento de determinadas questões [...] podem chegar lá na ponta, nas práticas, e servir de referencial [...] (CT de Maruípe).

Esse conhecimento é também formado a partir das demandas e metas ministeriais, que se alocam em serviços e programas de atendimento da comunidade local. Dessa forma, a criação do conhecimento, acontece de dentro para fora nos municípios, para definir problemas e soluções que afetam o ambiente (REZENDE, 2007). Assim, o conhecimento é colocado para aplicação prática no território, a partir da percepção que

os participantes têm do território. Podemos considerar que a compreensão do território pode ser uma criação a partir do olhar dos participantes da CT.

5.1.4 Idéia Central (IC) 4: A CT é um espaço de formação e busca de soluções.

A CT se constitui em um espaço de formação diferenciada e privilegiada devido a construção feita a partir da contribuição de diferentes olhares por meio dos diferentes setores representados. A CT de Maruípe, durante as reuniões, realizou dinâmicas de apresentação sobre os serviços prestados por alguns setores, a fim de divulgar o trabalho e de socializar informações. No entanto, a própria CT apontou a angústia relacionada à falta de resolutividade dos problemas do seu território, segundo ela, esse é um dos motivos do esvaziamento das reuniões. Esse é um ponto importante para repensar a forma em que a CT está estruturada e sua função dentro do modelo de gestão da prefeitura.

Para a PMV, é atribuição da CT subsidiar e encaminhar as propostas e decisões, bem como estruturar ações governamentais que atendam as necessidades apontadas pela sociedade. Entretanto, a CT entende que essas atribuições não estão sendo concretizadas. Apesar de já ter efetuado uma ação prática que foi o “Momento Agir”, ainda persiste uma lacuna que deseja ser preenchida no campo prático, que assinala um esvaziamento de participantes nas reuniões ordinárias da CT de Maruípe. Percebemos então, um movimento heterogêneo no acompanhamento das discussões.

Também é um espaço de formação, de informação, é uma formação pela troca, pelo diálogo, não é uma formação de aula convencional, mas é uma formação diferenciada.[...] Escutei uma pessoa dizer: Ah, mas se for ter que vir aqui para ficar jogando conversa fora, ficar conversando demais eu prefiro ficar [...] resolvendo meus problemas, [...] discutem, discutem, e não buscam soluções. [...] Nós discutimos a questão da segurança que era um problema real que afetava a todos, discutimos, mas não bolamos estratégias coletivas, ficou só na discussão. [...] Ficar em discussões pontuais porque tá ligada a alguma data comemorativa, a alguma ação, alguma política institucional [...] enfraquece a câmara. [...] A gente discute muita coisa e avança pouco. [...] E aí eu entendo também quando algumas pessoas vem, sentam ao lado, esperam passar o tempo, e daqui a pouco pega a bolsa e sai. [...] Não é uma coisa tranqüila e igualzinha para todo mundo, um vai na frente, outro vai para trás, um vai mais

porque viu essa discussão e achou importante essa troca. Eu acho que essa troca, ela areja a cabeça, mas não é todo mundo que acha que isso é importante, infelizmente. Então, não há um movimento homogêneo, [...] alguns vão mais, outros vão menos (CT de Maruípe).

A rede pressupõe liberdade e igualdade entre todos os membros de forma que todos são sujeitos de sua ação e co-responsáveis pela ação da rede. Apesar da igualdade de poder entre os membros, pode haver diferentes funções que devem ser exercidas de forma organizada.

Considerando a relação da rede na gestão, podemos dizer as informações transitam visando interação. Além disso, essas informações são tidas como poder. Nas estruturas piramidais, há uma concentração do poder, a informação é retida e acumulada, já nas redes, esse poder é descentralizado. Assim, a informação é posta ao alcance de todos, de tal modo que todos tenham poder, essa é a premissa fundamental da rede. Ao contrário da estrutura piramidal em que as informações circulam de forma vertical de baixo para cima, a fim de orientar decisões, ou de cima para baixo, sob a forma de ordens ou orientações (WHITAKER, 1993).

A CT relata também uma premissa que é característica de uma rede, que é a formação em relação ao aprendizado informal. Para Filho e Abramovay (2003) realçar esse aprendizado não significa desqualificar a experiência prática nem o aprendizado formal, mas trata-se de valorizar que a organização dos indivíduos se dá de maneira decisiva pelos conhecimentos produzidos na interação social entre eles.

Para Kastrup (2001; 2002) a subjetividade é produzida pelas redes e forças sociais, sendo o sujeito constituído em um processo e não por uma essência. O processo de subjetivação é o artifício pelo qual os indivíduos e coletivos se fundam como sujeitos, à medida que escapam de saberes constituídos. Assim, podemos dizer que a formação pela troca e pelo encontro que se dá entre os membros da CT, tem potencialidade formativa ímpar no processo de gestão em rede.

5.1.5 Idéia Central (IC) 5: A CT em ação.

Apesar de haver uma demanda de resolutividade dos problemas apontados pelos profissionais como problemas territoriais da população, a iniciativa de uma ação mais integrada entre os setores, enfrentou limitações de participação entre os componentes dessa CT. No momento de ação para resolver um determinado problema territorial, houve recuo de parte da CT para promover resolução. Instala-se aí uma contradição em relação a queixa de se ater a discussões e a ação que visa solução.

O “Momento Agir” foi relatado pela CT de Maruípe como um momento de ação promovido e realizado por ela. Essa ação se deu por meio de uma gincana, nas imediações do Horto de Maruípe e contou com etapas de organização, que exigiu preparação e maior envolvimento dos participantes da CT. Contou também com a participação de acadêmicos de enfermagem, docentes de algumas escolas da PMV e da UFES. Anteriormente a gincana, foram aplicadas oficinas do “bebê-ovo” aos adolescentes das escolas. Foi proposto a eles cuidar de um ovo como se fosse um filho, até o dia da gincana, legando-lhe todos os cuidados que uma criança requer.

Essa tarefa se deu a partir de uma visita realizada por uma das comissões organizadoras da gincana às escolas. Essa comissão fez o convite de participação nesse projeto, viabilizando também termos de compromisso à essa participação. Foram estabelecidas rotinas, tarefas e premiação aos vencedores da gincana. O objetivo dessa oficina foi de trabalhar a consciência dos adolescentes, em relação à responsabilidade de cuidar de uma criança e os desafios quando isso acontece durante a fase adolescente.

A gincana do “Momento Agir” foi, portanto, uma ação que visou, dentre outras temáticas relacionadas aos problemas sociais no território, abordar o problema da gravidez na adolescência. A CT de Maruípe, ao relatar essa ação, considerou ser a gincana uma ação intersetorial devido ao fato de estarem envolvidos diversos setores que compõem a CT de Maruípe. No entanto, narrou uma série de dificuldades para a sua realização. Podemos considerar que as dificuldades em promover e realizar a gincana são dificuldades que perpassam a realidade de uma ação intersetorial, ou seja, da intersetorialidade na prática.

[...] Numa única reunião a gente levantou todas as situações ali daquele território. Então, apareceu muita coisa, apareceu a violência no trânsito, a insegurança [...] aí apareceu a pobreza das famílias, a situação familiar das crianças, apareceu a questão do transtorno mental, [...] o lance das drogas, e apareceu [...] a gravidez na adolescência. [...] E aí até fizemos uma ação concreta que foi a gincana do “Momento Agir”, [...] que trabalhou esse assunto de gravidez na adolescência, que não é só da saúde, mas é da educação, é da cultura, é do trânsito, é de todos. Mas a gincana também deu muito trabalho, e aí as pessoas falam, olha também nós não podemos assumir mais trabalho do que já fazemos. [...] Na hora que eu me comprometo, que exige de mim, que exige o meu trabalho e também o meu envolvimento, então as pessoas recuam. [...] Tem muitas pessoas que *“o que me interessa é importante o que não me interessa não é importante”* [...]. Faltou força de trabalho [...] até física e também de organizar [...], porque você tem que ligar, você tem que marcar, tem que conferir, fazer uma lista de presença, definir o encaminhamento, ver quem vai levar, como que vai levar, como que vai fazer entendeu? Tem toda logística. [...] A coordenadora não queria que eu participasse, porque ia dar trabalho. [...] Mas houve troca, ações comuns entre as secretarias, não obstante a resistência de algumas em participarem inicialmente. [...] Ela deu mais trabalho porque exigiu reuniões extras, e exigiu que os equipamentos mudassem um pouco a sua pauta em relação a sua rotina (CT de Maruípe).

Apesar da queixa da CT em relação a não participação de alguns de seus componentes, é esperado dentro da idéia de formação em redes que a participação seja voluntária. Segundo Whitaker (1993), essas ações não precisam necessariamente ser assumidas por todos os seus integrantes, mas sim por aqueles que livremente optaram em participar, não podendo haver massa de manobra. Entretanto essa voluntariedade culminou em uma sobrecarga a alguns integrantes da CT de Maruípe em sua experiência.

5.2 Território de Maruípe

5.2.1 Idéia Central (IC) 1: Limites do Território.

A região de Maruípe possui uma área de aproximadamente 5.671.517 m², e segundo a divisão administrativa da PMV compreende 12 bairros (ANEXO D). São eles: Maruípe, Da Penha, Bonfim, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro e Andorinhas. Essa é uma região de

ocupação antiga, e guarda um pouco da história da cidade de Vitória no Museu Solar Monjardim. É uma região que abriga o HUCAM e o Parque do Horto de Maruípe, que é o maior parque da cidade (VITÓRIA, 2010).

Percebemos uma divergência de dados que a CT de Maruípe tem a respeito de seu próprio território. Apesar de a CT seguir os parâmetros da divisão administrativa da PMV, há uma imprecisão ao falar dos limites de seu próprio território. Um ponto a se ponderar é o fato de a CT obedecer uma divisão político administrativa que é estabelecida pela PMV, enquanto que alguns setores tem divisões próprias para sua área de atuação.

A cidade é dividida em seis regiões, aí tem uma região que chamam de Maruípe, e tem vários bairros, se eu não me engano sete ou oito. E tem um outro tipo de divisão da prefeitura que é pelas poligonais [...]. As poligonais são feitas para a atuação do projeto terra, e não compreende exatamente os mesmos bairros que as regiões da PMV. [...] Na realidade eu não sei por que, mas todo mundo fala e eu repito [...] sem me preocupar muito na realidade o que quer dizer, qual é a abrangência de Maruípe [...]. É diferente o formato da divisão administração do formato de certas secretarias [...], o porquê eu não sei te falar [...]. Consolação é morro; Jaburu é morro; São Benedito; Conflito de [...] Jaburu com Gurigica; Consolação com Bairro da Penha. Sei que tem gestantes em São Benedito que não podem ir em Consolação na Unidade de Saúde fazer pré-natal. [...] A gente tem que conhecer ver o perfil epidemiológico, tem que contar quantos diabéticos, quantos hipertensos, saúde mental, quantas crianças, quantas gestantes, [...] escadaria, se tem morro, se tem beco, se todo mundo tem banheiro, se tem água encanada, se tem casa de alvenaria, piso, então tudo que você puder você avalia. Então, a territorialização em si, a gente fala é um processo de dados que a gente puxa, depois você faz a visita técnica que é pra você conhecer as delimitações [...]. Maruípe são 17 bairros, pra câmara acho que são esses 17 bairros. (CT de Maruípe).

Segundo Abramovay e Filho (2003), território não é um conjunto neutro de fatores naturais, nem simples receptáculos geográficos. Eles se constituem por laços informais, por modalidades não mercantis de interação, fontes da identidade desses indivíduos ou grupos sociais. Os territórios são primordialmente definidos pela maneira como se organizam. A CT, na maior parte de seu discurso, demonstrou uma compreensão de território restrita aos limites físicos que dizem respeito à uma divisão político administrativa, segmentada por bairros. Fez também referência a condições sócio-econômicas, dividindo os bairros entre mais pobres e bairros mais estruturados em

termos sanitários visto que estes dados interferem na prestação de determinados serviços da PMV.

Segundo Abramovay e Filho (2003), a identidade cultural, histórica e geográfica é importante na definição de um território. Modificam-se as percepções que os diferentes atores têm do espaço, facilitando as ligações entre as instituições e os atores. Desse modo, as políticas passam a ser definidas segundo demandas de desenvolvimento ao invés de simples demandas administrativas. Nesse contexto, A identidade local precisa ser re-inventada e sucesso de uma estratégia interventiva dependerá de como as relações entre os atores estão estruturadas.

5.2.2 Idéia Central (IC) 2: O tráfico de drogas.

A IC “o tráfico de drogas” é trazida pela CT de Maruípe como uma realidade que se faz presente nesse território. Atrelado a isso aparece a idéia da insegurança que surge quando se circula nos espaços desse território. A queixa surge especialmente relacionada ao ambiente em que os serviços são oferecidos, nos equipamentos públicos como escolas e parques etc.

Tráfico de drogas é muito forte nessa região. E onde não tem tráfico tem a violência por causa de roubo. [...] A coisa se repete em todos os parques, em todas as praças públicas. [...] Aluno falando “eu vou te matar, [...] meu primo, é o chefe da boca, eu vou mandar matar” [...]. Em Julho duas meninas que moram no Jaburu foram mortas por pessoas ligadas ao tráfico do Bairro da Penha, [...] e as crianças iam preocupadas pras escolas. Houve alguns toques de recolher. [...] Gangues que disputam a liderança do tráfico de drogas, eu sei que a idade dos líderes dessas gangues varia de 14 a 19 anos. [...] A questão de drogas nesse território aqui é terrível (CT de Maruípe).

A idéia causal em relação ao tráfico de drogas se destaca principalmente como parte problemas macro-determinantes sociais e que afetam a saúde. Apesar de a CT ser constituída de vários setores sociais, ela se vê impotente para resolver a situação do tráfico de drogas e da violência que ele gera.

5.2.3 Idéia Central (IC) 3: A CT se sente impotente.

A CT relatou que apesar de todos os serviços oferecidos e de todos os esforços desses trabalhadores em atender certas demandas, “tudo ainda está abaixo do dinheiro que o tráfico oferece” (CT de Maruípe).

Vai fazer o que com os problemas? Quem que vai chegar lá na boca vai falar: *vocês não podem fumar mais aqui*. Quem vai bater de frente? [...] Ai você chega num ponto que parou ali. Isso é com a polícia, isso é com o ministério publico [...] Ai foge da sua alçada e fica assim [...] impotente [...] Por mais que exista o CAJUM, por mais que a escola, que hoje tenha o tempo integral, por mais que existam outros movimentos aí, esses programas de esporte e lazer no parque, mas isso tudo ainda está abaixo do dinheiro que o tráfico oferece (CT de Maruípe).

Embora a CT se constitua da reunião de setores responsáveis por responder as necessidades locais bem como participar da resolução também dos problemas locais, a CT ao expor que a resolução dos problemas das drogas “foge da sua alçada” (CT de Maruípe) esbarra em uma questão que é a setorialização. Essa idéia expressa uma segmentação de problemas, delegando a outros encontrarem soluções, além de esbarrar também no medo gerado pela insegurança da situação do tráfico.

5.2.4 Idéia Central (IC) 4: Aliança com a comunidade.

Apesar desses limites, a CT aponta uma maneira informal em relação ao trato com essa situação, que se refere a ocupação e participação da população naqueles espaços. Essa ocupação pode se constituir como uma reterritorialização dos circuitos espaciais de Maruípe. Assinala a importância de se ter uma aliança com a população no trato das questões do território.

Então às vezes você vai para o parque e [...] vê pessoas usando drogas, pessoas da comunidade [...] Pessoas vão para lá, querem demarcar aquele espaço como um deles para eles usarem drogas. A prefeitura coloca lá vigilante, mas [...] a orientação que é passada para eles é deles se ocuparem com a questão de patrimônio. A guarda civil começou e ficou um tempo, depois começa a vim fazer ronda, e a medida que a gente traz a comunidade pra ter atividade aqui dentro, então aquele pessoal que vem nesse lugar por ser o lugar propício pra usar droga, vai saindo. Porque pra eles já num é tranquilo, porque eles podem ser vistos por

parentes, podem ser vistos por alguém da família, então eles diminuem muito esse tipo de frequência [...] (CT de Maruípe).

Segundo Abrucio (2007), os governos municipais, apesar de introduzirem diversas novidades no campo das políticas públicas, como a maior participação social, deparam-se com uma realidade diversificada entre esses níveis de governo, em que grande parte deles ainda vinculada ao modelo burocrático tradicional ou por vezes, é comum encontrar uma mistura dos modelos. Em Maruípe, essa parece ser uma realidade enfrentada pela CT, que apesar de estar reunida com atores que poderiam agregar um diferencial para resolução de problemas como os do tráfico, se coloca impotente frente às formas instituídas da gestão.

5.2.5 Idéia Central (IC) 5: O problema da participação.

Segundo a CT de Maruípe, os líderes comunitários são pessoas que assumem esses cargos guiados por interesses de ascensão político eleitoral. Os líderes são depreciados e apontados como pessoas que usam o cargo em benefício próprio e não para representar os anseios da comunidade.

Os líderes são pessoas que são escolhidas dentro das comunidades através de votação. [...] É líder comunitário de bairro, do centro comunitário, da associação dos moradores [...] você tem liderança religiosa. [...] É complicado lidar com líder, os líderes estão ligados a politicagem. Muitas dessas lideranças usam esse espaço como espaço de trampolim político eleitoral [...] Eles usam o espaço para se promover, [...] uns são assessor do prefeito, o prefeito dá emprego para ele. Se eu sou líder e ele não dá isso para mim, mas ele dá para minha esposa, para o meu filho, e trabalho hoje em dia... A maioria dos líderes [...] não cumprem com as suas responsabilidades. [...] não representam aquele segmento [...] É muito comum você chegar num bairro e perguntar a um munícipe ou morador quem é o líder daquele bairro e ela não saber (CT de Maruípe).

É colocada toda uma distância entre profissionais gestores e a comunidade a qual os profissionais servem. Essa distância é justificada pela linguagem, expressa por conceitos, pensamentos, crenças e posturas afirmadas pela comunidade. Esta comunidade, especialmente a parte mais carente da sociedade, é avaliada como um ator menos qualificado tecnicamente, essa desqualificação se transpõe também para o

viés político, na hora de pensar e fazer a política pública. A medida que esse ator é excluído do processo, não há apropriação da política.

O conhecimento comunitário é tido como pouco apurado, não se enquadrando nos parâmetros e critérios científicos, que são legitimados e reafirmados pelo discurso apreendido principalmente no meio acadêmico universitário, onde os especialistas se formam para exercer suas profissões. Santos (2000) nos lembra que as relações se transformaram na modernização. Diante das novas tecnologias os vínculos cidadão-sociedade foram refeitos e o tempo de acesso as informações se tornaram cada vez mais rápidos, mas nem todas as pessoas participam dessa nova compreensão de tempo e espaço.

Heidrich (2004), afirma que a nova integração técnica e científica ocasionou mudanças na forma de estar, ser e fazer na sociedade. As relações entre as pessoas, com os diferentes espaços como as cidades e bairros mudaram, de forma a proporcionar uma perda da coesão e solidariedade comunitária e territorial.

Dessa forma, instala-se uma barreira para negociação, trocas de vivências e aprendizados. As informações ficam retidas em ambos os lados não se instalando uma efetiva relação entre os atores. Quando essa relação se dá, são em sua maioria esbarrões impositores, que visam convencer sobre a melhor forma de agir e pensar, sem muita construção compartilhada. Questionamo-nos se talvez as reais dificuldades de adesão da comunidade aos padrões e metas técnico ministeriais, sejam uma realidade pelo desejo de mudança não vir de dentro da comunidade, não é dentro para fora, mas justamente o oposto. O desejo é produzido por “fora”, apropriado por profissionais que se incumbiram de cuidar de uma comunidade cerceando-a e dificultando que esta adentre efetivamente em seu processo de cuidado.

5.2.6 Idéia Central (IC) 6: Formação de lideranças.

Os líderes são considerados incapacitados no âmbito de uma formação técnica. A CT aposta na necessidade de uma formação técnica das lideranças comunitárias,

subentendendo-se que esta é uma saída para dar mais resolutividade na relação entre profissionais e comunidade.

[...] As lideranças precisariam passar por um processo de capacitação, uma formação, para estarem um pouco mais apurados [...]. Penso que seria uma formação com foco em direitos humanos [...], saúde, um pouco mais de aprofundamento em mediação de conflito [...] a própria liderança fala tenta evitar determinados locais, determinados horários, [...] a própria comunidade informa. [...] A população ela não conhece o que é a câmara territorial, como ela se dá. Por causa da dificuldade [...] de transpor essa discussão [...] (CT de Maruípe).

Mas, em outros momentos a CT reconhece que as lideranças têm um saber sobre as relações que se dão no território que é repassado aos gestores profissionais. Elas ensinam onde se deve ir, como se deve chegar, quais são os melhores horários, sedem informações dos conflitos territoriais. Esse saber popular é relevado às demandas de atuação dos gestores no território, porém encontramos um descompasso interativo entre os atores na construção de políticas públicas nas reuniões, por exemplo, da CT.

Apesar de o funcionamento de uma reunião de gestão ser processual e aprendido ao longo do tempo, a participação comunitária não é implicada nesse processo junto aos demais gestores. No início da concepção da CT, sua forma de funcionamento foi se moldando aos poucos, e ainda hoje se vê necessitada à abertura de novas formas de aprendizagem e de relação com o outro que é diferente dentro de um contexto local.

Existe, então, uma contradição nesta forma de funcionamento. Se os gestores participantes da CT vivenciam uma formação contínua em suas reuniões e também fora delas, não poderiam também os demais atores considerados não gestores, mas com importantes funções no contexto local, se formarem e construir uma rede juntos? Já que esses atores são cobrados em suas funções de elo comunitário, não poderiam ser estes também gestores? E se visam o benefício próprio, não se deveria colocar isso em análise pela coletividade? Essa postura deveria ser aceita?

Seguindo em uma definição genérica de participação, esta se daria por meio da capacidade de os sujeitos intervirem nas decisões em todos os aspectos de sua vida e de tomar parte da criação que atingem um coletivo. No entanto, devido também ao

ranço que separa o público do privado, e devido aos limites da democracia da representativa eleitoral, percebe-se uma separação que distancia a idéia de que todos cidadãos fazem parte de uma sociedade política. A participação social pressupõe a inclusão de segmentos da sociedade que se encontram excluídos de oportunidades de escolha, empoderando-os de seus direitos e deveres (TEIXEIRA et al, 2009).

Faz-se necessário, portanto, uma forma de incluir os cidadãos nos processos políticos para além da responsabilidade eleitoral, visto que há uma desilusão em relação aos mecanismos de participação tradicionais devido ao surgimento de grupos de interesses.

5.3 Gestores

5.3.1 Idéia Central (IC) 1: Mediação com a comunidade.

Além das dificuldades de participação e envolvimento com os líderes comunitários, é apontado um problema de comprometimento entre os próprios participantes da CT nas reuniões ordinárias. Essa dificuldade de envolvimento foi também assinalada no discurso da CT ao falar da experiência da gincana “Momento Agir”. A relação que se coloca com a comunidade, é permeada pela idéia de cuidado que na prática tange elementos tutelares. Há uma idéia de que os profissionais devem ser mediadores entre a população e a gestão do aparato público, essa relação aparece no interesse da gestão cotidiana dos equipamentos.

A participação na CT é restrita aos trabalhadores que ocupam cargos de coordenação ou de direção dos equipamentos públicos e de projetos. Alguns desses participantes são considerados gestores pela legalidade burocrática da PMV, ou seja, são diretores de algum equipamento público – estabelecimento físico – que estão alocados na região de Maruípe. Porém, outros são gestores pela legitimidade quanto às atividades que exerce em seu cotidiano de trabalho. Durante algumas entrevistas haviam participantes que quando indagados sobre serem ou não gestores, não se consideravam como tal, devido ao cargo que ocupavam.

Uma das atribuições da CT é a de aprofundar o diálogo com a sociedade civil. Esse é um ponto delicado para a CT de Maruípe. Durante a coleta de dados pudemos

participar de uma reunião que visava discutir com as lideranças comunitárias sobre a questão da exploração sexual infantil. No entanto, a participação nessa reunião ficou restrita apenas os participantes da CT, visto que nenhuma das lideranças se fez presente. Durante a reunião também foi colocado a necessidade de se pensar alguma alternativa de diálogo com as lideranças do território. Foi questionado a maneira como o convite foi feito à essas lideranças e apontou-se uma imprecisão na comunicação. Esse acontecimento exemplifica a dificuldade de integração entre CT e a população na gestão do território.

A CT traz em seu bojo a idéia de mediação. No sentido de que os gestores devem ser mediadores em relação a comunidade e o aparato público. Ao mesmo tempo coloca também que a população deve ser co-responsável no processo de cuidado. Entretanto, a CT aponta para uma relação tutelar com a comunidade. Essa relação esbarra também na via de acesso da comunidade às reuniões da CT, que é restrita aos profissionais considerados gestores daquele território.

A população conhece os equipamentos onde ela mais demanda: a UBS, a Escola, o CAJUN e a Ação Social. Ela tem de bater onde é porta de entrada primeiro. [...] Tem oferta, a gente conhece a necessidade, mas [...] sem uma co-responsabilização não vai ser possível estabelecer um processo do cuidado. [...] Igual o caso dessa paciente [...] a gente ta cuidando dela, a gente leva na HUCAM pra fazer medicação, [...] faz tudo, a gente já comprou roupa, hoje eu comprei caderno pra ela, a gente dá comida, só que tem um momento que as pessoas também tem responsabilidade [...] O padraсто veio um dia aí reclamar comigo que eu não consegui um carro para levar ela em São Pedro. *“Você pode levar de ônibus. Você tem livre acesso, o senhor não precisa de a gente conseguir carro pro Senhor não, o senhor tem que ir por conta própria”*. [...] Tudo tem um limite, hoje eu fiz porque precisava fazer o exame [...] Tem um aluno [...] que ele tem um problema [...], aí eu fui à unidade de saúde, [...] marquei exames, [...] eu chamei a mãe especificamente desse aluno, entreguei todos os encaminhamentos para ela, fiz ela assinar um recibo que tava recebendo aquilo tudo, se comprometendo a levar a criança na consulta. [...] Tem família que é atendida em todos os equipamentos da prefeitura e não muda nada pra aquela família. [...] a gente às vezes oferece oportunidade, abre as portas, mas a pessoa não quer. [...] Tem equipamento publico que eles vão atrás, eles pedem, as vezes pedem coisas [...] então assim se vocês querem tratar alguma coisa de educação ambiental de meio ambiente a gente vai ceder”. A gente tem de fazer uma série de avaliações que vai desde o grau de escolaridade [...] Nosso presidente do conselho local ele também faz parte da câmara territorial porque ele é diretor da CAJUN, então assim, a interlocução do que acontece lá, do que passa lá, do que a gente tem que trazer pra aqui, ela

fica tranqüila, porque a gente participa do mesmo espaço. [...] Claro que a gente tem que ver o lado da comunidade, porque a gente faz aqui dentro do nosso planejamento e não pergunta pra ela o que ela quer [...]. Quando a comunidade, o povo quer, a prefeitura diz amém. Infelizmente hoje os espaços que nos temos de participação, [...] é o município que pauta o cidadão, não é a população que se organiza e nos chama (CT de Maruípe).

Segundo Filho e Abramovay (2003, p.8) “o ambiente institucional das regiões mais pobres do País conduz a que os atores locais esperem do Estado um conjunto de bens e de serviços de que ele cada vez menos dispõe e cujo atendimento parcial nem de longe resolve os problemas a que se destinam”. Esse entendimento nos remete ao limite posto na interlocução serviço e usuários (comunidade). Essa relação se corre o risco de ser limitada a prestação de serviços, e a interlocução se restringe a isso.

Essa forma de interlocução se configura como uma forma prescritiva de cuidados tutelares e não uma forma dialogada e empoderada da comunidade. No momento em que a CT vive a experiência de ter em seu corpo, no caso de uma exceção, um representante da comunidade, afirmou ser positiva essa experiência pelo fato de ter sido mais proveitoso e mais fácil fazer interlocução no território a medida que esse ator se encontra no corpo da CT.

Mesmo assim, essa interlocução foi apontada como bem sucedida no momento em que por uma exceção a regra de participação do espaço da CT, uma pessoa que representa a comunidade também tem espaço na CT, foi relatado que ficou mais fácil a interlocução, e percebemos pelo discurso que essa situação foge das relações prescritivas colocadas pelos serviços.

Nesse discurso, a comunidade é entendida como um ente que não entende o funcionamento da gestão, e que só conhece os serviços de que precisam e que são oferecidos pelos equipamentos. Para que ela possa entender é aplicado ao gestor a função de cuidado, que acaba se apresentando como tutela. E quando o resultado dessa relação não sai como o esperado, diz-se que a população não quer ou não é responsável.

5.3.2 Idéia Central (IC) 2: Gestor é o diretor do equipamento.

Segundo a CT de Maruípe, o gestor assume assim um papel de ser mediador, de um poder, de ser aquele que articula, que deve possuir atributos de pró-atividade para lidar com o território. A idéia de gestão no discurso da CT de Maruípe aponta para uma abertura a uma visão mais ampla de gestão e da melhor compreensão da política. Também percebemos uma postura centralizadora do poder das decisões, de dar a permissão para a realização de alguma ação.

Gestor é o gerente, aquele que assina os papeis, mas que precisa dos outros para fazer as coisas. [...] São aquelas pessoas que tem o poder de decisão. [...] Pode isso, não pode aquilo. [...] *eu vou pra câmara, aparece o problema lá, eu tenho o poder de estar resolvendo esse problema.* [...] [...]. Então, o gestor que participa da câmara territorial, num é aquela pessoa que fala assim: *Ah, eu vou ver com meu chefe se pode, ou não pode.* O gestor [...] é o gerente vamos dizer do equipamento [...] é aquele coordenador de um equipamento público da região [...] que é responsável pela administração, [...] é a pessoa responsável por conduzir aquele órgão, aquele espaço [...] O gestor toma decisões dentro desses equipamentos e essas decisões afetam pra dentro, enquanto ele é uma chefia imediata, mas também pra fora, para o usuário que ele atende, [...] ele tem que saber coordenar esse grupo, para as discussões e decisões coletivas, principalmente no princípio da co-responsabilidade. [...] É lógico que no fundo, no fundo, todos nós temos essa responsabilidade. [...] Ele está lá para fazer relações com a comunidade, coordenar a sua equipe, botar o projeto para frente, implementar os projetos, implementar as políticas lá no território [...] A pessoa não tem compromisso com a proposta de trabalho [...] e a gente diz não, você é um servidor público, cara. Você tem que vir trabalhar sim, você ganha salário e você tem que vir trabalhar (CT de Maruípe).

A CT de Maruípe, ao relatar sua constituição afirma que havia uma preocupação de como fazer com que as diretrizes de governo *descessem* na estrutura da prefeitura. Como fazer articulação entre os projetos e os trabalhos? Como fazer com que as articulações informais no território dos servidores e gestores locais, fossem feitas de maneira mais institucionalizada e permanente? Percebemos dentro dessas ponderações uma forma de funcionamento que na prática se conforma com um modelo piramidal de funcionamento.

Essa relação se faz presente no relato da CT de Maruípe quando esta recorre, frente as dificuldades em se fazer uma gestão integrada, a decisões que devem vir de “cima” e que as diretrizes devem “descer” na estrutura. Há uma espera em que alguém de cima

(nível maior na hierarquia), resolva as questões de baixo (nível menor na hierarquia), que seriam os níveis locais, também denominados de “ponta”. Assim, fica claro a idéia posta sobre a hierarquização no funcionamento, que se apresenta tanto no nível de circulação das informações, quanto no nível de poder no exercício das decisões. Deste modo, podemos dizer que existem momentos preponderantes de funcionamento piramidal muito diferente da proposta de uma gestão em redes. Uma vez que a rede é composta por conexões em que o poder está distribuído entre os seus membros da rede.

A CT aponta assim, uma visão restrita de gestão relacionada a administração de equipamentos públicos, e relata a idéia de que gestor é aquele que ocupa um cargo de maior poder em relação a outros profissionais que estão sob a sua gerencia, ou chefia. Faz também menção a um grave problema: a postura de certos gestores que ocupam cargos, mas não se ocupam dos trabalhos a eles pertinentes.

5.3.3 Idéia Central (IC) 3: A dificuldade na construção da rede.

A CT de Maruípe apontou uma dificuldade interna na implicação dos próprios gestores em relação ao trabalho que estes exercem em seus equipamentos. No entanto, também há um problema que tange a restrita participação de um dos setores que atuam no território pelo fato de ele ser considerado fechado em si mesmo.

[...]. O setor Educação tem uma visão muito estreita e muito isolada, [...] fica muito na coisa do pontual, o apagar o incêndio. [...] Existe todo um movimento contrário dos profissionais da educação a tudo que vem como orientação da prefeitura de Vitória, como orientação da secretaria de educação, porque não se sentem valorizados, ouvidos, os salários não são adequados. [...] a função primordial da escola é a educação, e o menino vem cheio de problema de casa, com a família. [...] e a educação fica em ultimo lugar. E aí você acaba enfiando os pés pelas mãos. Então não há uma parceria nem pra dentro também. Agora na hora que o bicho pega, aí sim vem com pires na mão pedindo ajuda. [...] Na educação, os gestores não estão funcionando, então adianta apostar neles? Mas se tirá-los também, quem ocuparia esse lugar? [...] isso mexe no ego do diretor, ele deveria ir e num vai, mas outra pessoa pode ir e fazer aquilo que ele num faz dentro da escola (CT de Maruípe).

Segundo Minayo-Gomez e Barros (2002), a organização do trabalho nas escolas do município de Vitória está marcada por individualismo, competitividade, desrespeito à posição do professor, tarefas repetitivas, que não favorecem os processos de criação, rebeldia e desrespeito dos alunos, descaso dos pais e muita burocracia. Em frente a essa situação esses trabalhadores se colocam na posição fazer resistência.

Essa resistência é também transparece na participação da CT de Maruípe, que relata haver limites setoriais nas relações entre os pares do território, tanto entre os serviços, quanto em relação a comunidade. Busca-se então respostas relacionadas ao vínculo do gestor com o trabalho para dar sentido ao mau funcionamento do grupo. O setor Educação é apontado como aquele que destoa do grupo (CT de Maruípe), aquele que não se envolve, que se fecha dentro de seus muros.

Em relação ao Momento Agir, a Educação foi apontada como aquela que não se dispôs em participar, mas que acabou participando, em pequeno número e por meio de coerção. A CT aponta a Educação como o setor que boicota, não participando efetivamente das reuniões da CT, não se articulando e integrando com os demais setores. Percebemos que este setor acaba por ser responsabilizado por muitos fracassos e dificuldades da CT e funciona como bode expiatório.

O bode expiatório é um dos papéis atribuídos a um dos elementos do grupo. Ele é, portanto, o depositário das dificuldades e fracassos. Podemos considerar que esse é um deslocamento de uma dificuldade que é do grupo para um dos elementos. Isso provoca uma sensação de alívio por parte dos demais componentes que acreditam-se isentos de uma implicação grupal a partir do momento que transfere para um uma problemática que é do coletivo.

5.3.4 Idéia Central (IC) 4: A não participação deve-se ao despreparo dos gestores.

A CT sinaliza questões pertinentes a forma com que os gestores chegam aos cargos. Visto que dentro do serviço público temos pessoas que assumem cargos via eleição comunitária, e outras que assumem via indicação política os cargos de confiança.

A não participação de gestores na CT é explicada e questionada levando-se em conta principalmente a forma de alocação dos diretores das escolas, que se dá por meio de eleição. No entanto, os diretores de parques, bem como os de CAJUNs também são eleitos pela comunidade e não há uma crítica relevante quanto a sua participação.

A Educação tem um número preponderantemente maior de equipamentos dentro da região e a escola abriga um número muito maior de usuários que são crianças e adolescentes. Seria então, a grande parceira, mas não é essa a realidade.

Nas escolas de ensino fundamental esses laços com a comunidade não estão estabelecidos, [...] parece que quando assume a direção de uma EMEF perdeu todo o vínculo de comunidade que ele tem com o seu bairro local, e ele tem que estabelecer um outro vínculo com essa comunidade com quem ele trabalha, quem ele atende. [...] E os nossos diretores não sabem se articular nem com os outros equipamentos. Na educação os diretores são eleitos. O diretor da escola é eleito principalmente em comunidade de alunos que o voto é igualitário acima de 10 (dez) anos, na unidade de saúde e nos parques municipais é indicação política, é cargo de confiança, [...] o coordenador de CAJUN ele é eleito pela comunidade, tem que ser morador de um dos bairros da abrangência do CAJUN. Então, nós temos gestores que entendem o seu lugar o seu papel, e outros que não estão preparados pra função, e que os próprios secretários falam assim “ah eu num posso mexer nele que apela minha incompetência e num sei o que”, mas se a gente entrar por esse buraco [...] num vai dar em nada. É triste! [...] Nos lugares onde são técnicos que assumiram a gestão parece que o compromisso é maior (CT de Maruípe).

Whitaker (1993) pondera que a atitude democrática de uma organização piramidal depende do modo como são escolhidos seus dirigentes que pode ser por designação de cima para baixo ou por eleição de baixo para cima. Numa gestão mais horizontal, as questões de caráter mais ou menos democrático se medem pela sua abertura à entrada de novos membros, assim como à possibilidade de cada membro se desligar quando o considerar conveniente, sem que isso seja considerado um abandono nem uma traição. Entretanto, não é isso que percebemos na CT de Maruípe.

Para Fleury e Ouverney (2007), a gestão em redes significa gerir estruturas flexíveis à coletividade e deve ter potencial de adaptação a condições de transformação. Mas também aponta que as regras se desenvolvem gradualmente e dão estabilidade à rede. Tais regras podem ser modificadas pelos atores por meio de negociações, sem, contudo, deixar de impulsionar a autonomia dos componentes da rede.

5.4 Intersetorialidade

5.4.1 Idéia Central (IC) 1: Intersetorialidade é parceria.

Sabendo que um dos objetivos primordiais da CT é estabelecer a Intersetorialidade em seu território, a compreensão da Câmara Territorial de Maruípe a respeito do conceito de Intersetorialidade é perpassada pela idéia de “parceria”, no sentido de que as pessoas devem se unir, buscar parceiros para resolver os problemas. A CT entende que isso acelera o processo de resolução das questões de forma mais imediata e mais eficiente. Essa parceria proporciona maior sucesso na solução das questões. Tal resolutividade se daria através de um foco único em que os parceiros formando uma coletividade, dirigirem seu olhar sobre um objetivo que em geral consiste em resolver algum problema.

Intersetorialidade eu acho que é você pautar numa determinada situação, você buscar parceiros para que cada um no seu olhar, cada um projetando alternativas naquele problema declarado, naquela situação que é de incômodo, possa fazer intervenções que possam ser produtivas. Eu falaria que é uma ação articulada em torno de questões comuns [...] se eu elejo que a atenção à mulher é uma coisa importante, ou então a questão de gênero é uma questão importante, que é um eixo estratégico, que o município inteiro vai trabalhar, essa é uma questão comum a todos, [...] e precisa da parceria de outras políticas. [...] Eu não posso só fechar a minha sala e achar que sou só eu que vou mandar aqui dentro [...] do meu quadradinho, do que eu tenho que dar conta, do que está prescrito. [a setorialização] ainda é muito forte. Eu penso que quando a gente enxergar o usuário como usuário de todos os equipamentos, [...] que ele é da responsabilidade de todos, se nós conseguirmos garantir uma qualidade de vida pra esse indivíduo em todas as instâncias [...] mas ainda enxergamos o sujeito fragmentado. [...] Várias secretarias tinham ações parecidas, [...] as ações estavam todas diluídas e não estavam sendo tão eficazes, [...] você une pessoas de várias secretarias pra tentar resolver uma ação, [...] isso, acelera o processo, a resolutividade é mais eficaz, [...]. É a relação inter-setor, relação entre os setores. [...] É uma rede, um ajuda o outro [...]. É trabalhar junto, quando um precisa você vai lá e quando você precisa você também pode contar com o parceiro. se eu não posso com cinco pelo menos eu vou poder com dois, eu e mais dois e aí os outros um dia vão descobrir. [...] A intersetorialidade é justamente essa questão de somar esforços e de uma visão ampla e coletiva das políticas públicas (CT de Maruípe).

A idéia de parceria está vinculada a uma forma de funcionamento que visa ser integrativa e articulada. Nas palavras da CT de Maruípe é “uma ação articulada em torno de questões comuns”, e que para isso deve-se buscar parceiros para resolver

questões que são comuns e territorilizadas, também se assemelha as conceituações trazidas por autores que abordam essa temática, pois a intersectorialidade é também considerada “[...] uma possibilidade de encaminhar a resolução dos problemas da população, situada em determinado território, de maneira integrada” (Junqueira, 1997, p. 5).

Inojosa (2001) demarca que a Intersectorialidade é uma articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento. Nesse aspecto fica tecnicamente conformada a idéia de que a intersectorialidade pressupõe união de elementos distintos com finalidades comuns. No entanto, a praticidade dessa união para além da conformidade teórica abarca aspectos desafiadores. Esses desafios estão presentes nos meandros do discurso da CT em relação a Intersectorialidade e na tentativa de fazer com que ela aconteça na prática.

O discurso da CT em relação aos desafios traz em seu bojo a dificuldade que se apresenta quando não se conhece as potencialidades do parceiro. Diz de uma dificuldade relacionada a uma espera em relação aos cargos hierárquicos dizerem o que se deve fazer e que por consequência essa atitude se repete no território, quanto da limitação em relação a comunidade, ou seja, os serviços tem que dizer o que a população pode ou não pode e como deve fazer.

É colocada a importância da complementaridade das ações do parceiro, mas ao mesmo tempo sublinha-se o medo de se perder o espaço e poder para ser ocupado e exercido por esse parceiro. Esse medo se configura em tensões que se projetam no momento de estabelecer eixos de ações comuns entre os atores. Cada ator tende a escolher eixos que aliviem imediatamente mais as suas próprias demandas setoriais específicas, deixando em segundo plano as demandas comunitárias da sociedade ou demandas do grupo de trabalho como um todo.

Segundo Fleury e Ouverney (2007), a natureza da governança na rede envolve a composição constante da hegemonia devido ao caráter horizontal das relações de intercâmbio de recursos, sem que se verifiquem relações hierárquicas de autoridade entre os atores envolvidos. A dinâmica de trabalho coletivo deve ser orientada por

processos de compartilhamento de poder e de etapas decisórias postas coletivamente, onde não há preponderância política de um único ator.

5.4.2 Idéia Central (IC) 2: É difícil fazer intersectorialidade.

A CT de Maruípe discorre a respeito dos desafios e dificuldades em fazer ações intersectoriais, visto que o estabelecimento desta requer uma mudança da postura segmentada, para um processo de construção coletiva e desconstrução de estamentos arraigados de um modelo antigo de gestão hierárquica.

Não é fácil fazer essa intersectorialidade quando, a gente, às vezes não conhece o que o outro pode, da capacidade do outro, do que o outro pode ofertar. [...] Todo mundo diz a violência é um problema complexo, álcool e drogas são complexos, tudo é complexo, demanda a intersectorialidade, mas na hora de se fazer intersectorialidade já é muito complexo pra eu também sair do meu padrão. Como a secretaria, a minha secretaria, fosse meu mundo, meu feudo, minha menina [...] algo tinha que ser feito por cima para poder viabilizar essa rede e começar um atendimento. [...] É uma coisa difícil [...] as relações, sentar junto, buscar unir as idéias, fazer um pensamento só, é uma cultura que a gente não está muito seguro dela (CT de Maruípe).

Segundo Junqueira (1997), tratar os problemas dos cidadãos de maneira integrada requer uma articulação das ações, serviços, um novo saber e uma nova forma de fazer, que transforme os valores e cultura. A CT aponta em si essa fragilidade da segmentação e assim vê-se necessitada de mudanças que viabilizem articulações e novas formulações em sua postura política. Articular as ações para Intersectorialidade exige uma nova forma de agir frente os desafios de um dado território e não devem ser esvaziadas de sentido político em detrimento do técnico administrativo.

No entanto, as dificuldades são esperadas. Sampaio (2001) aponta que mesmo as administrações que optam pela democratização do poder, participação popular e intervenção intersectorial, enfrentam dificuldades na efetivação da ação intersectorial. A Intersectorialidade é uma proposta de mudança de paradigma da ação local.

Inojosa (2001), concorda que o desafio da Intersectorialidade é o de superar a disjunção da setorialização. E assim, situar-se no limiar entre atender as necessidades e

demandas sociais sem contudo supervalorizar os interesses específicos de um determinado setor.

[...] Porque fica aquela coisa assim: “Se for de todo mundo, quem vai receber os louvores pelo serviço bem feito?” [...] tem uma questão que é o ciúme, quem vai ficar com a fama maior. [...] Quem que vai ser realmente o dono da idéia [...] É difícil de fazer. Ela é abrangente o suficiente para que cada política trabalhe a partir do seu recorte. [...] tem demandas que eu também não atendo, tipo demanda habitacional que chega nos CRAS e que chega em tudo quanto é lugar e eu não consigo fazer se não tiver uma política habitacional. Assim como eu preciso de emprego, mas se não tiver uma política que se preocupe em gerar trabalho na cidade eu também não posso dar conta dessa demanda. [...] Então há um limite. Não é fácil. [...] eu não preciso desconstruir todos os espaços, mas eu tenho um eixo norteador, [...] e eu vou trabalhar a partir desses eixos norteadores. Agora esses eixos norteadores é que as vezes também não é tão tranquilo, não é muito fácil. [...] A gente pode ver o quanto outros setores estão trabalhando e que às vezes fazem isso isoladamente. antes, que era cada secretaria uma mini-prefeitura, tinha seu espaço, tinha suas ações, mas não tinha interlocução nenhuma. [...] E aí o sujeito vai e num faz o que ele tem que fazer. [...] A principal dificuldade, alguns gestores também tem, que é de ouvir, de se relacionar com a população, de ouvir a crítica, de assimilar essa crítica, de estar disposto a ouvir a repensar, a debater aquele problema de forma democrática (CT de Maruípe).

Quando a CT narrou sua história, relatou a efetivação de um diagnóstico da região em que foram elencados vários problemas. Nesta pesquisa, a CT ao falar de seu território traz predominantemente o tema da insegurança urbana, gerada pelo tráfico de drogas presentes na região. Combater esse problema significa agir na raiz dos determinantes sociais que a sustenta, e que inclusive é mais difícil de ser trabalhada. No entanto, ao elencar um eixo norteador de trabalho, a CT escolheu trabalhar a gravidez na adolescência por meio de uma gincana batizada de “Momento Agir”. Essa escolha se caracteriza como medida “preventiva” e/ ou remediativa, não isenta de desafios, mas que se contrapõe a uma demanda prioritária e coletiva do território. A medida preventiva tende a não agir nas causas das escolhas, que nesse caso seriam as dos adolescente e jovens da região.

Para Carvalho (2004) promover saúde significa ampliar o leque de escolhas dos sujeitos frente uma dada realidade. Em uma leitura paralela, podemos dizer que essa situação também se repete nas ações de Promoção da Saúde, já pesquisadas nesse

território, visto que prevalecem as práticas preventivas e de educação em saúde, que visam a mudança de comportamento e sua responsabilização em detrimento da mudança radical das condições que lhes dão sustentação. No entanto, existem momentos potentes a efetivação da promoção a saúde em seu sentido mais amplo (IGLESIAS, 2009).

Para além dos discursos conceituais, falando da prática, o discurso da câmara é rico em detalhes de como é difícil fazer ações intersetoriais. Essas dificuldades decorrem de problemas que dizem respeito a demarcação de território de trabalho entre os profissionais das diferentes secretarias e em relação a profissionais e comunidade. A “não” participação social dos munícipes da região nas decisões que inclusive lhes dizem respeito pode ser considerada o maior desafio de uma gestão democrática.

Ainda prevalece uma visão tutelar em relação a comunidade, que é cuidada, e que é vista como um elemento que se acomoda, que não fala a mesma linguagem dos profissionais, que não entende o que está sendo discutido.

Em geral, quanto a CT fala da participação dos seus integrantes nas reuniões, ela relatada uma postura que projeta a participação em vista dos interesses, “participo do que me interessa”, do que vai me beneficiar imediatamente. A CT acredita que o setor Educação possa não compreender a dimensão e importância de sua participação na CT e nem os benefícios que podem se inclinar ao seu setor. Os eixos norteadores das discussões e ações temem ser escolhidos de forma que não sigam os interesses particulares e para a resolutividade imediata.

A própria visão da divisão geográfica do território é se perde em seu discurso, revelando uma imprecisão no conhecimento do território. Uma confusão que se acentua pelos diferentes olhares sobre o território que, ao invés de se complementarem, são confundidos em virtude das diferentes divisões que cada secretaria adota para seu trabalho peculiar. Para além dos pontos chaves, cruciais para reflexão desse espaço que reúne os diversos atores do território, não obstante o não reconhecimento da população como gestora, a iniciativa da CT aponta para avanço na gestão de um território, mas que deveria repensar sua relação com a comunidade, no que implica esse distanciamento, e o que ele reproduz.

É importante destacar que a universidade pode ser relacionar com a CT, aproveitando desde já sua relação histórica com o território de Maruípe. Segundo Abrucio (2007), a universidade deve ter maior participação no aumento e disseminação do conhecimento sobre as ações e os impactos dos programas governamentais, uma vez que a sociedade necessita de boas informações e análises sobre a qualidade da administração pública.

Um dos objetivos da CT é aproximar-se da realidade local, no entanto, coloca-se uma barreira na participação de pessoas que podem representar segmentos populares. Essa limitação alimenta um desnivelamento das informações e de um saber sobre como funcionam os fluxos de funcionamentos dos equipamentos públicos e projetos, ou seja, cria-se um nivelamento entre os profissionais gestores, mas em contrapartida a população gestora permanece fora dessa discussão. Por outro lado, essa falta de diálogo, alimenta também um desnivelamento do conhecimento que os profissionais gestores deveriam ter em relação ao saber comunitário, ou seja, das relações que se dão no próprio território no qual os profissionais devem servir.

Dessa forma, a linguagem intersetorial fica restrita aos profissionais gestores-servidores. Estes por sua vez, estão em processo de equalização e afinação dos conceitos e saberes por meio das discussões proporcionadas pela CT. Mas o desnivelamento de certos conhecimentos persiste do lado da população que não conhece bem a dinâmica de funcionamento da gestão municipal e não sabendo não é compreendida em suas questões, assim como por vezes não compreende o que é dito. Assim, apontamos uma dualidade, por um lado uma instância que tenta servir e por outro lado a que aponta demandas e necessidades, mas o ponto chave é que ambos os lados fazem parte de um só corpo cidadão.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Andrade (2006) aponta que faltam ainda práticas que se direcionem a ações intersetoriais, especialmente quanto a operacionalização no âmbito municipal. A Câmara Territorial de Maruípe é uma tentativa de otimização e de junção de políticas sociais, que historicamente se desmantelaram e segmentaram para enfrentar os ciclos viciosos dos problemas econômicos, determinantes da saúde e bem-estar da população.

Há um consenso discursivo entre os teóricos da Intersetorialidade e o próprio discurso da CT de Maruípe. Podemos dizer que a existência da Intersetorialidade gira em torno de uma problemática em que não se podendo resolver problemas a partir de um único ator, devo conseguir alguém (um parceiro) que colabore nessa questão, ou situação de incomodo (ANDRADE, 2006). Entretanto, há uma marcação de poder que seleciona parceiros para participarem ou para serem CT de Maruípe. Esse limite remete as primitivas demarcações que aparecem na genealogia do conceito de território, em que se estabeleciam fronteiras, nas terras, mas que na verdade, essas fronteiras cindiam também relações. Temos clareza de que essa demarcação envolve apropriação, domínio, identidade, pertencimento, demarcação e separação (HEIDRICH, 2004).

O anseio por uma rápida resolução dos problemas, buscando o alívio de demandas mais aparentes em determinados serviços, foi ao encontro da eleição da gravidez na adolescência como tema para trabalho dentre tantas outras problemáticas que se configuram como “determinante social da saúde”.

Em outras palavras a ação do momento agir se configurou como uma ação de âmbito preventivo frente às causas que determinam a própria gravidez na adolescência. Podemos dizer, então, que dentro da história da promoção à saúde, até mesmo nas tentativas de ações intersetoriais parece ser mais simples normatizar comportamentos do que transformar condições perversas de existência (CZERESNIA, 2003).

A CT é uma proposta real de uma organização em rede. O campo das relações estabelecidas pela CT de Maruípe, permitem momentos propícios à ação intersetorial,

mesmo com todos os desafios, justamente pela tentativa do estabelecimento de uma rede gestora. No entanto, essa rede sofre tensões que ora viabilizam momentos de gestão em redes e da intersectorialidade, ora seguem padrões piramidais, enfrentando percalços segregacionistas e de disputas de poder. O principal ponto frágil dos momentos de rede estabelecidos pela CT está na não porosidade da CT de Maruípe em relação à participação popular como gestora de si. Almeja-se que a população apresente uma postura de co-responsabilidade nos momentos em que os setores e serviços se deparam com os limites da alçada disciplinar para a resolução de problemas territoriais. Porém essa relação não vem sendo priorizada.

A Construção da Intersectorialidade através da CT de Maruípe é um desafio que também se coloca na formação e manutenção da rede de funcionamento da gestão. Essa construção já vem tomando corpo existencial através de momentos e tentativas de formação de rede, das trocas estabelecidas entre os participantes da CT.

Os seguimentos participantes da CT parecem ser estratégicos, mas não são totalmente complementares, visto que podemos considerar interessante a participação de outras instâncias componentes da gestão municipal e do próprio território de Maruípe, uma vez que a uma rede está sempre aberta à entrada de novos membros, desde que estes aceitem as regras de intercomunicação estabelecidas. Diante desse entrave é vislumbrado o encaminhamento das informações e demandas pelos outros estamentos da pirâmide gestora municipal, a fim de que no topo onde os participantes depositam o poder de decisão, tome decisões resolutivas às questões locais.

7. REFERÊNCIAS

ABREU, C. C. **A Intersetorialidade no Processo de Construção da Política de Saúde Brasileira**. 2009, 186p. Dissertação de Mestrado em Política Social apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da UFES.

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas **RAP**, Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa, p. 67-86, 2007.

ALVEZ-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: a pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

AUGUSTO, L. G. S. A intersectorialidade das ações e a complexidade das causas. **Revista da Saúde**, Brasília - Conselho Nacional de Saúde, v.4, n.4, p. 19-20, 2003.

BARSA. Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: **Encyclopaedia Britannica**. v.3, 1998.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BRASIL. Decreto de 13 de março de 2006b, Brasília. 2006b. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm> . Acesso em 25 de Maio de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília-DF, 1997, 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, v.7 (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município, garantindo saúde para todos**. Brasília, 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177. 2000.

BUSS, P. M.; FILHO, A.P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n 17, p.77-93. 2007.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.3, n.9, p.669-678. 2004.

CDSS - Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>> Acesso em 08 de Agosto de 2008.

CDSS - Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf Acesso em 08 de Agosto de 2008.

CLAVAL, P. O Território na Transição da Pós-Modernidade **GEOgraphia**. Ano 1, n.2, 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/geographia/ojs/index.php/geographia/article/view/16/14>. Acesso em 15 de março de 2010.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde** – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 2, p. 39-51.

DAGNINO, E.; OLIVEIRA, A.J.; PANFICHI, A. Para uma outra leitura da disputa pela construção democrática na América Latina. In: DAGNINO, E.; OLIVEIRA, A.J.; PANFICHI, A. (Orgs.). **A disputa pela construção democrática na América Latina**; Campinas, SP: Paz e Terra - GRAAL, 2006. p. 13-91.

DALBELLO-ARAÚJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005, 234p. Tese Doutorado em Psicologia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, 2005.

Declaração dos Direitos Humanos (1948). Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php . Acesso em 14 de Novembro de 2008.

FILHO, L. C. B.; ABRAMOVAY, R. **Desafios para a gestão territorial do desenvolvimento sustentável no Brasil**. Artigo apresentado no XLI Congresso Brasileiro de Economia e Sociologia Rural (SOBER). Juiz de Fora. MG em 27 a 30 de Julho de 2003.

FLEURY, S.; OOVERNEY, A. **Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2 ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2004.

FREITAS, C. M. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde** – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 7, p. 141-160.

GALLO, S. Conhecimento, Transversalidade e Educação - para além da interdisciplinaridade. Piracicaba, SP: **Impulso**, v. 10, p. 115-133, 1997.

GUERRA, C. B.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Investigando as Práticas de Promoção da Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória-ES**. 2008, 15f. Relatório de Iniciação científica – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

HAESBAERT, R; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. **Etc** - espaço, tempo e crítica. Ano 4, v. 1, n.2. p.39-52, 2007.

HEIDRICH, A. L. Fundamentos da formação do território moderno. **Boletim Gaúcho de Geografia**, Porto Alegre, n.23, p. 9-22,1998.

HEIDRICH, A. L.. Território, Integração socioespacial, região, fragmentação e exclusão social. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. (Orgs.). **Território e Desenvolvimento**: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004, p. 37-66.

IGLESIAS, A. **Em nome da promoção à saúde**: análise das ações de Macrorregião do município de Vitória-es 2009, 195p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES, 2009.

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**, v. 2, n. 6, p. 31-46. 1997.

KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo** - uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Campinas, SP: Papirus. 1999.

KASTRUP, V. Produção da subjetividade na era da informática e a questão do ambientalismo. **Redes**, n. 12-13, p. 27-42, 2001-2002.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Mc- Graw-Hill Inc., São Paulo, 1976.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul, RS: EducS, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Rio Grande do Sul: Ed. Pallotti, 2001.

LUZ, M. T. **Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil:** textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10 Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C.; BARROS, M. E. B. Saúde, Trabalho e Processos de Subjetivação nas Escolas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.3, n.15, p. 649-663, 2002.

MOREIRA, T.H. L.; PERRONE, A. **História do Espírito Santo**. 4. Ed. Vitória, 2001.

MORIN, E. **O enigma do homem:** para uma nova antropologia. 2 Ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

Organização Pan-Americana da Saúde. Carta de Ottawa. 1986. Disponível em <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>> . Acesso em: 10 de novembro de 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Adelaide. 1988. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em: 10 de novembro de 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em: 10 de novembro de 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Jacarta. 1997. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em: 10 de novembro de 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Santafé de Bogotá. 1992. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em: 10 de novembro de 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Sundsvall. 1991. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em: 10 de novembro de 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração do México. 2000. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=16>>. Acesso em: 10 de novembro de 2008.

PEIXOTO-PINTO, E. E. **Promoção da Saúde:** uma nova Política pode alterar um paradigma? 2008, 113p. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES, 2008.

REZENDE, D. A.. Planejamento de informações públicas municipais: sistemas de informação e de conhecimento, informática e governo eletrônico integrados aos planejamentos das prefeituras e municípios. **RAP**, Rio de Janeiro, ano 41, v.3, p.505-536, 2007.

SAMPAIO, J. J. C. A Universidade e a Construção da Intersetorialidade. **Rev. Sustentação**. Ano 3, n 5, p. 17-25, 2001.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, M. **Território e Sociedade**: entrevista com Milton Santos. SP: Ed. Fund. Perseu Abramo, 2000.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 9. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SOARES, J.; DALBELLO-ARAÚJO, M. **Práticas Psicológicas em Promoção da Saúde em Unidades de Saúde do Município da Serra-ES**. 2008, 12f. Relatório de Iniciação científica – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

SPINK, M. J. P. Saúde: um campo transdisciplinar? **Rev. Ter. Ocup.** USP. v. 3, n.1/2, p. 17-23. 1992.

TEIXEIRA, M. L. et al. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n.21, 2009, p. 218-251.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

VITÓRIA, Prefeitura Municipal. Disponível em: <
<http://www.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp>>. Acesso em: 20 de novembro de 2008.

VITÓRIA, Prefeitura Municipal. Disponível em: <
<http://www.vitoria.es.gov.br/seges.php?pagina=comofunciona>> Acesso em 25 de maio de 2010.

VITÓRIA, Prefeitura Municipal. Secretaria de Gestão Estratégica. **Câmara Territorial**. Documento não publicado, 2009.

WHITAKER, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. **Revista Mutações Sociais**. Rio de Janeiro, ano 2, n.3, 1993. Disponível em: <
<http://www.abdl.org.br/filemanager/fileview/378/>> Acesso em 03 junho de 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Bangkok charter for health promotion in the a globalized world. Geneve: WHO; 2005 [cited 2005 Sept 2]. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf

APÊNDICE A – Termo de consentimento individual para as entrevistas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa orientada pela Prof^a Dr^a. Maristela de Dalbello de Araújo e que será realizada pela aluna bolsista do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva Josélia Soares, já autorizada pela Secretaria de Saúde do Município de Vitória-ES. Nosso objetivo é analisar como os gestores participantes da Câmara Territorial da Região de Maruípe (Vitória/ES) compreendem o conceito de Intersetorialidade, e verificar qual a importância atribuída à Intersetorialidade para as ações de Promoção da Saúde, a partir de entrevistas com esse gestores. Garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao entrevistado. Agradecemos a colaboração.

Eu _____

RG: _____, concordo e autorizo com a utilização dos dados coletados nesta entrevista, que poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

Assinatura

Vitória-ES, ____/____/____.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista aos participantes da CT.

- Há quanto tempo você participa da Câmara Territorial?
- Você já participou de alguma ação da Câmara Territorial? Como foi?
- Você considera essa ação intersetorial? Por quê?
- O que é Intersetorialidade para você?
- Que dificuldades se encontram na operacionalização da Intersetorialidade?
- Você considera que as ações da Câmara Territorial proporcionam qualidade de vida à população de seu território?
- Como é se relacionar com o território de Maruípe?

ANEXO A – Termo de autorização da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 28 de Maio de 2009

Da: Profa. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Profa. Maristela Dalbello de Araújo
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **"Promoção à saúde e intersectorialidade"**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar Projeto de Pesquisa, **Nº de registro no CEP – 077/09**, intitulado: **"Promoção à saúde e intersectorialidade"** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 27 de Maio de 2009.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

ANEXO B – Gráfico descritivo dos DSS.



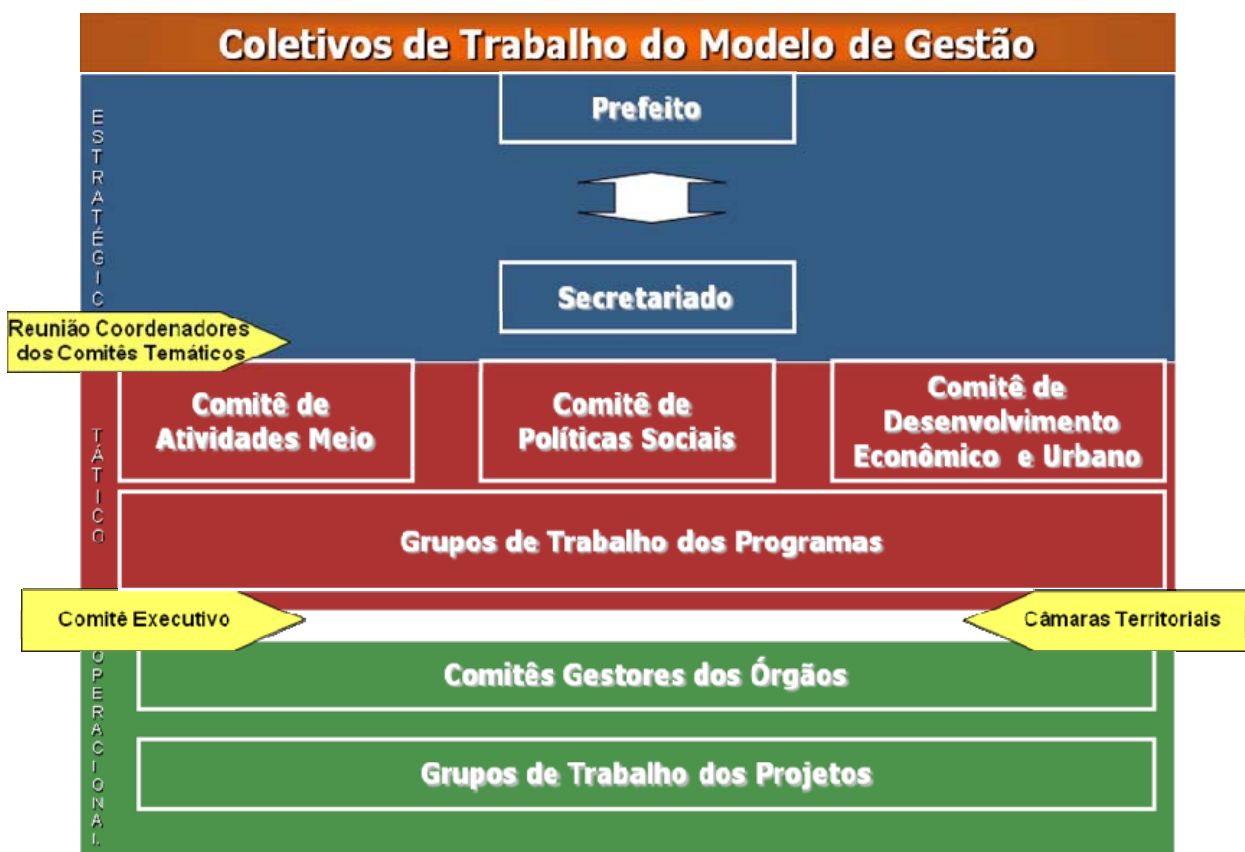
Figura 1: Modelo de determinação social da Saúde proposto por Dahlgren & Whitehead (1991).
Fonte: CNDSS, 2008.

ANEXO C - Mapa da regionalização administrativa da PMV.



ANEXO D – Divisão administrativa da região de Maruípe.



ANEXO E – Organograma esquemático da gestão na PMV.

ANEXO G – Mapa da regionalização de saúde da PMV.

